

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

Redes de atenção à saúde: dispositivo de governo do paciente e cuidador na
atenção domiciliar

Jéssica Siqueira Perboni

Pelotas, 2023

Jéssica Siqueira Perboni

Redes de atenção à saúde: dispositivo de governo do paciente e cuidador na atenção domiciliar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa 2: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Stefanie Griebeler Oliveira.

Pelotas, 2023

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação da Publicação

P426r Perboni, Jéssica Siqueira

Redes de atenção à saúde [recurso eletrônico] : dispositivo de governo do paciente e cuidador na atenção domiciliar / Jéssica Siqueira Perboni ; Stefanie Griebeler Oliveira, orientadora. — Pelotas, 2023.

168 f. : il.

Tese (Doutorado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2023.

1. Sistemas de Saúde. 2. Serviços de Assistência Domiciliar. 3. Assistência ao paciente. 4. Cuidadores. 5. Pesquisa documental. I. Oliveira, Stefanie Griebeler, orient. II. Título.

CDD 610.73

Jéssica Siqueira Perboni

Redes de atenção à saúde: dispositivo de governo do paciente e cuidador na
atenção domiciliar

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 27/02/2023

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Stefanie Griebeler Oliveira – UFPel (Orientadora). Doutora em Enfermagem
pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Maria Henriqueta Luce Kruse – UFRGS. Doutora em Educação pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Raquel Pötter Garcia – UNIPAMPA. Doutora em Ciências pela
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Prof^a. Dr^a. Kelin Valeirão – UFPel. Doutora em Educação pela Universidade Federal
de Pelotas (UFPEL)

Prof^a. Dr^a. Franciele Roberta Cordeiro – UFPel. Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Fernanda Sant' Anna Tristão – UFPel. Doutora em Ciências pela
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

Prof^a. Dr^a. Juliana Graciela Vestena Zillmer – UFPEL. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz – UFPEL. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Agradecimentos

Viver intensamente, esta frase sempre esteve presente na minha história. Em tudo que faço, me entrego de corpo e alma, e durante os quatro anos do doutorado não foi diferente. Me dividi, durante este período, em trabalho como docente, como enfermeira, mulher, amiga, filha, doutoranda e tantas outras de mim. Ainda, por dois anos deste percurso estive atuando na linha de frente em meio a pandemia de COVID-19, experiência que me fez olhar a vida com outras lentes.

Em muitos momentos, a vontade de desistir se sobressaiu, a inquietação sobre meu papel no mundo, os questionamentos: será que é isso mesmo? Porque ser doutora, ou melhor, para que? E durante esses anos houveram divergências em minhas respostas, porém decidi seguir em frente.

Hoje, ao escrever esta parte tão importante, que são estes agradecimentos, vejo a finalização desta Tese e percebo que seguir em frente foi a decisão mais correta e me fez perceber o quanto tive coragem, o quanto fui forte em não desistir do meu propósito.

Para além de entregar este produto acadêmico, desenvolver esta pesquisa me fez olhar para o mundo de forma diferente. Ao transitar pelos escritos de Foucault me permiti olhar para as problemáticas dos serviços de saúde, mas também para mim mesma. Foi possível encontrar calma no meio ao caos, respiro, acalento, desconforto, e muitos outros sentimentos que não consigo organizar nas palavras.

Caminhar de mãos dadas com Foucault fez com que eu pudesse de alguma forma me encontrar e sentir que meu jeito inquieto, questionador e de certa forma incomodativo, é uma maneira diferente de ser. Pude me abraçar, me compreender e abrir espaço para me acolher do jeito que sou.

Devido a isso, início de fato esses agradecimentos, sendo grata a Michel Foucault, o careca que dividiu seus pensamentos por meio de obras, escritos e falas tão potentes que fazem com que possamos abrir a mente, rachar as palavras e olhar para o mundo de outra forma.

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar respirando, escrevendo estas palavras, por ter me transmitido a força e energia para concluir esta Tese. Sou grata pelas coisas simples, pelo ar que respiro, pelo sol que toca minha pele, por poder desfrutar do meu tempo aqui com saúde até agora. Tudo isso, para mim, é Deus que está nos detalhes. Gratidão!

Agradeço à minha orientadora e amiga Stefanie que é um exemplo para mim, mulher potente e forte que sempre me incentivou e mostrou os caminhos a serem percorridos pelo universo acadêmico.

Às professoras doutoras que fizeram parte da minha banca avaliadora tanto na qualificação, quanto na defesa deste trabalho. Cada uma delas com sua *expertise*, contribuíram muito para esta construção e para meu crescimento acadêmico. Muito obrigada pela atenção, leitura atenta e palavras de carinho. Vocês são inspiração!

Ao meu “trio favorito”, irmãs de orientação e pós-graduação, Michele, Camila e Fernanda que foram tão especiais nesse momento tão difícil. Sempre dispostas a ajudar, a transmitir força e estar próximo. Agradeço pelas conversas inspiradoras e de carinho, com o suporte que muitas vezes precisei para me manter nos “trilhos”.

À minha família que é a estrutura que me mantém de pé, que é meu porto seguro, para onde corro quando preciso, para quem demonstro minhas fragilidades e quem divido minhas conquistas. Destaco minha madrinha Alessandra que sempre tem a palavra certa no momento que mais preciso. Teus conselhos e conversas, de alguma forma, sempre foram como uma bússola.

À minha mãe, que sempre fez o possível em impossível, dentro das suas condições para que eu mantivesse meus estudos. Que é com quem aprendi sobre garra, caráter, força e resiliência. Obrigada por tudo. Te amo mãe!

Aos meus amigos, que são a família do coração. As pessoas que escolhi para dividir a vida, os anseios, as riquezas e o tempo. Vocês são meu chão!

Aos meus colegas de trabalho que estiveram presentes em muitos momentos da construção desta Tese, sempre com palavras de incentivo e carinho.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a minha “filha pet” Luna, que foi minha companheira nos meses de finalização. Sempre ao meu lado enquanto estava rodeada por livros, papéis, computador e muitos cafés. A Luna veio fazer parte da minha vida no momento certo, trouxe amor, carinho, esperança e permitiu a conclusão deste ciclo com mais leveza.

Resumo

PERBONI, J.S. **Redes de Atenção à Saúde: dispositivo de governo do paciente e cuidador**. Orientadora: Stefanie Griebeler Oliveira. 2023. 170f. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

O objetivo deste trabalho foi problematizar a Rede de Atenção à Saúde como dispositivo de governo e as formas de subjetivação dos profissionais de saúde na condução de conduta estabelecidas ao paciente e cuidador a partir da atenção domiciliar como ponto de atenção. Este estudo de análise documental foi elaborado a partir da análise de documentos oficiais brasileiros que direcionavam direta ou indiretamente conduções de conduta aos pacientes e cuidadores na rede. Para compor o material empírico foram selecionados, no período de março a outubro de 2022, de forma manual e interessada, 17 documentos capturados a partir do documento primário Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar. Durante a etapa de coleta de dados foi realizada uma pré-análise de forma simultânea, propiciando o direcionando durante a análise. A análise foi iniciada no período de final de outubro de 2022 a janeiro de 2023, foi realizada a partir de leitura minuciosa dos excertos na qual foi possível constituir as unidades de análise em três grandes temas: Sistema Único de Saúde; Redes de Atenção à Saúde e Atenção Domiciliar e Urgência e Emergência como Centrais na Rede. Para problematizar os achados organizados nas unidades de análise, foi utilizado o referencial teórico de Michel Foucault e as noções de poder, discurso, jogos de verdade, biopolítica, dispositivo e governo. Como principais resultados, aponto que o Sistema Único de Saúde é base para o funcionamento e formação do dispositivo Rede de Atenção à Saúde, a partir das estratégias, táticas, saberes e discursos que se unem para sua organização e são condição de possibilidade para seu surgimento. A rede enquanto dispositivo de governo se organiza com seus mecanismos e estabelece os fluxos a serem percorridos pelos pacientes e cuidadores, fazendo mudanças nos seus modos de vida, bem como conduzindo suas condutas. Os serviços de atenção domiciliar e urgência e emergência são centrais para a conformação da rede. Por um lado, pela problemática de superlotação, obstrução e custos elevados e por outro porque permite incluir as populações que diante dos discursos não precisam receber o atendimento de urgência. Dessa forma, o dispositivo e seus mecanismos são capazes de se moldar as necessidades emergentes de cada tempo, assim, o surgimento da Rede de Atenção à Saúde responde a essa necessidade, a partir de estratégias biopolíticas que são capazes de governar a população através do discurso de saúde.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Serviços de Assistência Domiciliar. Assistência ao Paciente. Cuidadores. Pesquisa Qualitativa. Pesquisa Documental.

Abstract

PERBONI, J.S. **Health Care Networks**: device for government of patient and caregiver. Advisor: Stefanie Griebeler Oliveira. 2023. 170f. Thesis (Doctorate in Science) - Federal University of Pelotas, Pelotas, 2023.

The objective of this work was to problematize the Health Care Network as governing device and the ways of subjectivation of health professionals in conducting of conduct established for patients and caregivers in home care as a attention point. This documentary analysis study was developed through the analysis of brazilian official documents that directly or indirectly guided the behavior of patients and caregivers within the network. To compose the empirical material, from March to October 2022, 17 documents captured from the primary document Portaria no. 825 of April 25, 2016, which redefines Home Care, and were selected manually and with interest. During the data collection phase, a preliminary analysis was conducted simultaneously, providing guidance during the analysis. The analysis began in late october 2022 and continued until january 2023, involving a thorough reading of excerpts from which three major themes of analysis units were identified: Unified Health System; Health Care Networks and Home Care and Urgency and Emergency as Central in the Network. To problematize the findings organized within the analysis units, the theoretical framework of Michel Foucault and the notions of power, discourse, games of truth, biopolitics, devices, and governance were used. As the main results, it is pointed out that the Unified Health System serves as the basis for the functioning and formation of the Health Care Network device, based on the strategies, tactics, knowledge, and discourses that come together for its organization and are the conditions of possibility for its emergence. The network, as a governing device, organizes itself with its mechanisms and establishes the flows to be followed by patients and caregivers, leading to changes in their ways of life and guiding their conduct. Home care and emergency services are central to the network's formation, both due to the issues of overcrowding, obstruction, and high costs, and because they allow the inclusion of populations that, in the face of discourses, do not need urgent care. Thus, the device and its mechanisms are capable of adapting to the emerging needs of each time. The emergence of the Health Care Network responds to this need through biopolitical strategies that are capable to govern the population through the discourse of health.

Keywords: Health Systems. Home Care Services. Patient Care. Caregivers. Qualitative Research. Documentary Research.

Resumen

PERBONI, J.S. **Redes de Atención a la Salud: dispositivo de gobernanza de pacientes y cuidadores**. Tutor: Stefanie Griebeler Oliveira. 2023. 170f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Universidad Federal de Pelotas, Pelotas, 2023.

El objetivo de este trabajo fue problematizar la Red de Atención a la Salud como dispositivo de gobernanza y las formas de subjetivación de los profesionales de la salud en conducta establecidas para pacientes y cuidadores a partir del cuidado domiciliario como punto de atención. Este estudio fue elaborado a partir del análisis de documentos oficiales brasileños que directa o indirectamente dirigieron la conducta a pacientes y cuidadores en la red. Para componer el material empírico, de marzo a octubre de 2022, se seleccionaron de forma manual y con interés 17 documentos capturados del documento primario Ordenanza N° 825 del 25 de abril de 2016, que redefine la Atención Domiciliaria. Durante la etapa de recolección de datos se realizó simultáneamente un preanálisis que sirvió de guía durante el análisis. El análisis se inició en el período comprendido entre finales de octubre de 2022 y enero de 2023, a partir de una lectura minuciosa de los extractos en los que fue posible constituir las unidades de análisis en tres grandes temas: Sistema Único de Salud; Redes de Atención Sanitaria y Atención Domiciliaria y Urgencias y Emergencias como Centrales de la Red. Para problematizar los hallazgos organizados en las unidades de análisis, se utilizó el marco teórico de Michel Foucault y las nociones de poder, discurso, juegos de verdad, biopolítica, dispositivo y gobierno. Como principales resultados, señalo que el Sistema Único de Salud es la base para el funcionamiento y formación del dispositivo de la Red de Atención en Salud, a partir de las estrategias, tácticas, conocimientos y discursos que confluyen para su organización y son condición de posibilidad para su surgimiento. La red como dispositivo de gobernanza se organiza con sus mecanismos y establece los flujos que deben seguir pacientes y cuidadores, modificando sus formas de vida, además de orientar su conducta. La atención domiciliaria y los servicios de urgencia y emergencia son fundamentales para la formación de la red. Por un lado, por el problema del hacinamiento, la obstrucción y los altos costos, y por otro, porque permite la inclusión de poblaciones que, por los discursos, no necesitan recibir atención urgente. De esta manera, el dispositivo y sus mecanismos son capaces de amoldarse a las necesidades emergentes de cada momento, así, el surgimiento de la Red de Atención a la Salud responde a esta necesidad, a partir de estrategias biopolíticas que son capaces de gobernar a la población por medio del discurso de salud.

Palabras clave: Sistemas de Salud. Servicios de Atención de Salud a Domicilio. Atención al paciente. Cuidadores. Investigación Cualitativa. Investigación Documental.

Lista de Figuras

Figura 1	Fluxograma da seleção de artigos.....	35
Figura 2	A teia, seus fios, fluxos e saberes.....	128

Lista de Abreviaturas e Siglas

AD	Atenção Domiciliar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PIDI	Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar
OS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC's	Tecnologias da Informação e Comunicação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação	12
1 Linha de Partida	17
2 Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivo Específico	24
3 Transitando pelos ditos e escritos	25
3.1 Tramas da Rede de Atenção à Saúde	25
3.2 Atenção domiciliar como ponto de partida	29
3.3 Cuidadores experienciando o cuidar do familiar doente nos serviços/ redes de saúde/ sistemas de saúde	32
3.3.1 Estratégias de cuidado/ suporte ofertado pelos serviços de saúde ao paciente e/ou cuidador	39
3.3.2 Percepções dos cuidadores em relação ao cuidado de pessoas com agravos crônicos	42
3.3.3 Serviços de saúde em que os pacientes e cuidadores circulam.....	48
4 Pensando de outros modos com Foucault	53
5 Desemaranhando os fios	59
6 Tecendo as linhas da assistência a partir do Sistema Único de Saúde	66
6.1 O discurso de saúde como um bem	67
6.2 Recalculando as rotas relacionadas a saúde pública no Brasil	73
7 Emaranhado de fios, ditos e escritos sobre a Rede de Atenção à Saúde	93
7.1 Dos fios que se amarram e se soltam na rede	94
7.2 A Urgência, emergência e atenção domiciliar como fios condutores do dispositivo	112
8 O SUS e RAS – seus fios, intersecções e fluxos	127
9 Linha de chegada ou de partida?	134
Referências	138
Apêndices	161

Apresentação

Entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 2007a).

Para iniciar a apresentação desta Tese, tomarei como fio condutor a citação de Foucault, sobre o dispositivo. Antes de tudo, gostaria de me apresentar ao leitor, para que possa entender meu interesse com relação ao tema.

Finalizei o curso de graduação em enfermagem aos 23 anos de idade, com muitas certezas, por ter ao longo da minha formação me foram contadas sobre o cuidado aos corpos, sobre as políticas públicas de saúde, e principalmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Fui vivendo os rituais, e me constituindo enfermeira, uma profissional para atender as expectativas deste sistema de saúde. E sem questionar me conduzia para ser uma agente biopolítica – que de certa forma, sou.

Ao iniciar o curso de Pós-Graduação – Mestrado em Ciências tive a oportunidade de conhecer vários referenciais teóricos, e ao me aproximar do referencial foucaultiano encontrei outras formas, formas diferentes de olhar para meu mundo – enfermeira, mulher e pesquisadora.

Conhecer o “careca” como carinhosamente chama minha orientadora Stefanie, me fez acalmar ao mesmo tempo que me trouxe mais desconforto e inquietude. Meu encontro com Foucault foi daqueles que são um marco na vida da gente – nos quais, após acontecer jamais seremos os mesmos. Lembro quando minha orientadora me disse que gostaria que eu trabalhasse com Foucault, fiquei pensando: do que se trata? Porém, para não parecer tão desinformada, fiz uma expressão sorridente e disse que precisaria ler sobre. Ainda, em algum momento do início do mestrado, alguém me disse: “Foucault é assim, ou você ama, ou odeia”. E acho que é um pouco disso mesmo. No meu caso, como podem ver, penso que temos uma relação amorosa, mas como toda relação cheia de resistências.

Durante o curso de mestrado as leituras que fiz eram densas e parecia que quanto mais eu lia, menos eu entendia seus “ditos e escritos”. Em minha qualificação da dissertação, o primeiro teste de sobrevivência com o referencial: “Foucault, não é para qualquer um”.

Mesmo com meus esforços, ainda precisava me dedicar e mergulhar no referencial, para que assim pudesse pensar com Foucault, trazer seus escritos para minhas discussões e para minha vida. Lembro de ficar insegura em ler novamente o projeto de dissertação sabendo das inúmeras modificações que precisaria fazer, porém utilizei esse momento que considerei desafiador para utilizar como impulso para dizer que Foucault seria para mim também.

Para surpresa de alguns, lá estava eu, em dezembro de 2018 defendendo minha dissertação com análise Foucaultiana, me permitindo soltar as amarras que faziam com que duvidasse da minha capacidade de entregar um trabalho que agradasse a banca. Entretanto, ouvi certa vez a frase da professora Franciele, estudiosa de Foucault, que a pesquisa com esse referencial não tem a pretensão de realizar grandes modificações externas, nas políticas, nas profissões, entre outras, mas antes disso, modificar o próprio pesquisador.

E foi exatamente isso que aconteceu. Foucault modificou estruturas que já estavam consolidadas em mim, permitindo abrir brechas para que eu pensasse de outras formas, modificasse o meu sujeito enfermeira, mas também as formas com que realizo a enfermagem durante minha prática assistencial.

Em minha dissertação sobre a subjetivação dos profissionais de saúde sobre o morrer e a morte na Atenção Domiciliar (AD), emergiram impossibilidades para a manutenção do paciente no domicílio, dentre elas a dificuldade de articulação da atenção domiciliar com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Percebi em minhas análises que este era um problema de pesquisa no qual precisava me debruçar e compreender como que o paciente e cuidador são governados nos serviços de saúde e sua trajetória nessa rede.

Diante de tais problematizações, surgiu o questionamento: a Rede de Atenção à Saúde seria um dispositivo de governo do paciente e cuidador? Tal questionamento surgiu quando percebi que estes pacientes eram governados em um fluxo possível dentro da rede de atenção, porém enfrentavam dificuldades de acesso, ainda que este fluxo já estivesse estabelecido.

Saliento que o enfoque de minhas análises sobre a atenção domiciliar permitiu observar este serviço como uma das estratégias biopolíticas para governo dos improdutivos, mas para além disso, otimizar os demais serviços da rede e ser também ponto central para que seja possível a continuidade desta.

Nesta Tese, de estudo documental, tomei como ponto de partida a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas, para que partir dele, pudesse mapear os demais documentos que produzem todo o conjunto de saberes, discursos, instituições e relações que pudessem conformar a rede como um dispositivo.

Retomando a citação inicial de Foucault, penso que o dispositivo se conforma a partir das necessidades emergentes em cada período histórico, e seus mecanismos regulam a vida das pessoas a partir das intenções do governo. Segundo Foucault, o dispositivo tem uma função estratégica dominante e tem como principal função responder a uma urgência.

É desta forma que visualizo a RAS, como dispositivo de governo, que emerge como tentativa de superar a fragmentação dos serviços e ações de saúde do SUS. Para além disso, a RAS surge como possibilidade para reorganizar os serviços, principalmente os de urgência e emergência, que para mim, foi o ponto central para que se pensasse na articulação dos serviços e necessidade de fortalecimento da atenção básica.

Ainda dentro dessa centralidade, a atenção domiciliar surge como outra estratégia biopolítica que permite evitar com que as populações acessem o serviço de urgência de modo considerado desnecessário. Essas estratégias vão delineando o fluxo percorrido pelos pacientes, neste estudo, mais especificamente, pessoas com agravos crônicos que necessitam de cuidados a longo prazo.

Para que seja possível situar o leitor, sobre como organizei esta Tese, faço uma breve explanação de como trabalhei em cada um dos capítulos.

No primeiro capítulo, apresento minha linha de partida, mostrando quais meus interesses com este estudo e quais as potencialidades em olhar para o governo das pessoas que circulam nas tramas da RAS a partir da atenção domiciliar.

Em seguida, apresento os objetivos do estudo que funcionaram como uma bússola, como um instrumento de orientação esclarecendo aquilo que pretendia desenvolver, indicando as direções desde os caminhos teóricos até o resultado final.

No terceiro capítulo, faço um apanhado de produções disponíveis sobre a rede de atenção, atenção domiciliar, bem como uma revisão integrativa que me permitiu compreender os caminhos percorridos pelos pacientes e cuidadores nos sistemas de saúde pelo mundo e no Brasil.

No quarto capítulo, apresento o referencial Foucaultiano e apresento as noções que foram utilizadas para operar os dados dos documentos, permitindo olhar com outras lentes para um tema que já foi amplamente discutido na literatura.

No quinto capítulo, mostro os passos metodológicos que permitiram trilhar os caminhos para analisar a rede de atenção, com o pensamento atento aos escritos de Michel Foucault, que me permitiu colocar em “xeque” verdades construídas sobre a rede a partir da análise de documentos oficiais que sustentam os discursos sobre a RAS.

No sexto, início a apresentação dos resultados. Primeiramente ressalto que se fez necessário a elaboração de um capítulo destinado a explorar os saberes, discursos e mecanismos que constituem o SUS, pois penso que este foi e é a base para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde a partir de suas estratégias e táticas que se unem para a organização da RAS. O referencial Foucaultiano permite que o pesquisador desconstrua certos padrões, sem que se perca o rigor metodológico e de pesquisa. Dessa forma, transitando pelos fios da rede de atenção, decidi fazer uma analogia utilizando como metáfora uma aranha e uma teia. A aranha representa o SUS e a teia que sai da aranha, e seus fios que se cruzam é a RAS, que é constituída e atravessada todo o tempo pelas diretrizes do SUS, que são um conjunto de recomendações técnicas e organizacionais voltadas para problemas específicos, produzidas pelo Ministério da Saúde.

No sétimo capítulo, mostro como o dispositivo de governo se organiza e como seus mecanismos delineiam o fluxo percorrido pelos pacientes e cuidadores. Ainda, defendo que os serviços de urgência e emergência, bem como de atenção domiciliar são centrais para a conformação da rede. Um pela problemática de superlotação, obstrução e custos elevados e outro porque permite incluir o que diante dos discursos não precisam receber o atendimento de urgência.

No oitavo capítulo, convido ao leitor a observar atentamente a ilustração da rede, a partir da metáfora utilizada, teia e aranha. Destaco que aos meus olhos, ela se conforma desta maneira, sendo uma fotografia tirada exclusivamente por mim, a partir de minhas leituras, construção desta Tese e também de minhas subjetivações e experiência enquanto enfermeira. Para facilitar o entendimento do desenho criei com palavras um trajeto possível de observá-la, porém fique à vontade para fazer a sua própria leitura.

No nono e último capítulo apresento as considerações finais, ou uma linha de chegada possível, afinal de contas, é preciso estabelecer limites em uma pesquisa. Defendo a Tese que a RAS é um dispositivo de governo do paciente e cuidador pois modifica suas formas de vida, bem como conduz as condutas dentro dos fios da rede, nos diferentes pontos de atenção através dos profissionais de saúde – agentes biopolíticos.

1 LINHA DE PARTIDA

Rede de Atenção à Saúde? Sistema Único de Saúde? Pontos de atenção? De que tratam tais expressões e como se integram para fazer funcionar o acesso das pessoas aos serviços de saúde? De que modo populações, aqui especialmente de pacientes e cuidadores, percorrem os fluxos objetivando o aumento de seu nível de saúde?

Na tentativa de responder essas questões, início apresentando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde e aponta a rede como um conjunto de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde que ao serem integrados por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão podem promover a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

A Rede de Atenção à Saúde se organiza com o intuito de promover relações horizontais entre os pontos de atenção à saúde. São considerados pontos de atenção os domicílios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades especializadas, residências terapêuticas, serviços de hemoterapia e hematologia, entre outros. O hospital, por exemplo, pode abrigar pontos de atenção à saúde, como pronto atendimento, maternidade, unidade de terapia intensiva, hospital dia, entre outros (BRASIL, 2010a).

É importante destacar que a rede emerge a partir do tensionamento de condições de possibilidade e de estudiosos como Eugênio Vilaça Mendes, que é considerado um *expert* no tema, de modo que seus escritos contribuem para modificações nos modelos de atenção do Brasil (MENDES, 2011; MENDES, 2015). A partir disso, podemos pensar que os discursos proferidos a partir de um *expert*, sujeito autorizado a proferi-los fazem atravessamentos nas políticas públicas de saúde, modificando os modos de gerir o SUS.

Diante disso, a rede é constituída por um emaranhado de fios que conduzem os fluxos de saúde percorridos pelas pessoas. Destaco meu interesse por um desses pontos: a Atenção Domiciliar, devido ao fato de me debruçar há algum tempo em estudá-la, desde minha dissertação (PERBONI, 2018). Diante disso, a partir de problematizações em torno desse tema pude observar como foram conduzidas condutas relacionadas à vida dos envolvidos para o funcionamento deste serviço, isto é, como essas pessoas foram governadas.

A Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016 que redefine a AD no âmbito do SUS, aponta a AD como uma modalidade de atenção à saúde anexada a RAS, que objetiva prestar ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição, promoção da saúde no domicílio (BRASIL, 2016). Essa modalidade, é identificada como potência na atualidade, pois diante das modificações da situação da saúde brasileira, com o controle das situações agudas e o aumento de pessoas com agravos crônicos, surgem impossibilidades para a manutenção da assistência a essas pessoas dentro dos hospitais, tornando oportuno seu deslocamento para o domicílio (OLIVEIRA, 2014; PERBONI, 2018).

Ainda, para justificar a ideia de deslocar as pessoas com agravos crônicos para o domicílio, sustentada com o discurso de segurança do hospital no “conforto do lar”, o Ministério da Saúde (MS) implementou, no ano de 2011, o programa “Melhor em Casa” (BRASIL, 2011a). Desde então, é possível identificar nos dados publicados pelo Ministério da Saúde, que cerca de 153.331.464 atendimentos/ consultas domiciliares/ assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada já foram realizados até o mês de fevereiro de 2023 no Brasil (SIA-SUS, 2023). Com relação ao número de estabelecimentos no Brasil, caracterizados como “Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)”, foi possível constatar que no mês de agosto de 2011 ainda não havia nenhum serviço cadastrado, no mesmo mês do ano seguinte em 2012, foi possível constatar que existiam um total de 36 serviços registrados e no mês de agosto de 2021 o número cresceu para 1.048 (CNES, 2021). Ainda seguindo a crescente, no mês de fevereiro de 2023, os serviços cadastrados chegaram a 1244 (CNES, 2023).

Desse modo, é possível pensar que a atenção domiciliar é considerada estratégia biopolítica, legitimada por uma rede de instituições e *experts* que conduzem o seu funcionamento. Além disso, os cuidadores também são incluídos nessa estratégia, pois são considerados alvo para essa modalidade de atenção devido ao

fato de serem fundamentais para a realização do cuidado ao paciente, permitindo a sua manutenção no domicílio, bem como a continuidade da atenção domiciliar (OLIVEIRA, *et al.*, 2017).

Ainda, o cuidador pode ser entendido como o elo da equipe multidisciplinar do serviço de atenção domiciliar com o paciente. Desse modo, ele é subjetivado e governado para além das fronteiras da atenção domiciliar, sendo capturado nos fios da rede e em seus diversos pontos de atenção trilhando caminhos para sanar as necessidades dos pacientes. Entretanto, muitas vezes durante o caminho a ser percorrido podem ocorrer uma série de entraves, principalmente no que diz respeito as situações de intercorrências dos pacientes que estão na atenção domiciliar (PERBONI, 2018).

É importante situar o leitor que o cuidador familiar é caracterizado como a pessoa que cuida ou assiste outra pessoa afetada por qualquer doença, incapacidade ou deficiência que atrapalhe ou impossibilite o desenvolvimento de suas atividades vitais ou relações sociais (FERRÉ-GRAU *et al.*, 2011). O conceito de paciente domiciliar também deve ser considerado, pois possui características peculiares. Os “pacientes domiciliares” são definidos nos Descritores em Ciências da Saúde como pessoas impossibilitadas de saírem de suas casas sem certo esforço e apoio. Essas pessoas são qualificadas a receberem cuidados de serviços de saúde em casa, seja a partir de tratamento médico ou cuidados pessoais (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2021).

Ao empreender meu trabalho de pesquisa para a dissertação participaram do estudo profissionais das equipes do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI), que prestam atendimentos a pacientes oncológicos, percebi impossibilidades para que o serviço funcione, com certos aspectos que fogem das suas tramas. Deste modo, destaco algumas impossibilidades para AD: ausência de um cuidador 24 horas por dia; falta de cilindro de oxigênio para oxigenoterapia; e, falta de cobertura total do serviço principalmente à noite, domingos e feriados (PERBONI, 2018).

Por outro lado, cabe ressaltar que mesmo com as impossibilidades citadas, o serviço se regula e amplia suas formas de assistência de modo a encontrar saídas possíveis dentro das condições econômicas, estruturais e de recursos humanos para dar conta das demandas e necessidades dos pacientes e seus familiares (CASTRO *et al.*, 2018). Dessa forma, ainda com determinados problemas e fragmentação, a

atenção domiciliar é indicada como potência diante do contexto atual de saúde pública.

Em um estudo realizado com pacientes e cuidadores atendidos pela atenção domiciliar, foi destacada a percepção dos mesmos em relação a assistência prestada. Houve reconhecimento tanto dos pacientes quanto dos cuidadores em relação ao apoio e cuidado ofertado a ambos pela equipe multiprofissional, baseada em afeto, respeito e formação de laços. Também foi destacado o comprometimento da equipe com os pacientes e cuidadores a partir de disponibilização de contato telefônico para as situações de dúvidas e intercorrências. Entretanto, são apontadas as dificuldades vivenciadas em acessar a rede de atenção à saúde, devido a fragmentação que ainda existe, principalmente os serviços de atenção básica e de urgência (SILVA, *et al.*, 2017).

Nesse sentido, tratando-se de pacientes com doenças crônicas, que poderão desenvolver situações agudas a qualquer momento, a manutenção do paciente no domicílio pode ser desafiadora. Como forma de evitar a falta de atendimento aos pacientes que se encontram nessa situação a portaria nº 825 de 2016, menciona a necessidade de cobertura da AD por 12 horas inclusive nos finais de semana e feriados e como serviços de referência, que permitam retaguarda e que assegure o fluxo na RAS, como a rede básica, de urgências e serviço hospitalar (BRASIL, 2016).

Além disso, destaco que o PIDI tem um funcionamento diferenciado em relação às recomendações da portaria de AD, uma vez que presta atendimento aos pacientes no período da manhã e tarde, com exceção de sábados e feriados, funcionando em horários reduzidos sendo que, aos domingos o serviço não funciona. O horário de atendimento é das sete horas da manhã às sete da noite, após esse horário os pacientes e familiares são orientados a procurarem os serviços de urgência e emergência. Entretanto, muitos são os entraves para que o paciente seja atendido por esses serviços, pois os mesmos parecem não ofertar assistência adequada ao paciente oncológico, principalmente em cuidados paliativos (PERBONI, 2018).

Nesse contexto, observo pontos frágeis que não são estabelecidos na trama da RAS, que sustenta discursos sobre as conexões entre pontos de atenção, como por exemplo, o domicílio e outros serviços de saúde disponíveis na rede. Ainda, a RAS é apontada como estratégia para superar a fragmentação da atenção e gestão dos serviços, com a intenção de promover ao indivíduo um conjunto de ações e serviços efetivos (BRASIL, 2010a).

Diante do exposto, como a RAS regula os fluxos de atendimento dos serviços, ela traz orientações para os profissionais de saúde, pacientes e cuidadores, conduzindo-os para o serviço apropriado frente a classificação de risco (ferramenta voltada para avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário, de acordo com a gravidade clínica) e por meio da comunicação entre os pontos de atenção. Dessa forma, a partir dessas regulações, é possível pensar a RAS como um dispositivo de governo de pacientes e principalmente seus cuidadores.

Penso ainda, que o ponto de atenção domiciliar é tomado neste estudo como ponto de partida, devido a ele ser intermediário (OLIVEIRA, 2014), central e marginal ao mesmo tempo. Intermediário porque está em nível intermediário – nem hospital, nem atenção primária (OLIVEIRA, 2014). Central, porque é onde o paciente e cuidador residem (PERBONI, 2018; DIAS, 2020). É dali que partem em busca de diagnóstico, tratamento, prognósticos. E marginal, de in(exclusão), porque o domicílio não é um serviço de saúde, e manterá os pacientes neles para otimização dos leitos hospitalares (OLIVEIRA, 2014).

Desse modo, a AD torna-se produtiva para quem governa, devido ao fato de ser um espaço que produz saúde gerando menos gastos e responsabilidades ao Estado, fazendo com que essa modalidade de atenção seja central na condução da saúde pública na atualidade.

Inseridos nessa trama de relações de poder das linhas de cuidados às pessoas com agravos crônicos, os pacientes e seus cuidadores são governados a partir de discursos que estabelecem certa trajetória a ser percorrida na rede. Diante disso, as lentes foucaultianas permitem a visualização de como funcionam tais percursos, fluxos, trajetos percorridos, bem como das relações de poder estabelecidas entre os pontos de atenção, mostrando as linhas possíveis e movimentos de força e resistência.

Entrelaçado aos saberes que permitem o desenho do emaranhado de fios da rede, ao empreender o trabalho de pesquisa para a dissertação de mestrado observei lacunas que acompanham a trajetória do paciente e cuidador na atenção domiciliar anexada aos demais pontos da rede de atenção. Dentre essas lacunas, principalmente as dificuldades de acesso aos serviços, manutenção do doente no domicílio, e dificuldade de manejo nas situações de intercorrência foram os que mais provocaram inquietações (PERBONI, 2018).

Dessa forma, observei (im)possibilidades experienciadas nesse contexto e assim, foi visível as formas de relações estabelecidas entre os serviços, profissionais de saúde, profissionais e cuidadores, cuidadores e pacientes e assim por diante. Nesse contexto, é possível pensar que as linhas de cuidado ¹direcionadas para o paciente com doença crônica da atenção domiciliar muitas vezes estão fragmentadas e desconectadas e o cuidador, sendo considerado um sujeito ativo na condução do doente pelos fios da rede, traça outros caminhos e estabelece resistências capazes de delinear diferentes trajetos que atendam suas necessidades. Entretanto, cabe destacar que essas formas de trajetos possíveis, modos de resistências e escapatórias criadas pelo cuidador não serão analisadas neste estudo documental.

A partir de uma revisão integrativa foi possível analisar os estudos produzidos com essas populações: de paciente e cuidador. A maioria dos estudos abordavam temas como a percepção e experiência dos cuidadores (GARCÍA; CIRO, 2018; GARCIA, *et al.*, 2011; GALLAGHER, *et al.*, 2013; GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; MASCHIO, *et al.*, 2019; OLIVEIRA, *et al.*, 2012; PINTO; NATIONS, 2012; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015; TESTON, *et al.*, 2013); apoio social ao cuidador (BARRERA-ORTIZ, *et al.*, 2011; PAULA, *et al.*, 2017; PEDRAZA, 2017); e oferta de serviços aos cuidadores e pacientes (ALHADDAD *et al.*, 2016; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; GARCIA, *et al.*, 2012; ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012).

Saliento que não foi identificado entre os estudos selecionados na revisão integrativa, abordagens de análise documental ou utilização das noções do filósofo Michel Foucault. Penso que esse dado traz potencialidade para minha pesquisa, permitindo a problematização da RAS de uma outra forma.

Operar com o pensamento do filósofo Michel Foucault permite a abertura do pensamento colocando sob suspeita verdades muitas vezes apontadas como indiscutíveis no campo de saber da área da saúde. Além disso, as palavras têm história e produzem sentidos e efeitos, assim, no campo da área da saúde e enfermagem, a realização de estudos nessa perspectiva possibilita problematizações e outros olhares para pensar os temas como morte, atenção domiciliar, câncer, loucura entre outros (KRUSE, *et al.*, 2018).

¹As linhas de cuidado indicam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário. Essas linhas desenham o itinerário do usuário dentro de uma rede organizada de saúde (BRASIL, 2010a).

As instituições, ações e os próprios serviços, caracterizados como pontos de atenção, se organizam para que seja permitido o controle dessas pessoas nos fios da rede, principalmente se pensarmos que essas organizações arquitetônicas e também de relações são elementos que compõe o dispositivo e também forma a rede necessária para que ele aconteça.

Diante do exposto, muitos são os entraves permeados na proposta de oferta de assistência em rede, como sustentado pela RAS. Assim, proponho o questionamento: Como a RAS - dispositivo de governo - estabelece as conduções de conduta ao paciente e cuidador a partir da atenção domiciliar como ponto de atenção?

Nessa conjuntura, tenho como Tese que a RAS opera como um dispositivo de governo do paciente e cuidador, pois é possível pensar que a partir dos documentos oficiais, os profissionais de saúde são constituídos e assim, conduzem condutas do paciente e cuidador fazendo com que trilhem os fluxos apontados pela rede.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Problematizar a Rede de Atenção à Saúde como dispositivo de governo e as formas de subjetivação dos profissionais de saúde na condução de conduta estabelecidas ao paciente e cuidador a partir da atenção domiciliar como ponto de atenção.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer a condução das condutas dos profissionais de saúde para pacientes e cuidadores estabelecidas nos documentos;

Analisar as condições de possibilidade para o surgimento da Rede de Atenção à Saúde;

Analisar os discursos que podem subjetivar os profissionais de saúde para a condução da conduta dos cuidadores;

Delinear os fluxos de encaminhamentos a partir da atenção domiciliar propostos nos documentos.

3 TRANSITANDO PELOS DITOS E ESCRITOS

Neste capítulo apresento a literatura que já foi produzida sobre o tema e sustenta a realização dessa pesquisa, fomentando e embasando as decisões que permitiram a condução e agregação de informações necessárias para a construção do objeto de estudo.

Foi realizada uma revisão livre, de forma narrativa, na qual, é constituída por dois tópicos denominados: “as tramas da rede de atenção em saúde” e “atenção domiciliar como ponto de partida”. Além disso, foi elaborada uma revisão integrativa apresentada pelo tópico: “pacientes e cuidadores experienciando o cuidar nos serviços/ redes de saúde/ sistemas de saúde”.

Destaco ao leitor que foi realizada uma revisão integrativa devido a potencialidade que ela representa no intuito de conhecer o estado da arte. Ademais a revisão integrativa de literatura permitiu ser possível verificar as lacunas e descontinuidades, bem como pensar o objeto de estudo.

3.1 Tramas da Rede de Atenção à Saúde

A situação da saúde brasileira teve mudanças em cada período de tempo, e na atualidade apresenta-se a partir de uma transição demográfica que promove o aumento de pessoas com condições crônicas (MENDES, 2018). Essa transição é expressada através de uma tripla situação problema: agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga extensa de causas externas e uma forte presença de condições crônicas. Diante disso, como proposta para responder adequadamente tais demandas e “superar” o sistema fragmentado de atenção à saúde, a implantação da RAS é apontada como possibilidade de organização dos

sistemas de saúde de forma integrada, permitindo a efetividade, eficácia e segurança, bem como qualidade e equidade às condições de saúde brasileira (MENDES, 2011).

É importante pensar nas condições de possibilidade para a formação da RAS. Na Constituição Federal de 1988, é anunciada a saúde como direito de todos e dever do Estado. Ademais, é apontado que as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituída por um sistema único a partir de diretrizes como: descentralização, com direção única em cada esfera do governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em seguida com a promulgação da Lei 8.080, a qual vem regular o SUS, é apresentado em um de seus objetivos a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas e uma de suas diretrizes está a descentralização político administrativa, apontando a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Nesses dois documentos oficiais, já é apontada a necessidade de uma rede de serviços de saúde, porém ainda de forma hierarquizada e regionalizada. Segundo Mendes (2011) os serviços eram organizados de forma fragmentada e em desarticulação entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. Esses sistemas fragmentados são apontados pelo autor como incapazes de ofertar atenção contínua, longitudinal e integral. Diante disso, a proposta da oferta de assistência em rede é constituída como possibilidade para sanar com as discontinuidades do modelo de atenção anterior².

Entretanto, esse modelo proposto por Mendes de integrar os serviços em rede com o fortalecimento da atenção básica. Já era de certa forma trabalhado na Inglaterra no início do século XX, no qual, a partir do relatório Dowson em 1920 houve uma reorganização no modelo de atenção à saúde. Tal modelo organizava os serviços em níveis de complexidade e os custos dos tratamentos. Ainda, os centros de saúde primário eram apontados como os que deveriam resolver a maioria dos problemas de saúde com a funcionalidade de serem porta de entrada para o sistema. Os centros

² O modelo de atenção ao qual me refiro é o modelo curativista, que tem como foco tratar as situações agudas e tem como alvo a doença a partir de práticas centradas no médico e no hospital (OLIVEIRA; KRUSE, 2017).

secundários – hospitais, eram responsáveis para dar suporte aos primários a partir do vínculo estabelecido (BRITAIN, 1920).

Durante a segunda guerra mundial, em 1942, foi apresentado ao governo inglês o Plano *Beveridge*. Este plano serviu de modelo para Inglaterra e outros países na organização da seguridade social e da saúde – ofertando garantias do Estado Britânico com relação à saúde da população. No Brasil, a constituição Federal de 1988 teve como inspiração o plano no que se refere a proteção social (COSTA, 2019).

Foucault acrescenta que em meio a segunda guerra mundial, com milhares de mortos consolida-se não o direito à vida, mas, mais que isso, o direito à saúde. Dessa maneira, uma sociedade assume a tarefa de garantir além da vida – uma vida com boa saúde. Com Plano *Beveridge* à saúde passa a ser preocupação do Estado. Tal preocupação está ligada a questões econômicas que atravessavam aquele período com despesas relacionadas a falta de saúde, como a interrupção no trabalho (FOUCAULT, 2010). Desse modo, a preocupação em tratar da saúde das pessoas já era um tema discutido desde 1942 na Inglaterra. No Brasil, muitos anos depois com a constituição Federal se passa a pensar nas condições de vida e de saúde da população.

Nessa conjuntura o SUS é criado com o intuito de integrar os serviços, a partir das diretrizes propostas, uma delas a integralidade. Entretanto, muitos são os desafios enfrentados e são apontadas necessidade de reorganização do sistema de saúde.

Como possibilidade para essa reorganização a RAS se apresenta como potência. Porém anteriormente a constituição da RAS, a necessidade de modificação na organização do SUS já era mencionada no pacto pela saúde, que foi publicado no ano de 2006, com a proposta de inovações na gestão do SUS, buscando maior efetividade da assistência e equidade social. O pacto pela saúde foi implantado a partir de três dimensões: Pacto pela vida, que tem como compromisso atentar para as prioridades da saúde brasileira com seis prioridades: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde e fortalecimento da Atenção Básica. O pacto em defesa do SUS, volta-se para

repolitização da saúde ³retomando a reforma sanitária brasileira aproximando-se dos desafios que eram atuais no SUS, a mobilização social tendo como principal questão à saúde como direito e a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema. Já o pacto de gestão, estabelece diretrizes para a gestão do sistema no processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006a).

A partir do decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, no qual é regulamentada a lei 8.080, dispondo da organização, planejamento e articulação do sistema de saúde, a RAS é citada e conceituada. O documento aponta que a assistência de forma integral se inicia e se completa na rede regional e interestadual mediante ao referenciamento do usuário como proposto nas comissões intergestoras (BRASIL, 2011b). Assim, a partir do documento há um disparador para a estruturação da RAS visando a integralidade da assistência em saúde a partir das ações e serviços de saúde articulados em níveis de forma crescente.

A partir desses documentos há a constituição da RAS e também de redes de atenção de referencia a determinadas linhas de cuidado como, por exemplo, a Rede de Atenção às Urgências. A rede de atenção às urgências é instituída com o objetivo de articular, ampliar e qualificar o acesso humanizado e de forma integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde com agilidade necessária. É importante ressaltar, que dentre os componentes de constituição dessa rede está a atenção domiciliar (BRASIL, 2011c). Ao realizar articulações entre essas informações observa-se que a atenção domiciliar só é possível devido a retaguarda assegurada pela rede de urgências, pois em situações agudas, o paciente deve ser conduzido aos demais pontos de atenção, como por exemplo o Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e pronto-socorro.

É possível observar que no ano de 2011 muitos são os movimentos nos documentos oficiais para a implantação e organização da RAS nas diferentes linhas de cuidado (BRASIL, 2011b; 2011c; MENDES, 2011). Assim, em seguida, no ano de 2014 é publicada a portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, na qual é redefinida a Rede

³ Movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, movimento social iniciado na década de 1970 liderado por profissionais e militantes da saúde que se propunham a pensar o sistema brasileiro com o propósito de democratizar o acesso à saúde no país (FIOCRUZ, s.d.).

de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, com a proposta de acesso ao acolhimento de pessoas com agravos crônicos em todos os pontos de atenção da RAS, permitindo que sejam estabelecidos fluxos assistenciais garantidos a essa população. No documento é mencionado a importância do acolhimento de pessoas com agravos crônicos com situações agudizada, destacando a necessidade de prestar assistência e o primeiro cuidado nos serviços de urgências até o encaminhamento adequado. Além disso, é ressaltada a necessidade dos serviços de urgência realizarem a referência e contrarreferência para os demais pontos de atenção conforme necessidade (BRASIL, 2014).

Os pontos de atenção à saúde são espaços nos quais são ofertados determinados serviços de saúde a partir de uma produção singular. Ademais, todos os pontos de atenção são considerados importantes de forma igualitária permitindo que sejam cumpridos os objetivos da RAS. A única diferença entre esses pontos é somente a densidade tecnológica ofertada em cada um. São exemplos de ponto de atenção à saúde – maternidade, centro cirúrgico, UBS, UTI, domicílio, entre outros (BRASIL, 2010a).

3.2 Atenção domiciliar como ponto de partida

Como ponto de atenção inserido na RAS, no qual identifico como central na condução de condutas do paciente e cuidador, a AD permite a problematização dessas conduções desde o momento em que emerge como uma modalidade de atenção à saúde principalmente de pessoas com agravos crônicos.

Para pensar a atualidade é preciso olhar para trás e observarmos as condições de possibilidade para a constituição da atenção domiciliar. No Brasil, as primeiras notícias que se tem registros sobre o cuidado profissional no domicílio é da data de 1949. Essa assistência era ofertada pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao ministério do trabalho e incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1967 (BRAGA, et al., 2016).

A AD surge com o intuito de sanar as urgências do contexto atual da saúde brasileira, principalmente no que diz respeito as pessoas com agravos crônicos sem possibilidade de cura, permitindo o manejo de sintomas e promoção da qualidade de vida. Torna-se importante destacar que a AD é definida como um modelo de atenção à saúde, que pode ser substitutiva ou complementar às modalidades já existentes, e

é entendida como um grupo de ações de prevenção e tratamento de doenças. Além disso, os documentos apontam que a AD é capaz de ofertar a promoção da saúde e a reabilitação a partir da assistência realizada no domicílio, que propõe a garantia da constância de cuidados integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Diante da leitura das palavras é possível observar efeito sedutor que as mesmas transmitem. O discurso de assistência integral realizada por equipe multidisciplinar e ainda no conforto de casa, quem seria capaz de negá-la? Reforçando esse efeito de “lar doce lar” causado pelos discursos da AD, Oliveira (2014) ao analisar a imagem e o *slogam* do programa “Melhor em casa” observa que as cores utilizadas são alaranjadas remetendo ao calor e ao conforto, uma vez que são consideradas tonalidades quentes. O quente e calor remete a um aconchego que é reforçado pela presença de uma casa e da família reunida e aproximada. Além disso, a segurança é remetida à equipe de saúde que irá realizar a assistência e acompanhamento ao paciente a partir de instrumentos tecnológicos, rituais meticulosos, seus saberes e poderes.

Ademais, a Portaria nº 825 redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e legitima o domicílio como espaço para realização do cuidado a pessoas com agravos crônicos (BRASIL, 2016). Diante do contexto, o domicílio passa a ser local para o estabelecimento de relações de poder, jogos de verdade e condução de condutas, nas quais, são traçadas certas trajetórias a serem percorridas pelos sujeitos paciente e cuidador inseridos nessa trama de linhas de cuidado.

Nesse sentido, as relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde, paciente e o cuidador na atenção domiciliar são produtivas, pois conduzem as condutas da assistência no domicílio, permitindo o acesso dos profissionais, bem como estratégias de controle para o estabelecimento de relações de poder entre todos os envolvidos (PERBONI, 2018). Além disso, as estratégias de controle são capazes de reorganizar os domicílios dos pacientes, de forma que os cômodos são modificados permitindo que haja a produção do cuidado do doente. Nesse contexto, é possível visualizar que o estado adentra a casa do doente através dos profissionais de saúde, introduzindo diversas maneiras de modificar o cenário, reorganizando diversas regras sobre o viver e morrer das pessoas no domicílio (CORDEIRO, 2017).

Na Portaria, o paciente e principalmente o cuidador familiar são citados por diversas vezes, chamando atenção para o acolhimento das demandas dessas pessoas e promoção de espaço de cuidado e trocas de saberes dentro do domicílio

(BRASIL, 2016). A partir disso, é possível apontar que as equipes de saúde se deslocam ao domicílio do paciente governam tanto ele, quanto o cuidador a partir de interesses do estado que tornam essa modalidade de atenção produtiva (OLIVEIRA, 2014) e de certa forma produzindo a sensação de ser “Melhor em casa” aos olhos desses sujeitos.

Entretanto, mesmo com a história contada nos documentos sobre a atenção domiciliar e suas especificidades, durante minha pesquisa de dissertação observei as descontinuidades e rupturas dessa modalidade de atenção. Mesmo diante de assistência no espaço domiciliar, por uma equipe multidisciplinar, propondo a integralidade do cuidado, em situações agudas da condição crônica, ou de intercorrências ou até mesmo em horários fora da cobertura do serviço (noite, domingos e feriados), os pacientes e seus cuidadores ficavam desassistidos, mesmo com a retaguarda de serviços apontados nos documentos oficiais, como o SAMU e o Pronto Socorro (PS) (PERBONI, 2018).

É importante mencionar que para ser possível a habilitação de um serviço de atenção domiciliar em um município são necessários requisitos como: população maior que 20 mil habitantes, hospital de referência no município, cobertura de um serviço móvel de urgência habilitado e em funcionamento (BRASIL, 2016). Assim, as condições de possibilidade que viabilizam a instauração do serviço são serviços que deveriam ser retaguarda para a AD, além de serem parte dos pontos de atenção no emaranhado de linhas e trajetos descritos na RAS como forma de proporcionar possível integralidade de atenção.

Para além desses pontos de atenção, físicos, estruturais pertencentes a rede, o cuidador pode também ser visto como um ponto central de possibilidade para a manutenção da atenção domiciliar, visto que só é possível a internação do paciente no serviço se o mesmo tiver um cuidador em tempo integral (PERBONI, 2018; BRASIL, 2016). Observo pontos frágeis nas ligações entre os pontos de atenção propostos na rede de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito aos pacientes internados na AD, devido as dificuldades de cobertura e assistência integral, como proposto nos documentos.

Ainda, os discursos que circulam acerca da atenção domiciliar e da morte no domicílio sustentam a ideia de que é melhor também morrer em casa, conduzindo pacientes e cuidadores para que desejem experienciar o final da vida neste espaço e não mais no hospital (PERBONI, 2018). Diante dessas palavras, penso que há um

borramento de fronteiras entre as linhas de cuidado estabelecidas na rede de atenção, com inúmeras rupturas no andamento linear da trajetória anunciada para o cuidado das pessoas com agravos crônicos dentro dessa trama. Assim, desejar ficar em casa, não recorrer a demais serviços torna-se produtivo, e da luz a ideia de que a assistência horizontal em rede funciona.

3.3 Cuidadores experienciando o cuidar do familiar doente nos serviços/ redes de saúde/ sistemas de saúde

Nesta seção será apresentada a revisão integrativa de literatura, na qual foram percorridos passos metodológicos que permitiram a seleção dos artigos de análise. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2019), a revisão integrativa permite a síntese de múltiplos estudos, possibilitando uma visão geral de um determinado tema, por meio de uma construção de análise ampla, permitindo um aprofundamento e entendimento de um fenômeno, baseando-se em estudos construídos e publicados anteriormente.

A revisão foi realizada em seis etapas: identificação da hipótese, elaboração da pergunta norteadora, que determina quais os estudos que serão incluídos; seleção de critérios para inclusão ou exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação/conclusão da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão de pesquisa “Quais os estudos publicados em nível mundial sobre as perspectivas e experiências dos cuidadores familiares de pessoas com agravos crônicos?”. A pesquisa desta revisão foi realizada no mês de março de 2020. Foram utilizadas quatro bases de dados para realizar a pesquisa, porém em uma delas, a pesquisa foi realizada de forma diferente, permitindo capturar maior número de estudos.

As bases utilizadas foram PubMed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Web of Science e Scopus. Nas bases de dados Pubmed, Web of Science e Scopus, os descritores utilizados foram: health services, chronic disease e caregivers. Na LILACS, foram utilizados os descritores chronic disease e caregivers, excluindo o descritor health services, devido à redução no

número de artigos quando o mesmo era acrescentado. Entre todos os descritores, nas diferentes bases de dados, foi utilizado o operador booleano AND. Os termos em inglês foram utilizados como [MeSHTerms] para busca controlada e [AllFields] para pesquisa em todos os campos.

Os critérios de inclusão para a seleção dos estudos foram: artigos nos últimos dez anos, pesquisa com humanos, pesquisas com cuidadores adultos que cuidam de adultos, estudos que mencionam algum serviço de saúde/ projeto de extensão/ programa que ofereça assistência/ apoio à díade paciente-cuidador, estudos qualitativos, quantitativos e quanti-qualitativos, estudos em inglês, espanhol, português e francês. Os critérios de exclusão: artigos de revisão, artigos que não estão relacionados ao tema, teses, dissertações e livros.

Após o cruzamento dos descritores mencionados acima, foram encontrados um total de 932 artigos nas quatro bases de dados, sendo que 120 eram da LILACS, 323 da Pubmed, 181 da Scopus e 307 da Web of Science. A seguir foram excluídas 13 duplicatas (foram identificadas de forma manual) e ficou um total de 919 artigos. Após, foi realizada a leitura dos títulos, quando os mesmos não estavam claros era realizada a leitura do resumo e considerando os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 177 artigos para leitura na íntegra, destes 27 da LILACS, 62 da PubMed, 32 da Scopus e 55 da Web of Science. Após restaram 56 artigos (17 da LILACS, 14 da Pubmed, 2 da Scopus e 23 da Web of Science) que compuseram o material de análise da revisão.

Foram excluídos 121 artigos, destes, 29 se tratavam de avaliação de programa/ instrumento/ aplicativos/ serviços de saúde, 20 eram voltados somente para o paciente, 12 se tratavam de revisões/ ensaios teóricos, 11 não mencionavam serviço de saúde/ programa/ projeto de extensão na qual a pesquisa foi realizada, nove eram voltados para a avaliação da sobrecarga do cuidador, oito foram realizados em áreas rurais, remotas ou em comunidades indígenas, seis com foco na família da pessoa com agravos crônicos (sem caracterizar o cuidador), cinco avaliavam a qualidade de vida do paciente e/ou cuidador, cinco somente apresentavam o método de pesquisa ou a implementação sem mostrar resultados, quatro voltados para a caracterização do perfil dos cuidadores, três artigos avaliavam políticas públicas voltadas para o cuidador, três se tratavam de cuidado de pessoas com doença mental, dois eram voltados para a avaliação da relação entre o paciente e cuidador, um era voltado para aplicação de escalas ao cuidador, um se tratavam de avaliação da ansiedade do

cuidador, um era focado nos profissionais de saúde e um se tratava de crianças com doenças crônicas.

Destaco ainda, que três artigos foram selecionados para compor o material de análise devido a leitura do resumo parecer interessante e adequado aos critérios de inclusão, porém não foi possível o acesso completo aos manuscritos. Foram realizadas tentativas de contato com os autores para ser possível o acesso, entretanto, somente um autor respondeu e enviou o artigo, porém o mesmo não foi incluído porque os participantes da pesquisa eram somente profissionais de saúde. Os outros dois artigos foram excluídos pela impossibilidade de acesso. Diante disso, o número de estudos que efetivamente foram selecionados para análise foi de 52 artigos.

As informações dos artigos que foram consideradas pertinentes para a análise foram organizadas em uma planilha construída no *Microsoft Excell*, foram extraídas informações como abordagem do estudo, país no qual foi realizada a pesquisa, ano de publicação, local do estudo, desenho, técnica de coleta de dados, idioma, revista, área da revista, fator de impacto, *qualis da revista*, questões éticas, referencial teórico (para estudos qualitativos), tipo de análise, participantes, informações sociodemográficas sobre os cuidadores, descrição do serviço de saúde, formas de acesso ao serviço, serviço público ou privado?, estratégias de cuidado ofertada ao cuidador, percepções dos cuidadores em relação ao cuidado e ao serviço, apoio ao cuidador, fornecimento de materiais, menção de capacitação ao cuidador, estratégias realizadas nas situações de intercorrências com o paciente e aspectos econômicos envolvidos no cuidar.

E em seguida os dados contidos nesta planilha foram analisados por aproximação temática. A análise temática permite a descoberta dos núcleos de sentido correspondentes em uma comunicação. A análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, na qual é realizada uma leitura detalhada dos materiais reunidos e explorando o conteúdo; exploração do material que consiste na classificação dos dados permitindo a categorização e codificação dos mesmos, além de ser possível organizar o núcleo de compreensão do texto; e tratamento e interpretação dos resultados que permite a interpretação e discussão da literatura capturada, entrelaçando o conteúdo dos estudos (MINAYO, 2010).

Possibilitando visualização minuciosa do esquema de seleção e exclusão dos artigos que compõem esta revisão foi construído um fluxograma, exposto pela figura 1.

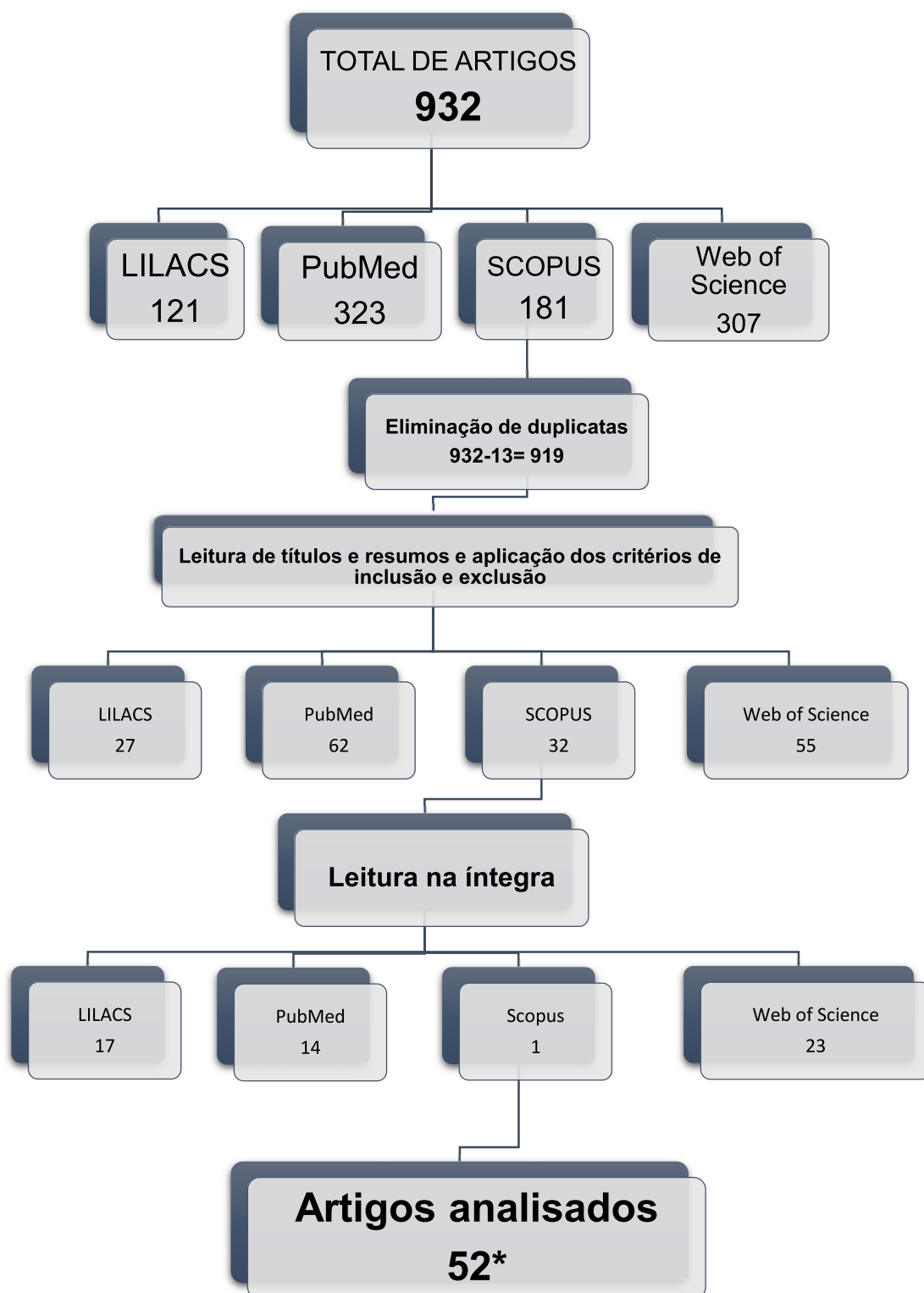


Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Para ser possível realizar o compilado dos estudos que compõem essa revisão, foi realizada uma caracterização dos estudos, permitindo condensar e organizar as informações. Ademais, saliento que a partir da análise temática dos artigos foram elaboradas três unidades de discussão: a) estratégias de cuidado/ suporte ofertado pelos serviços de saúde ao paciente e/ou cuidador; b) percepções dos cuidadores em relação ao cuidado de pessoas com agravos crônicos; c) serviços de saúde em que os pacientes e cuidadores circulam, que serão apresentadas a seguir:

Iniciando a apresentação dos resultados dessa revisão integrativa a partir de uma caracterização dos estudos que foram selecionados.

Com relação ao ano de publicação, dois artigos foram publicados em 2010 (DÍAZ, 2010; ESSUE, et al., 2010); quatro em 2011 (BARRERA-ORTIZ, et al., 2011; CHOI, et al., 2011). GARCIA, et al., 2011; (SLADEK et al., 2011); 10 em 2012 (CARPENTIER; GRENIER, 2012; GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012; GARCIA, et al., 2012; GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; PENROD, et al., 2012; PINTO; NATIONS, 2012; ORDÓÑEZ, et al., 2012; OLIVEIRA, et al., 2012; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012; YEH; CHANG, 2012); três em 2013 (GALLAGHER, et al., 2013; KULUSKI et al., 2013; TESTON, et al., 2013); seis em 2014 (BORSON et al., 2014; GILL, et al., 2014; KAYSER, et al., 2014; PHILIP et al., 2014; WELK et al., 2014; UGUR et al., 2014); sete em 2015 (GONÇALVES, et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015; SILVERMAN, 2015; TOMS et al., 2015); cinco em 2016 (ALHADDAD et al., 2016; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; COSTA et al., 2016; MARCOS; BENJUMEA, 2016; WALKER et al., 2016); seis em 2017 (AASBO, et al., 2017; EERDEN, et al., 2017; JENNINGS, et al., 2017; PAULA, et al., 2017; PEDRAZA, 2017; ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017); cinco em 2018 (BANGERTER; GRIFFIN. DUNLAY, 2018; GARCÍA; CIRO, 2018; LIM, et al., 2018; PADOVANI et al., 2018; QIU; SIT; KOO, 2018); e quatro em 2019 (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019; MASCHIO, et al., 2019; SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019; SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019). Dessa forma é possível observar que o ano com mais publicações foi em 2012.

As abordagens utilizadas nos estudos foram quantitativa em 10 estudos (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019; BORSON et al.,

2014; CHOI, et al., 2011; PEDRAZA, 2017; ORDÓÑEZ, et al., 2012; ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017; BARRERA-ORTIZ, et al., 2011; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012; SLADEK et al., 2011); e qualitativa em 42 estudos (ALHADDAD et al., 2016; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; COSTA et al., 2016; CARPENTIER; GRENIER, 2012; DÍAZ, 2010; ESSUE, et al., 2010; GARCIA, et al., 2011; GARCIA, et al., 2012; ; GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012; ; GALLAGHER, et al., 2013; GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; SLADEK et al., 2011; PENROD, et al., 2012; PINTO; NATIONS, 2012; OLIVEIRA, et al., 2012; TESTON, et al., 2013; GILL, et al., 2014; KAYSER, et al., 2014; PHILIP et al., 2014; WELK et al., 2014; UGUR et al., 2014; GONÇALVES, et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015; BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015; SILVERMAN, 2015; TOMS et al., 2015; MARCOS; BENJUMEA, 2016; WALKER et al., 2016; AASBO, et al., 2017; EERDEN, et al., 2017; JENNINGS, et al., 2017; PAULA, et al., 2017; BANGERTER; GRIFFIN. DUNLAY, 2018; GARCÍA; CIRO, 2018; LIM, et al., 2018; PADOVANI et al., 2018; QIU; SIT; KOO, 2018; MASCHIO, et al., 2019; SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019; SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019; YEH; CHANG, 2012; KULUSKI et al., 2013;).

Dos estudos de abordagem qualitativa, somente nove mencionaram o uso de referencial teórico, dentre eles, um utilizou o referencial de representações sociais (GONÇALVES, et al., 2015); um interacionismo simbólico (DÍAZ, 2010); um simbologia empírica de Frith (SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019); dois teoria fundamentada (COSTA et al., 2016; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015); um teoria das ciências sociais (GALLAGHER, et al., 2013); um abordagem em ciências sociais – essencialista/ realista (SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019); (ESSUE, et al., 2010); um teoria construtivista fundamentada (MARCOS; BENJUMEA, 2016); um de inspiração na antropologia médica (PINTO; NATIONS, 2012).

Com relação ao país onde as pesquisas foram realizadas, o maior número de artigos foi produzido no Brasil, total de 10 estudos (GARCIA, et al., 2011; GARCIA, et al., 2012; GONÇALVES, et al., 2015; GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; MASCHIO, et al., 2019; OLIVEIRA, et al., 2012; PAULA, et al., 2017; PADOVANI et al., 2018; PINTO; NATIONS, 2012; TESTON, et al., 2013). Em seguida na Colômbia, na qual, foram realizados nove estudos (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO;

POSADA-LÓPEZ, 2019; BARRERA-ORTIZ, et al., 2011; DÍAZ, 2010; GARCÍA; CIRO, 2018; ORDÓÑEZ, et al., 2012; BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; PEDRAZA, 2017; ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012). Já nos Estados Unidos foram produzidos oito estudos (BORSON et al., 2014; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; CHOI, et al., 2011; JENNINGS, et al., 2017; KAYSER, et al., 2014; LIM, et al., 2018; PENROD, et al., 2012; WELK et al., 2014).

Dos idiomas em que os artigos foram publicados, o de maior frequência foi o idioma inglês, totalizando 32 artigos (AASBO, et al., 2017; ALHADDAD et al., 2016; ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019; BANGERTER; CARPENTIER; GRENIER, 2012; GRIFFIN. DUNLAY, 2018; BORSON et al., 2014; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; CHOI, et al., 2011; EERDEN, et al., 2017; ESSUE, et al., 2010; GALLAGHER, et al., 2013; GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012; GILL, et al., 2014; JENNINGS, et al., 2017; KAYSER, et al., 2014; KULUSKI et al., 2013; LIM, et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2015; PENROD, et al., 2012; PHILIP et al., 2014; QIU; SIT; KOO, 2018; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015; SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019; SILVERMAN, 2015; SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019; SLADEK et al., 2011; TOMS et al., 2015; UGUR et al., 2014; WALKER et al., 2016; WELK et al., 2014; YEH; CHANG, 2012). No idioma espanhol 10 artigos (BARRERA-ORTIZ, et al., 2011; COSTA et al., 2016; DÍAZ, 2010; GARCÍA; CIRO, 2018; MARCOS; BENJUMEA, 2016; ORDÓÑEZ, et al., 2012; BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; PEDRAZA, 2017; ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012). e em português 10 artigos (MASCHIO, et al., 2019; OLIVEIRA, et al., 2012; PAULA, et al., 2017; PADOVANI et al., 2018; PINTO; NATIONS, 2012; GARCIA, et al., 2011; GARCIA, et al., 2012; GONÇALVES, et al., 2015; GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; TESTON, et al., 2013).

Outro resultado importante que foi possível capturar nessa revisão é que a maioria dos estudos, um total de 44, (AASBO, et al., 2017; ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; ALHADDAD et al., 2016; POSADA-LÓPEZ, 2019; BARRERA-ORTIZ, et al., BANGERTER; GRIFFIN. DUNLAY, 2018; COSTA et al., 2016; CHOI, et al., 2011; 2011; DÍAZ, 2010; EERDEN, et al., 2017; ESSUE, et al., 2010; GALLAGHER, et al., 2013; GARCIA, et al., 2011; GARCIA, et al., 2012; GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012; GILL, et al., 2014; GONÇALVES, et al., 2015; GURGEL;

OLIVEIRA; SALLES, 2012; JENNINGS, et al., KULUSKI et al., 2013; 2017; MARCOS; BENJUMEA, 2016; MASCHIO, et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA, et al., 2012; ORDÓÑEZ, et al., 2012; PADOVANI et al., 2018; PAULA, et al., 2017; PEDRAZA, 2017; PENROD, et al., 2012; PHILIP et al., 2014; PINTO; NATIONS, 2012; QIU; SIT; KOO, 2018; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017; SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015; SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019; SILVERMAN, 2015; SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019; TESTON, et al., 2013; TOMS et al., 2015; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012; UGUR et al., 2014; WALKER et al., 2016; WELK et al., 2014) apontam as mulheres como cuidadoras em maior número em relação aos homens. Saliento que oito estudos (BORSON et al., 2014; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; GALLAGHER, et al., 2013; GARCÍA; CIRO, 2018; KAYSER, et al., 2014; LIM, et al., 2018; ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; SLADEK et al., 2011) não mencionam essa informação. E apenas um estudo (CARPENTIER; GRENIER, 2012) aponta o mesmo quantitativo de cuidadores homens e mulheres.

3.3.1 Estratégias de cuidado/ suporte ofertado pelos serviços de saúde ao paciente e/ou cuidador

Os cuidadores mencionam que práticas ofertadas pelo serviço de saúde como apoio emocional, aproximação com os profissionais de saúde, comunicação clara e a disponibilidade dos profissionais de enfermagem são importantes para auxílio no cuidado e os mesmos demonstram valorizar essas estratégias. Ademais, os enfermeiros são visualizados como os responsáveis por realizar capacitações aos cuidadores e são caracterizados como orientadores dos mesmos (PAULA, et al., 2017).

A comunicação clara e efetiva com os profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar é visualizada pelos cuidadores de forma positiva. Destacam principalmente o papel dos fisioterapeutas, profissionais nos quais possuem muita proximidade e estabelecem relações próxima com escuta ativa. Ademais, pontuam que os profissionais de saúde (identificados no estudo como detentores do saber formal) transmitem para os mesmos informações sobre como realizar o cuidado. Essa proximidade do cuidador com os profissionais de saúde faz com que os mesmos passem a ter conhecimento sobre as formas de cuidar e até mesmo a utilizarem

palavras de cunho científico e termos técnicos utilizados no campo da saúde como “isquemia”, “escara” e etc... (GARCIA, et al., 2012).

A proximidade com a equipe de enfermagem é vista como um fator facilitador do cuidado. Ademais, o tempo de internação prolongado no hospital aumenta o vínculo com os profissionais, pois segundo os cuidadores isso poderia fazer com que tivessem privilégios. Além disso, escuta ativa por parte da equipe, a humanização e a comunicação são pontos positivos (GARCÍA; CIRO, 2018).

O uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's) auxilia na oferta de assistência ao cuidador, por meio de ligações telefônicas é possível sanar dúvidas do cuidador em relação ao cuidado as pessoas com agravos crônicos, bem como ofertar apoio psicológicos por meio de conversa. Neste estudo, os cuidadores identificaram como positivo o uso do recurso das ligações telefônicas, ou melhor descrito pelo estudo, “consulta telefônica”, devido ao suporte recebido, os temas das principais dúvidas foram: aspectos nutricionais, cuidados paliativos, gestão da administração das medicações, cuidados com a pele, cuidados pós-operatórios, cuidados após a quimioterapia (ORDÓÑEZ, et al., 2012).

Em estudo realizado na Colômbia com o uso de TIC's, por meio de disponibilização de vídeos e *link* para acesso a rede de suporte *online* foi uma estratégia considerada satisfatória pelos cuidadores. A oferta de informações, apoio social e possibilidade de tirar dúvidas é uma estratégia possível para auxiliar os cuidadores a realizarem o cuidado a pessoas com agravos crônicos. Ademais, o estudo identificou que 70% dos cuidadores não recebe apoio de outras pessoas para realizar o cuidado, assim, o uso de TIC's foi identificada com uma intervenção efetiva e positiva, principalmente para esses casos (BARRERA-ORTIZ, et al., 2011).

Dando sequência ao tema, outro estudo também realizado na Colômbia as TIC's foram utilizadas de outras formas a partir de serviços na *internet*, como por exemplo um site na *web*. Foi construído um site na web que teve como intenção atingir o público alvo – cuidadores de pessoas com agravos crônicos que eram vinculadas as instituições e vinculadas ao programa em que foi realizada a pesquisa “Programa cuidar de cuidadores”. O site atuou com suporte aos cuidadores pois os cuidadores faziam questionamentos em relação as suas dúvidas e os profissionais de saúde respondiam, ademais, os cuidadores entravam em contato com outros cuidadores e trocavam experiências. Além disso, outro ponto interessante mencionado no estudo é que a partir das dúvidas e relato dos cuidadores foi possível a identificação de

problemas e necessidades enfrentadas por eles, permitindo com que os profissionais de saúde planejem estratégias de apoio efetivas (BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015).

Em estudo realizado na associação de familiares de pacientes com doença de Parkinson é ofertado apoio a família de acordo com suas necessidades. Além disso, a associação atua na defesa dos direitos humanos das pessoas portadoras de Parkinson permitindo auxílio nas questões jurídicas (PADOVANI *et al.*, 2018).

Na Noruega, cerca de 80% de pacientes e cuidadores familiares não recebem suporte dos setores formais de saúde. Esse aspecto faz com que os cuidadores se afastem dos seus trabalhos, devido a necessidade de desempenhar o papel de cuidador, bem como demais atividades cotidianas (GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012).

No Canadá, foi observado a importância do paciente e cuidador receberem apoio tanto da rede formal quanto da informal, permitindo que possam dividir as tarefas do cuidado. Ademais, os cuidadores relatam que sentem preocupações em sobrecarregar a sua rede de apoio familiar, bem como muitas vezes sentem a perda do apoio da família (CARPENTIER; GRENIER, 2012). Dessa forma, o estudo salienta a necessidade dos serviços de saúde ofertarem recursos e apoio necessário ao cuidador.

Nos Estados Unidos eram ofertados serviços de cuidados médicos e psicossociais, devido aos problemas de comportamento de pacientes com diagnósticos de demência. O estudo em questão, destacou que todos os cuidadores relataram a necessidade de atenção psicossocial, mesmo que em momentos de pouco estresse (BORSON *et al.*, 2014).

Os cuidadores mencionam a falta de experiência em realizar o cuidado, principalmente com relação as situações de emergência. Dessa forma, é apontada a necessidade de oferta de serviço especializado aos cuidadores, com um sistema especializado que possa atentar para as suas necessidades, como por exemplo, saber reconhecer sintomas de exacerbação da doença, manipulação com materiais, orientação sobre os medicamentos, entre outros (ALHADDAD *et al.*, 2016).

Pacientes e cuidadores mencionam que necessitam de subsídio ou reembolso para realizarem diálise domiciliar, devido as condições socioeconômicas. Dessa forma, o estudo em questão aponta que serviços reais informem aos cuidadores e pacientes os reais custos e necessidade para a realização da diálise no domicílio, para

que assim, as pessoas possam estar cientes se terão condições de manter o tratamento em casa (WALKER *et al.*, 2016).

As formas de cuidado descritas nos estudos correspondem a oferta de apoio emocional, comunicação clara, escuta ativa, aproximação com os profissionais de saúde, proximidade e disponibilidade da equipe de enfermagem e Tecnologias da Informação e Comunicação como forma de ofertar suporte aos cuidadores. Devido à falta de experiência em realizar o cuidado e falta de apoio dos demais familiares para dividir a tarefa de cuidar, o acesso a esses serviços facilita o enfrentamento da situação pelo cuidador.

3.3.2 Percepções dos cuidadores em relação ao cuidado de pessoas com agravos crônicos

A falta de conhecimento sobre a doença e sobre o cuidado é algo que preocupa os cuidadores, assim, os profissionais de saúde possuem papel fundamental principalmente em ensinar os mesmos sobre a doença, bem com construir relações de confiança (ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; YEH; CHANG, 2012). Ainda, conforme o agravamento da doença e a proximidade com o final da vida os cuidadores mencionam ter ainda mais dúvidas e inseguranças (ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019).

A relação aproximada com os profissionais de saúde é observada como positiva pelos cuidadores. Além disso, mencionam a necessidade de profissionais capacitados e que compreendam o percurso da doença, para que assim possam sanar suas necessidades. Outro ponto importante é que os cuidadores apontam a importância de serem acompanhados por profissionais que já conheçam a história do paciente e família e o seu contexto, permitindo que não tenham que repetir várias vezes as mesmas informações e ainda, que não tenham seus problemas solucionados de forma efetiva. Informações práticas e úteis vindas dos profissionais e dos serviços de saúde também são questões importantes apontadas pelos cuidadores, pois é a partir delas que podem conduzir suas demandas (ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015).

Os cuidadores familiares de pacientes com câncer apontam o apoio social como fundamental para realizar o cuidado. Ademais, mencionam que o suporte instrumental de materiais e o apoio informativo em relação a doença é importante

ferramenta de auxílio no dia a dia. A família e principalmente cônjuges são apontados como principais fontes de apoio, além de também o acesso a informação ofertado pelo serviço de saúde no qual foi realizado a pesquisa, é também visualizado como apoio ao cuidado (PEDRAZA, 2017).

Por outro lado, em estudo realizado nos Estados Unidos os cuidadores apontam falta de apoio familiar, dificuldades na comunicação com o serviço, dificuldades na atenção as questões espirituais e, principalmente, falta de informações adequadas para a tomada de decisão (KAYSER, *et al.*, 2014). Em Taiwan, os cuidadores mencionam que a falta de apoio familiar e conhecimento sobre os cuidados necessários foram considerados preditores de impacto em sua saúde e finanças (YEH; CHANG, 2012).

Em um estudo realizado em uma instituição de saúde de nível terciário na Colômbia, foi apontado que os cuidadores recebem pouco apoio social e devido a isso, possuem menos interação com outras pessoas. Além disso, foi mencionado no estudo que quando maior o nível socioeconômico do paciente e cuidador o apoio ofertado parece não ser tão significativo em relação aos que possuem piores condições socioeconômicas devido a estrutura que possuem. Por outro lado, foi apontado que quanto menor nível socioeconômico as equipes de saúde tendem a se dedicar mais a assistência e oferta de apoio (ROMERO-GUEVARA; CORREA; CAMARGO-FIGUEIRA, 2017).

A sobrecarga e inversão de papéis são apontadas pelos cuidadores como principais desafios em realizar o cuidado. Além disso, os cuidadores mencionam que a falta de liberdade e de poderem viver suas vidas torna o cuidar uma tarefa difícil, porém sentem que realizar essa ação é uma obrigação e apesar dos desafios, os mesmos dizem não ter coragem de abandonar o paciente. Diante dessas dificuldades, os profissionais de saúde e principalmente da enfermagem são fundamentais para que os cuidadores se sintam amparados, assistidos e informados para desempenhar o cuidado, pois são eles que os preparam para enfrentar essas dificuldades (TESTON *et al.*, 2013).

Após receberem a tarefa de cuidar do familiar doente, os cuidadores apontam que sentem falta de uma pessoa que seja referência para ajudá-los a tomar decisões, bem como dividir as responsabilidades. Ainda, um a demora para as consultas, filas de espera, e retorno de exames é mencionado como um desafio vivenciado pelos mesmos. Outro ponto ressaltado é a dificuldade de manejar a dor no domicílio,

principalmente quando os profissionais de saúde não ofertam informações adequadas ou desconhecem o histórico de saúde do paciente (GILL *et al.*, 2014).

A falta de suporte domiciliar é apontada também em um estudo realizado na Alemanha. Ainda, cuidadores mencionam a falta de preparo dos médicos para o manejo dos sintomas. Dessa forma, o estudo aponta a necessidade de treinamentos para a equipe médica com relação ao manejo de sintomas, bem como o desenvolvimento de serviços domiciliares com maior acompanhamento e facilidade de acesso (SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019).

É importante destacar que a situação financeira é um desafio a ser enfrentado pelo cuidador e pelo paciente domiciliar, pois dessa forma carecem de subsídios que possam ofertar uma vida minimamente confortável frente a situação em que se encontram. Ademais, outra dificuldade observada é a dificuldade na locomoção do doente, representando obstáculos no cuidado, bem como interferindo na vida social do cuidador. Assim, as dificuldades enfrentadas no percurso da doença crônica envolvem o sofrimento e prejuízo tanto na vida do paciente como do cuidador. Nesse sentido, políticas públicas voltadas para essas pessoas, bem como apoio dos familiares podem ser importantes para minimizar os efeitos dessas dificuldades na vida de ambos (MASCHIO *et al.*, 2019).

As principais dificuldades apontadas por cuidadores em relação ao cuidado foram: o manuseio do doente, dificuldades de locomoção e na alimentação, divergências entre o cuidador e doente, dificuldade de impor limites ao doente, comportamento inadequado do doente (agressividade e teimosia, falta de apoio familiar, falta das visitas da equipe de saúde do serviço de atenção domiciliar, sobrecarga e utilização de álcool pelo doente (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012).

Outros pontos destacados como desafios em cuidar são: dificuldades em transportar o paciente da casa para o hospital, manejo em lidar com sintomas como náusea, vômitos, inapetência, dor e febre. Ainda, os cuidadores mencionam insegurança em deixar o paciente sozinho devido ao risco de queda elevado (UGUR *et al.*, 2014).

O comportamento inadequado do familiar doente em relação ao tratamento promove o acontecimento de crises fazendo com que tenham que se deslocar ao hospital para ser possível o controle. Além disso, doentes que desenvolvem a dispneia tendem a ter mais crises, principalmente quando não possuem o oxigênio em casa. Além disso, a dispneia é um dos sintomas que mais angustia os cuidadores, devido

ao fato de causar limitações consideráveis nos doentes e conseqüentemente mais dependência do cuidador. Outro ponto importante é esposas-cuidadoras relatam certo distanciamento do marido e também dificuldades nos atos sexuais e isso lhes causa tristeza e sofrimento (PINTO; NATIONS, 2012).

Os cuidadores mencionam que principalmente no início possuem mais dificuldade em realizar o cuidado, pois realizam as atividades com base no conhecimento prévio que possuem e com algumas informações recebidas. Além disso, destacam que no hospital, enquanto o familiar doente está internado, aprendem muitos cuidados e procedimentos. Ainda, nas situações de intercorrências do doente os cuidadores também acabavam aprendendo a lidar de alguma forma, pois não sabiam o que fazer e assim, testavam algumas técnicas com o objetivo de solucionar o problema enfrentado (GARCIA *et al.*, 2011).

Em estudo realizado com cuidadores e pacientes que possuem doença falciforme, o medo em relação ao agravamento da doença, aumento das limitações físicas e também a morte do doente é mencionado por cuidadores, causando sentimento de ansiedade e também promovendo pensamentos negativos que dificultavam o planejamento sobre o futuro, tanto do paciente quanto de suas próprias vidas. Diante do medo, cuidadores e pacientes referem evitar falar sobre a doença e a possibilidade de agravamento e morte do paciente, pois parece aumentar o sofrimento, principalmente porque sabem que a doença tem pouca expectativa de vida (BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016).

Em um estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil, os cuidadores mencionam que como forma de enfrentamento das situações estressoras envolvidas no cuidado, os mesmos utilizam estratégias positivas, com otimismo, cuidar da saúde, pensar positivo (GONÇALVES *et al.*, 2015; PINTO; NATIONS, 2012). Ademais, buscar apoio na religiosidade também é destacado fortemente pelos cuidadores, pois assim conseguem continuar a rotina do dia-a-dia (GONÇALVES *et al.*, 2015; PINTO; NATIONS, 2012). Por outro lado, os cuidadores afirmam que evitam falar de seus problemas, que não se permitem adoecer ou pedir ajuda, pois ao adoecerem estarão proporcionando ainda mais trabalho para a família (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Observar o cuidar como uma obrigação, deve ou como um “ato do coração” é frequentemente apontado por cuidadores familiares e assim passam a deixar suas vidas sociais para cuidar do doente. Entretanto, ao mesmo tempo, cuidadores

parecem ter receio em ficar doentes e assim se tornarem um “fardo” ou serem destratados pela sua família. Alguns mencionam até mesmo a possibilidade de suicídio caso precisem de cuidados ou se encontrarem em alguma situação de dependência (SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019). O cuidar também é visto pelo cuidador como algo natural da vida e também como “a coisa certa a fazer”. Ademais, cuidar é visto como uma obrigação culturalmente prescrita nas relações familiares, principalmente no casamento (QIU; SIT; KOO, 2018). Entretanto, em estudo realizado no Canadá, apesar das responsabilidades em cuidar, os cuidadores reconheceram que adoecem e possuem ansiedade e estresse em relação ao desempenho do papel de cuidador (KULUSKI *et al.*, 2013).

O cuidador parece entender como uma obrigação ou um ato de bondade realizar o cuidado, porém não deseja para nenhum membro de sua família ter que assumir esse papel. Assim, é possível perceber que apesar de não expressarem o quanto sofrem em ser cuidadores, esse sofrimento aparece através da preocupação que possuem se em algum momento precisarem receber cuidados de outra pessoa, pois não desejam que nenhum membro da família tenha que assumir essa responsabilidade por sua causa.

Além de deixarem de lado suas vidas sociais, os cuidadores também possuem dificuldades em manter o trabalho devido a dedicação integral ao familiar doente. Ainda, alguns cuidadores mencionam não conseguir emprego devido as responsabilidades do cuidado. Como estratégia para lidar com essas questões, os cuidadores mencionam utilizar apoio formal com cuidadores temporários (BANGERTER; GRIFFIN. DUNLAY, 2018). Os cuidadores ainda mencionam que ao compararem suas vidas anteriores ao assumirem o papel de cuidador observam as perdas que passaram ao longo do tempo e se sentem mais tristes e menos livres e fortalecidos devido as condições de vida atual (MARCOS; BENJUMEA, 2016).

Essa falta de preocupação com a saúde também é apontada no estudo de Oliveira *et al.* (2012), no qual, os cuidadores relatam se preocuparem mais com a saúde do familiar doente do que com a sua própria saúde. Porém um ponto importante apontado é que a maioria dos cuidadores são idosos que cuidam de outros idosos, o que é extremamente preocupante. Além disso, os cuidadores mencionam sentirem-se sobrecarregados e apontam sentirem falta da ajuda de familiares, tendo que resolver tudo sozinhos. A questão do deslocamento para consultas ou acesso aos serviços de saúde foi algo enfatizado, pois os cuidadores dependem de vizinhos,

amigos ou familiares para o transporte do doente, ou de disponibilização de ambulância de algum serviço de saúde, o que é uma situação observada como um obstáculo.

Apesar das dificuldades enfrentadas ao cuidar de um familiar doente, os cuidadores apontam que o vínculo é fortalecido, e assim as relações entre paciente e cuidador ficam aproximadas. Dessa forma, quando há essa aproximação os dois dialogam sobre as decisões a serem tomadas, e até mencionam que é como se os dois fossem um, como se os dois fossem acometidos pela doença. Nesse contexto a “díade” (paciente- cuidador) fala de dois e não mais de um, fazendo com que muitas vezes possa acontecer a perda da individualidade (DÍAZ, 2010).

Em estudo realizado com cuidadores e familiares com doenças crônicas foi apontado pelos participantes que conflitos são gerados devido à falta de independência gerada pela necessidade do cuidador em supervisionar o familiar doente o tempo todo. Ademais, quando o cuidador é cônjuge do familiar doente, foi apontado que as relações foram afetadas. Outra questão importante foi a falta de conhecimento sobre como acessar os serviços de saúde, bem como mal integração e limitações dos mesmos (TOMS *et al.*, 2015).

Após a alta do paciente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os mesmos apontam que tiveram maiores restrições em quase todas as áreas de sua vida, principalmente relacionado vida social e recreação pessoal. Ademais, emoções negativas e a dor do familiar doente após a alta foi apontado pelos cuidadores como algo que traz sofrimento (CHOI, *et al.*, 2011).

Na Austrália, pacientes com doença pulmonar avançada tendem a internar seja em hospital ou em cuidados domiciliares na fase de final de vida. Dessa forma, os cuidadores familiares se sentem sobrecarregados devido as inúmeras tarefas relacionadas com o cuidado ao doente (SLADEK *et al.*, 2011).

Ainda se tratando de doenças pulmonares, cuidadores de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), mencionam o esgotamento que envolve o cuidar, pois se sentem isolados, cansados, frustrados e ansiosos devido as inúmeras tarefas. Ademais se sentem despreparados para realizar o cuidado ao familiar doente. Porém, ressaltam que mesmo com todos os desafios sentem satisfação em assumir o papel de cuidador principalmente quando realizam alguma tarefa ou cuidado que foi cumprida com sucesso (PHILIP *et al.*, 2014).

As cuidadoras mulheres apontam que acontece uma abnegação pessoal em relação ao que implica em desenvolver o papel cuidador. Para ser possível desempenhar esse papel é necessário investimento total nessa função e desinvestimento pessoal, favorecendo a frustração e raiva (SILVERMAN, 2014).

A partir da DPOC os pacientes desenvolvem o sintoma de dispneia, e este sintoma é considerado pelos cuidadores como o mais difícil de manejar, causando sofrimento emocional. Ainda, a dificuldade de realizar o cuidado ao familiar com DPOC causa grande impacto na vida do cuidador de forma multidimensional, acarretando aumento do nível de sobrecarga (COSTA *et al.*, 2017).

Diante das dificuldades enfrentadas para realizar o cuidado ao familiar doente, os cuidadores e familiares tentam manejar os sintomas de outras formas. Assim, desenvolvem estratégias de manejo, como por exemplo a criação de um dispositivo que impede a perda excessiva de salivação de pessoas com paralisia cerebral (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

A comunicação é um aspecto importante e os cuidadores mencionam dificuldade de comunicação com os profissionais de saúde pelo telefone, principalmente nas situações de emergência, pois possuem dificuldade de explicar a gravidade da situação e o profissional de compreender a gravidade. Além disso, os cuidadores questionam a experiência e competência dos profissionais de saúde em prestar assistência aos seus familiares doentes (AASBO *et al.*, 2017). Corroborando com isso, em estudo realizado nos países da Bélgica, Alemanha, Hungria, Holanda e Reino Unido, os cuidadores mencionaram a dificuldade de comunicação e falta de atenção principalmente do profissional médico (EERDEN *et al.*, 2017).

3.3.3 Serviços de saúde em que os pacientes e cuidadores circulam

Nesta seção foi realizada uma breve caracterização sobre os serviços nos quais as pesquisas foram desenvolvidas, permitindo compreender como funcionam e por quais serviços de saúde, nos diferentes países, os cuidadores e pacientes circulam buscando sanar suas necessidades. Saliento que a maioria dos estudos não trazem informações dos serviços, somente fazem poucos apontamentos, ou só citam o serviço no qual a pesquisa foi realizada.

A maior parte dos estudos foi realizado no Hospital ou a partir dos serviços de dentro do hospital, no qual os pacientes e cuidadores foram recrutados. Em torno de 17 estudos foram realizados em diferentes hospitais de atenção secundária e/ou

terciária (AASBO *et al.*, 2017; ARIAS-ROJAS; CARREÑO-MORENO; POSADA-LÓPEZ, 2019; BANGERTER; GRIFFIN. DUNLAY, 2018; BROWN; WEISBERG; SLEDGE, 2016; CHOI *et al.*, 2011; EERDEN *et al.*, 2017; GARCÍA; CIRO, 2018; GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012; LIM *et al.*, 2018; PAULA *et al.*, 2017; PEDRAZA, 2017; PINTO; NATIONS, 2012; ROTHING; MALTERUD; FRICH, 2015; SLADEK *et al.*, 2011; UGUR *et al.*, 2014; WALKER *et al.*, 2016; YEH; CHANG, 2012).

Ademais, quatro estudos foram realizados em UBS (GARCIA *et al.*, 2011; GARCIA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; MASCHIO *et al.*, 2019); No serviço de atenção domiciliar foram realizados quatro estudos (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012; KAYSER *et al.*, 2014; SEIDLEIN; BUCHHOLZ; BUCHHOLZ; SALLOCH, 2019; WELK *et al.*, 2014). Em serviços identificados como atenção primária fora realizados três estudos (ALHADDAD *et al.*, 2016; KULUSKI *et al.*, 2013; MARCOS; BENJUMEA, 2016).

Pesquisas realizadas em projetos de extensão, programas de assistência, grupos e associações que ofertavam suporte a pacientes e cuidadores, foram identificados cerca de nove estudos (BARRERA-ORTIZ *et al.*, 2011; JENNINGS, *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015; ORDÓÑEZ *et al.*, 2012; BARRERA-ORTIZ; VILLA; ARELLANO, 2015; PADOVANI *et al.*, 2018; TESTON *et al.*, 2013; TORRES; PIETRO; MESSA, 2012; WELK *et al.*, 2014).

Em centros de saúde, com diferentes especialidades, foram realizados apenas três estudos (GALLAGHER *et al.*, 2013; GILL *et al.*, 2014; SILVERMAN, 2015).

Pesquisas realizadas em mais de um serviço, como hospital, atenção domiciliar, consultórios, serviços de saúde foram identificados quatro estudos (COSTA *et al.*, 2016; ESSUE *et al.*, 2010; QIU; SIT; KOO, 2018; SCHUNK; SCHULZE; BAUSEWEIN, 2019).

Foi identificado também realização de um estudo em serviço de seguridade social (SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015); um em unidade de saúde não governamental (GONÇALVES *et al.*, 2015); um em sistema de saúde contributivo (DÍAZ, 2010); três em clínicas especializadas (CARPENTIER; GRENIER, 2012; PENROD *et al.*, 2012; TOMS *et al.*, 2015); e um em ambulatório (PHILIP *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado na Colômbia, um grupo de assistência a pessoas com agravos crônicos da Faculdade de Ciências da Saúde do Programa de Enfermagem Universitário Nacional da Colômbia eram ofertadas assistência social, emocional e informativos, através de telefonemas, bem como entrega de materiais educacionais

como guias práticos para realização do cuidado e informações sobre autocuidado para o cuidador e paciente, de forma a fortalecer a qualidade de vida dos mesmos (ORDÓÑEZ *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado no Japão, é mencionada uma política de seguro público de cuidados a longo prazo que entrou em vigor em 2000 e dentre os objetivos, o principal é ofertar suporte aqueles que necessitam de cuidados a longo prazo de forma digna. Diante disso, a partir dessa política, alguns serviços de saúde são mencionados pelos cuidadores como úteis, como por exemplo, uma creche que oferta cuidados temporários para que o cuidador possa deixar o doente enquanto realiza outras atividades ou afazeres. Além disso, serviços domésticos de limpeza, cuidados pessoais, banho, enfermeira visitante também são ofertados. Os cuidadores mencionam que receber o auxílio dos serviços ofertados é útil e ainda evita que o estado de saúde do paciente piore, bem como muitas vezes evita que fiquem acamados. Além disso, mencionam que foi possível contar com ajudar para organizarem suas vidas e também receber apoio emocional que tanto sentiam falta (SAKAKIBARA; KABAYAMA; ITO, 2015).

Um estudo realizado em um serviço de atenção domiciliar militar do Brasil é ofertado suporte a pessoa com agravos crônicos e familiares a partir de equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas. Esse serviço oferta assistência a 30 pacientes que possuem doença crônica na cidade de Belém. Os cuidadores gostariam que a equipe de saúde realizasse mais visitar domiciliares, pois necessita de auxílio com o doente (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012).

Em um estudo desenvolvido em clínicas ambulatoriais especializadas eram ofertados cuidados com ênfase na qualidade de vida e no processo de morrer. Ademais, em uma das clínicas, o serviço dispunha de conselho espiritual para que fosse possível sanar as necessidades espirituais do paciente, se assim desejasse. Ademais, as clínicas referenciavam o paciente para outros serviços e consultas médicas, se assim fosse necessário. Entretanto, era observado que quando o paciente era referenciado para outro serviço o cuidado muitas vezes ficava fragmentado (PENROD *et al.*, 2012).

Em estudo realizado na Austrália, os cuidadores mencionam dificuldades de acesso aos serviços de apoio ofertados a pessoas com agravos crônicos, principalmente pela falta de informações e por não saberem da existência de

determinados serviços. Dessa forma, é importante pensar estratégias de ofertar apoio ao cuidador, bem como promover o acesso a informação e direcioná-los aos serviços permitindo que possam sanar suas necessidades (ESSUE *et al.*, 2010).

Em Singapura, pacientes são encaminhados a atenção primária após a alta hospitalar, permitindo acompanhamento. Entretanto, cuidadores mencionam preferência pelo atendimento hospitalar e serviços de emergência mesmo em situações que não são consideradas graves devido a eficácia na solução das suas necessidades. Diante disso, há necessidade de reformulação na assistência prestada na atenção primária permitindo controle das condições crônicas e evitando superlotação nos serviços de urgência e emergência (LIM *et al.*, 2018).

Em estudo realizado na Noruega, em um hospital conhecido como o pulmão do país, nas quais são tratadas doenças do sistema respiratório, os resultados apontam para a necessidade de oferta de atenção domiciliar a partir de enfermeiras especializadas em doenças pulmonares, ofertando vigilância e educação sobre a doença a pacientes e familiares. Dessa forma, ofertar o cuidado do hospital nas casas parece ser uma forma de lidar com pessoas com agravos crônicos pulmonares no futuro (GAUTUN; WERNER; LURAS, 2012).

Em um serviço de hemodiálise domiciliar era ofertada assistência por médicos e enfermeiros. Essa assistência foi apontada pelos cuidadores de forma positiva, pois recebiam o suporte necessário para realizar o cuidado. Ademais, ressaltaram que recebiam treinamento das enfermeiras da unidade de hemodiálise domiciliar facilitando a realização do cuidado e tomada de decisão, apesar da insegurança de cuidar do familiar doente (WELCH *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, os cuidadores mencionam a necessidade de assistência para as questões jurídicas envolvidas no cuidado e direitos do familiar doente. Ainda ressaltaram preocupação com acessibilidade aos serviços de saúde para efetivação do cuidado a longo prazo. Dessa forma, é possível perceber que acesso a suporte jurídico é mencionado como serviço necessário e que os cuidadores circulam também (JENNINGS *et al.*, 2017).

Nos diferentes contextos apontados pelos estudos, são mencionadas diferentes estratégias de atenção de cuidados a longo prazo. Dessa forma, é possível pensar que há uma preocupação em torno da oferta e suporte em atenção domiciliar em diversos países do mundo. A tentativa de manejar o cuidado das pessoas que necessitam de cuidados prolongados em casa, faz com que sejam criadas estratégias

que oportunizem essa manutenção, fazendo o doente crônico permaneça em casa recebendo os cuidados da família.

4 PENSANDO DE OUTROS MODOS COM FOUCAULT

Operar os dados de uma pesquisa utilizando-se de noções propostas por Michel Foucault permite olhar para a objeto de estudo com a possibilidade de colocar em “xeque” verdades construídas sobre o tema. Assim, ao realizar essa pesquisa documental, foi possível analisar os registros oficiais que sustentam discursos sobre a RAS a partir uma perspectiva diferente, permitindo rachar as palavras, dar visibilidade as discontinuidades e voz a documentos que ainda não receberam esse tipo de análise.

Para situar minha proposta, considero importante trazer alguns apontamentos sobre Michel Foucault, trazendo informações sobre sua trajetória pessoal e acadêmica. Saliento que essa apresentação pretende mostrar porque os pensamentos, as teorizações de Foucault são “potentes” para pensar a saúde e sobretudo meu tema de pesquisa.

Foucault nasceu em *Poitiers*, na França, foi nomeado por sua família como Paul-Michel Foucault, e, teve uma infância e adolescência conturbadas, envolvidas por diversos questionamentos. Por não querer levar mais o nome do pai que se chamava Paul Foucault, o mesmo trocou o registro do seu nome, chamando-se somente de Michel Foucault. Proveniente de uma família com uma geração de médicos, que possuía uma grande riqueza, Foucault foi criado a partir de uma educação rigorosa, com o protagonismo de sua mãe que impunha para ele e seus dois irmãos que “o importante é governar a si mesmo”. O filósofo era considerado por seus professores por ser um aluno exigente, capaz de organizar seus pensamentos de uma forma tão rigorosa que o permitia apreender rapidamente as informações essenciais (ERIBON, 1990).

Além disso, Foucault diz, em uma de suas entrevistas, que a infância de sua geração foi moldada por diversos acontecimentos históricos e que talvez seja por isso o seu grande fascínio pelos processos históricos relacionados às experiências

peçoais, os quais todos nós estamos envolvidos ao longo de determinados períodos de tempo (ERIBON, 1990).

Diante disso, utilizei o pensamento de Foucault para problematizar a RAS a partir da análise de documentos. É importante destacar, que em minha dissertação de mestrado utilizei de algumas ferramentas propostas por Michel Foucault para problematizar a atenção domiciliar, e assim, persisti nas análises desta pesquisa a partir da mesma linha de pensamento.

Em seus escritos, Foucault se debruçou em analisar obras que não eram consideradas expoentes academicamente ou no círculo acadêmico, permitindo da voz a esses escritos e desconstruir verdades da história que nos é contada. Segundo Veiga-Neto (2014), no estudo da obra de Foucault é possível pensar o presente de maneiras produtivas, bem como tentar modificar o que se considera preciso ser modificado. Entretanto, é importante lembrar que não se deve procurar no pensamento foucaultiano um suposto “remédio” para o mundo, pois Foucault não é um salvacionista e para ele não existe um caminho, um ponto de origem, nem mesmo um lugar onde se quer chegar ou que possa ser previsto antecipadamente.

Foucault foi um pensador contemporâneo, que desenvolveu obras interessantes para problematizar o campo de saber da área da saúde. No campo da enfermagem, as lentes foucaultianas parecem ganhar espaço, visto que o referencial teórico está sendo utilizado em pesquisas para pensar aspectos relacionados a assistência e a constituição da enfermagem enquanto profissão. Destaco algumas pesquisas de inspiração foucaultiana que transitam pelos temas que tenho me debruçado a pesquisar desde o mestrado, como por exemplo, estudos que abordam atenção domiciliar (OLIVEIRA, 2014), cuidados paliativos e a morte no domicílio (CORDEIRO, 2017) que discorrem sobre cuidados paliativos (SILVA, 2010), dos discursos sobre o corpo e saberes que são transmitidos ao longo da formação das enfermeiras (KRUSE, 2003).

Dessa forma, as pesquisas foucaultianas permitem a desconstrução e um olhar outro para temas muitas vezes tão consolidados na área da saúde e principalmente da enfermagem. Operar com o referencial e com as ferramentas propostas por Foucault, permite o “desmonte” de verdades já estabelecidas, fazendo com que possamos suspeitar delas e desconstruir pressupostos.

Para Foucault, a verdade é deste mundo e é produzida a partir de discursos e de múltiplas coerções que produzem efeitos regulamentados de poder (FOUCAULT,

2007b). A verdade é um sistema de obrigações, dessa forma, indefere se algo que ora foi considerado verdadeiro, não seja mais em outro momento, ela independe deste ou daquele ponto de vista, para ser considerada como verdadeira ou não (FOUCAULT, 2016). Ainda, a verdade não é possível sem poder, é a partir do exercício do poder que a verdade se constitui. Ademais, cada sociedade tem seu regime de verdade a partir de discursos que ela acolhe em determinado período de tempo e os faz funcionar como verdadeiros (FOUCAULT, 2007b).

Pensar as verdades sobre a Rede de Atenção à Saúde, só é possível a partir do conhecimento dos saberes e discursos que estão envolvidos na sua constituição na atualidade. Para Foucault (2009), o discurso é selecionado e sua produção é controlada, organizada e redistribuída a partir de um conjunto de fatores que, envolvidos por um jogo de poder, fazem com que seja permitida a circulação do mesmo em determinado período de tempo. Diante disso, os discursos fazem atravessamentos que constituem os sujeitos e são capazes de conduzir suas atitudes e comportamentos.

Silva e Machado-Júnior (2016), apontam que alguns discursos somente reproduzem ou complementam instancias disciplinares que legitimam certas “verdades” sobre determinado campo de saber, outros discursos criam oposições à estas, seja de forma total ou parcial. Assim, é possível pensar que o poder para Foucault está relacionado com a criação e ordenação dos objetos a partir das relações de força entre os discursos de cada tempo. A produção das discursividades está relacionada as condições de possibilidade e do contexto histórico de cada momento que faz com que seja possível a formação de um discurso. Dessa forma, podemos dizer que o discurso é produzido de forma interessada, de modo a atender as “necessidades” de dado momento.

Dessa forma, os discursos produzidos a partir da RAS faz pensá-la como uma solução para os problemas de saúde pública da atualidade. E dessa forma, são produzidas verdades, a partir de documentos oficiais, políticas públicas, práticas, relações de poder que conduzem a condução das condutas dos profissionais de saúde e também de quem acessa os pontos de atenção dessa rede. Diante disso, é possível colocarmos em xeque a RAS, observando-a como um dispositivo, composto por diversos mecanismos, com um emaranhado de fios, que desenham a trajetória dos pacientes e seus cuidadores diante do seu percurso no SUS.

A produção de verdades de cada tempo está relacionada aos discursos autorizados a circularem e também as relações de poder estabelecidas. O poder para Foucault não é uma substância, algo palpável, mas sim é exercido através de relações entre um ponto e outro (FOUCAULT, 1995). Desse modo, o poder não é repressivo, mas sim produtivo, pois a partir do estabelecimento de relações de poder há produção de saberes, de discursos, indução de prazeres, fazendo com que o mesmo circule e produza seus efeitos de forma contínua no corpo social (FOUCAULT, 2007b).

O exercício do poder se estabelece em conduzir condutas e ordenar a probabilidade. Situando o leitor, é importante destacar que o termo conduta, significa o ato de conduzir os outros, ou seja, de governar os outros e a maneira de como se comportar no campo de possibilidades, na qual é governado o comportamento dos sujeitos. Desse modo, o exercício do poder se dá em governar a ação dos outros (FOUCAULT, 1995). Ainda, segundo Veiga-Neto (2014), as relações de força constituem o poder e devido a isso o poder é fugaz, singular, pontual. O poder não se liga a uma instituição e nem se apoia em nada além de si mesmo. Assim, essas forças, que Foucault denomina de poder atuam no que se tem de mais concreto e material, que são os corpos. Dessa forma, a partir da relação de poder, é possível conduzir as condutas, de si mesmo, do próprio corpo, suas atitudes, seus gestos, comportamentos e vontades, bem como as condutas dos outros.

Penso que a RAS enquanto dispositivo de governo estabelece relações de poder, a partir dos discursos, por meio dos profissionais de saúde que conduzem condutas dos pacientes e cuidadores. Esse dispositivo só foi possível a partir da necessidade de organizar e tornar produtiva a assistência a pessoas com doenças crônicas. Essas relações de poder, também denominadas por Deleuze (2005), como relações de força, desenham a trajetória a ser percorrida dentro da rede.

Os discursos sobre a saúde vão se modificando e se atualizando conforme os interesses governamentais e as necessidades emergentes. Com o nascimento da medicina social, a população pobre se fez interessante, principalmente do ponto de vista econômico, não pelo bem da saúde dos mesmos, mas devido a maior produção e força de trabalho. Assim, a medicina que era individual, com a relação médico-paciente, e passa a focar no social, na medida em que se preocupa com o coletivo para o aumento da produção e manutenção do capitalismo. A medicina de estado nasce no sentido de dar mais força ao corpo social, aumentando a economia, a força para resolver os conflitos, a partir dos interesses políticos (FOUCAULT, 2007c).

A saúde passou a ser objeto de intervenção da medicina e todos os aspectos que podem ser condicionantes à saúde do indivíduo, como, por exemplo, o saneamento básico. Portanto, as regras urbanas e as condições de vida são consideradas um vasto campo de intervencionismo da medicina, que não está mais ligada somente aos doentes, mas sim a decisões gerais de uma sociedade. Ademais, a medicina desempenha um domínio cada vez mais amplo sob a existência individual ou coletiva a partir do desenvolvimento de ações normalizadoras que estão para além das demandas do doente. Com isso, a autoridade médica não é considerada somente como uma autoridade do saber, mas sim responsável por uma sociedade, capaz de tomar decisões em relação a uma cidade, bairros, instituições e regulamentos (FOUCAULT, 2011).

Nessa conjuntura, a medicina identifica-se como uma biopolítica que tem como alvo o corpo, pois até a Idade Média a medicina era totalmente individualista, baseada na relação de médico paciente e no fim do séc. XVIII início do séc. XIX a medicina passa a ser coletiva, devido ao advento do capitalismo. Portanto, a medicina passa a comandar o corpo, tornando-se elemento fundamental na economia de poder da modernidade (GADELHA, 2013).

Novamente, no Brasil, se pensa em formas de controle do corpo social, através de estratégias que se apresentem como potência para o controle das problemáticas emergente, como por exemplo a superlotação do serviço de emergência, fragmentação da rede de saúde e otimização de recursos dentro do hospital.

Para isso, a proposta de assistência organizada por uma rede, fortalece ainda mais o controle da vida das pessoas a partir de um emaranhado de fios tecidos de acordo com interesses do contexto atual, nos quais estão voltados para o manejo das condições crônicas a partir da oferta de ações e serviços de saúde de forma interligada. Entretanto, é possível pensar que traçar fluxos de atendimento no sistema de saúde permite maior controle e ainda mais produtividade, pois a tendência é de que a pessoa com agravos crônicos acesse aos serviços e possa receber a assistência integral, evitando complicações e situações agudizadas de sua condição, permitindo que sejam evitadas longas internações hospitalares, uso de recursos de alta complexidade e dos serviços de urgência e emergência por mais tempo, consequentemente o doente permanece útil ao Estado diante da possibilidade de continuar produzindo.

Dessa forma, para além da preocupação da saúde das pessoas, a mudança nos modelos de atenção, a partir de uma rede emerge com viés econômico e de maior controle e governo das pessoas. A noção de governo está relacionada ao ato de governar a partir de um conjunto de práticas, ações, aparelhos e saberes que conduzem as condutas das pessoas (FOUCAULT, 2008).

Veiga-Neto (2014) complementa a relevância de conhecermos os modos pelos quais somos governados e nos governamos, bem como os limites estabelecidos a partir das ações desse governo, ou como prefere chamar – governo. Conhecer como nos governam e como nós mesmos nos governamos é um requisito para qualquer ação política que pretenda colocar sob suspeita o que estão fazendo de nós e o que nós estamos fazendo de nós mesmos – principalmente diante de um mundo com constantes transformações.

Dessa forma, compreender como a RAS governa as pessoas bem como as mesmas se governam dentro dela é algo que me interessa desde a construção de minha dissertação.

Para que isso seja possível, muitas são as reorganizações que permitem o estabelecimento da RAS, que neste estudo aponto como um possível dispositivo de governo. Segundo Foucault (2007c), o dispositivo, trata-se de um conjunto heterogêneo composto por discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões, leis, regulamentos, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições, sejam elas, filosóficas, morais ou filantrópicas. Ademais, o dito e o não dito são elementos do dispositivo.

Ainda, Castro (2009), acrescenta que o dispositivo é a rede de relações estabelecidas entre os elementos heterogêneos. Ele aparece entre os diferentes elementos a partir de uma formação que tem como finalidade responder a uma urgência. Diante disso, o dispositivo desempenha função estratégica que produz efeitos e estabelece modificações nas formas de vida de acordo com a situação de cada período histórico.

Diante do exposto, a partir deste estudo foi possível pensar as formas, saberes e discursos que compõem as políticas públicas de saúde, bem como estruturam as instituições de saúde no Brasil e as constituem como – um dispositivo de governo.

5. DESEMARANHANDO OS FIOS

Para desemaranhar os fios que constituem a RAS, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, com desenho documental a partir da análise de documentos oficiais brasileiros que traçam as conduções de condutas para os pacientes e cuidadores na RAS. Destaco que neste estudo, as noções propostas por Michel Foucault foram as lentes utilizadas para olhar de forma atenta para esses documentos, permitindo assim, analisá-los de uma forma diferente.

Segundo Veiga-Neto (2014) os estudos foucaultianos não são “pau para toda obra”, pois no pensamento de Foucault não há espaço para metanarrativas ou para alguns tipos de expressões como, por exemplo, “a história da humanidade” ou certas palavras como “todos” ou “sempre”. Além disso, também não há lugar para questionamentos do tipo: “o que é isso?”, uma vez que esse tipo de pergunta revela que no fundo temos falta de clareza em determinado tema ou informação. Dessa forma, ao realizarmos estudos na perspectiva foucaultiana não devemos partir de conceitos e nem devemos nos preocupar em chegar a outros conceitos estáveis ou seguros. O questionamento nesse tipo de pesquisa está em examinarmos “como as coisas funcionam e acontecem?”, tornando muito mais interessante e produtivo, bem como podemos ensaiar alternativas para que “essas coisas” venham a funcionar e a acontecer de outras maneiras.

Diante disso, é importante frisar que não tive intenção de avaliar a funcionalidade da RAS, com aspectos positivos ou negativos em termos de gerenciamento da saúde pública na atualidade, mas sim, de problematizá-la, de colocá-la em xeque, de mostrar as suas formas, seus caminhos, seus fios, dar-lhe visibilidade, mostrar as discontinuidades, como ela acontece na atualidade, bem como as condições de possibilidade que permitiram o seu surgimento.

Para isso, me utilizei de documentos oficiais brasileiros que pudessem indicar os elementos que dão visibilidade e constituem o dispositivo que entendo ser a RAS. A pesquisa documental é realizada em documentos que ainda não receberam

tratamento analítico sobre um determinado objeto de estudo (mesmo que já tenha sido analisado a partir de outra ótica ou outro objeto de estudo), por exemplo na área da saúde, materiais como prontuários dos pacientes, resoluções, planos de ação, planos municipais de saúde, entre outros (CECHINEL, 2016).

O desafio em relação a essa técnica de pesquisa está na capacidade do pesquisador em selecionar, tratar e interpretar a informação. É importante destacar que em uma pesquisa documental o pesquisador irá extrair elementos informativos de um documento original, considerado primário fazendo análise e resultando-o em um documento secundário. Assim, essa é uma das principais diferenças entre uma pesquisa documental e uma pesquisa bibliográfica, pois na pesquisa bibliográfica os arquivos analisados já são considerados secundários pois os dados receberam análise prévia de outros autores (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

O documento pode ser definido como tudo aquilo que é vestígio do passado, que serve de testemunho. Pode se considerar um documento escrito, mas também de outras naturezas, como de origem iconográfica ou cinematográfica. Além disso, pode ser considerado também, qualquer outro testemunho registrado como objetos cotidianos ou elementos folclóricos, ou registros de uma entrevista ou de uma observação (CELLARD, 2008).

Neste estudo, os dados presentes nos documentos foram problematizados e seus conteúdos foram analisados, sendo possível pensar em uma ilustração dos fluxos possíveis para o paciente e cuidador. Ainda foi possível observar as relações de poder, jogos de verdade, estratégias de governo e a formação do dispositivo diante do contexto das Redes de Atenção à Saúde no cenário de saúde atual.

Para a produção dos dados, iniciada em março de 2022, tomei como ponto de partida o documento primário – Portaria de Atenção Domiciliar nº 825 de 25 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), e a partir dele, mapeei de forma interessada os demais documentos oficiais, dentre eles, portarias, decretos, resoluções entre outros, que compuseram o material empírico de análise. Destaco que a Portaria nº 825 foi escolhida devido ao fato de ser um dos documentos oficiais mais recentes em relação à atenção domiciliar, considerando em sua constituição uma série de leis, portarias e resoluções como condições possíveis para sua consolidação. Dessa forma, esses documentos apontados nesse documento primário foram selecionados para análise, bem como apontaram outros documentos em sua própria constituição que também

foram selecionados como parte do material empírico e assim foi seguido o mapeamento sucessivamente durante a coleta de dados.

A partir do documento primário (que também fez parte da coleta de dados) foram selecionados 10 documentos. Estes documentos apontaram outros 40 documentos. Após a exclusão de 14 documentos que eram duplicados e 19 documentos nos quais não havia conduções diretas ou indiretas para o fluxo do paciente e cuidador na rede, restaram 17 documentos (Apêndice A) que fizeram parte do material empírico. Saliento que minha coleta de dados partiu do documento de ano 2016 para trás, assim, permitindo atualização de algumas questões, utilizei documentos recentes para a discussão dos resultados. Essa etapa foi desenvolvida até o mês de outubro de 2022.

Para me organizar com relação a coleta de dados, que fiz manualmente, escrevi a identificação da Portaria nº 825 e ano de publicação e todos os documentos que essa portaria mencionava em um caderno. Em seguida, cada documento mencionado por esta última, eu separei em páginas diferentes escrevendo todos os demais documentos que cada uma delas mencionava.

O período da coleta foi de março a outubro de 2022, permitindo o tempo necessário para a leitura detalhada de cada documento oficial. Um aspecto que analiso como exaustivo foi a leitura densa dessas Portarias, Leis, e Resoluções e Decretos, que se utilizam de linguagem formal para estabelecer diretrizes e orientações. Pontuo como uma leitura dura e que se torna cansativa. Reforço que tive dificuldade com a organização do tempo para fazer esta coleta de dados, devido as leituras densas e diante do fato dos documentos estarem disponíveis para que acessasse em qualquer momento. Isso foi um desafio ao mesmo tempo que um facilitador para minha organização.

Saliento que na medida que ia fazendo a leitura dos documentos já ia selecionando os excertos possíveis para comporem a planilha e extração dos dados. Portanto, uma pré-análise documental ocorreu de maneira simultânea a coleta de dados. Para esta seleção, como critérios de inclusão, foram selecionados documentos oficiais brasileiros disponíveis na internet que compunham direcionamentos, ainda que de forma indireta, em relação ao paciente e/ou cuidador, bem como as conduções e relações estabelecidas pela atenção domiciliar com os demais pontos de atenção na RAS. Ainda destaco que realizei a leitura de documentos revogados ou substituídos. O critério de exclusão se baseava em excluir documentos duplicados.

Os documentos selecionados para análise, além de marcar com um símbolo “V” que representa sinal de confirmação de leitura, salvei o arquivo no formato *pdf* para uma pasta em meu computador denominada “coleta de dados da Tese” todos os documentos que foram incluídos no estudo. Guba e Lincoln (1981) definem a análise documental como um potente e extenso exame de vários materiais que ainda não receberam análise, ou que podem ser reexaminados, buscando outros tipos de informações ou interpretações. Esta busca é realizada por meio de documentos.

Destaco ainda, que na referida pasta, todos os documentos mencionados foram salvos em formato *pdf*, em outras pastas diferentes identificadas pelo nome da Portaria. Exemplo, pasta “Portaria 8.080” e dentro dela anexava todos os documentos nos quais foram citados por esta. Os excluídos, marquei nas próprias folhas do caderno que utilizei um “X” em sinal de exclusão e escrevi em todos a palavra “excluído”.

Nesta etapa, não utilizei programa ou ferramenta de organização de dados. Sair um pouco da frente do computador, utilizar os papéis, escrever manualmente foram atividades que me trouxeram certo prazer em um contexto em que utilizamos ferramentas tecnológicas para tudo. Em muitos momentos me vi rodeada por muitos papéis, livros, canetas e muitos copos de café. O que por vezes parecia uma bagunça. No entanto, os passos metodológicos nesta pesquisa foram firmes e trilharam vários caminhos para chegar no objetivo.

Em uma pesquisa que tem como fonte de dados documentos, é necessário que o pesquisador esteja focado em três aspectos: a escolha dos documentos, o acesso e a análise. Ao selecionar os documentos, o pesquisador deverá se atentar aos processos de aproximação de temas e análise dos dados. Para isso, é necessário que o mesmo mantenha forte vínculo com os propósitos da pesquisa, buscando entender a potência da mensagem que os dados dos documentos estão emitindo (LIMA-JUNIOR *et al.*, 2021).

Durante a seleção dos documentos, foi realizada leitura minuciosa e aprofundada dos mesmos, permitindo a seleção dos excertos. Saliento que para saber se excluiria ou não o documento, exceto nos casos de duplicatas, precisava realizar a leitura completa do mesmo, para verificar se até mesmo o último parágrafo poderia apresentar algum direcionamento que fosse de meu interesse. Para organização dos excertos selecionados para análise, foi construída uma planilha no *Microsoft Word* – exemplo no (Apêndice B), permitindo melhor visualização das informações,

distribuídas por itens como: tipo de documento, ano de publicação, definição do documento, quem diz?, para quem diz?, excerto selecionado para análise, comentários e noções teóricas.

A partir de outubro de 2022 me debrucei nesta planilha com 109 páginas. Essa proximidade com os documentos impressos e a vontade de me desligar um pouco do computador fez com que eu imprimisse a planilha e a observasse de modo a folhear suas páginas, fazer apontamentos, grifos, que no final pareciam um arco-íris. Porém esta foi a forma na qual encontrei para mergulhar nos excertos e pensar com o referencial.

Saliento que os excertos foram removidos dos documentos na forma de citação direta, “copia e cola”, dessa forma, os textos estão escritos ainda sem modificações na língua portuguesa. Ainda, em alguns excertos alguns itens, por exemplo, foram revogados ou substituídos, e devido a isso, aparecem taxados.

Observo que o mergulho nesses documentos me fez compreender muitas questões que antes não visualizava, como por exemplo, a modificação dos discursos em cada período do tempo. Um fato que me chamou bastante atenção foi a modificação de nomenclaturas, que vão sendo atualizadas conforme a necessidade. Por exemplo, no documento do estatuto da “pessoa idosa”, este termo foi modificado em 2022, diante das produções de saber em relação a esta população. Até então para se tratar da pessoa idosa, a nomenclatura utilizada era idoso/ idosos, velhice.

Para a análise documental, foram utilizadas algumas ferramentas propostas por Michel Foucault permitindo problematizar e desconstruir verdades sobre a rede de atenção à saúde. Dentre as ferramentas estão o governo, discurso, dispositivo, biopolítica, relação de poder e jogos de verdade.

A seleção dos excertos que compuseram a planilha foi realizada de forma manual por aproximação de temas, o que possibilitou posteriormente desenvolver as seções e compor as unidades de análise.

Esta forma de fazer a pesquisa, bem como os excertos aos quais me interessei fazem parte do que em mim produziu efeitos e me chamou mais atenção em relação a outros. Conforme fui constituindo as unidades de análise, em meados de novembro de 2022, percebi que meus dados se organizavam em três grandes temas: Sistema Único de Saúde; Redes de Atenção à Saúde e Atenção Domiciliar e Urgência e Emergência como Centrais na Rede.

Organizei as unidades de análise e fui analisando os excertos, partindo do meu conhecimento em relação aos temas, da fundamentação teórica do referencial, bem como minha constituição enquanto enfermeira e pesquisadora. O período de análise foi de final de outubro de 2022 a início de janeiro de 2023, porém saliento que durante a produção de dados já fui realizando algumas análises e comentários, bem como discutindo com minha orientadora sobre as possibilidades de amarração com o referencial teórico. Em seguida fui fazendo as costuras necessárias para fundamentar as análises com o referencial teórico, bem como a elaboração da discussão com as produções presentes na literatura.

A partir dos excertos que traziam orientações de pontos de atenção que o paciente e cuidador precisam percorrer, foi produzida uma ilustração na qual realizei uma analogia com a metáfora de uma aranha e sua teia que a partir dos seus fios, cruzamentos e intersecções, que produzem o dispositivo – RAS. Essa ilustração foi construída por profissional das artes, José Paulo Portela Alves, Bacharel em Design Gráfico a partir das minhas orientações.

Saliento, que esta forma de fazer a pesquisa foi individual e que outra pesquisadora poderia dar outro olhar, bem como selecionar outros excertos ou apontar outras questões as quais não me detive.

Diferente das pesquisas que seguem o método cartesiano, as que utilizam um referencial foucaultiano não tem objetivo de que a pesquisa seja reproduzida por outras pessoas de maneira independente, com o objetivo de que todas cheguem ao mesmo resultado. São pesquisas no campo das ciências sociais que possibilitam exercitar o pensamento, a problematização, ou seja, entrecruzar caminhos, rearticular os materiais, fazer trabalhar o pensamento.

As pesquisas que utilizam o pensamento de Foucault são produzidas com mobilidade que permite a condução da pesquisa de forma interessada, sem ter insegurança em apontar isto (VEIGA-NETO; FISHER, 2004). Dessa forma, esse tipo de pesquisa permite que possamos assumir nossa individualidade, bem como impossibilidade de neutralidade em desenvolver uma pesquisa, então assim o fiz.

Por fim, mas não menos importante, saliento que esta pesquisa não foi submetida ao comitê de ética em pesquisa uma vez que o material empírico constituído foram documentos oficiais disponíveis publicamente na *internet*. Entretanto, menciono a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, na qual aponta que

é dispensada a submissão a comitê de ética em pesquisas que utilize informações de acesso público, entre outras (CNS, 2016).

Essa pesquisa, foi conduzida com responsabilidade e honestidade intelectual desde o processo de investigação até a publicação dos seus produtos. Nesse sentido, foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – normas UFPEL que orientam a escrita e informam como proceder na apresentação dos trabalhos acadêmicos e científicos de forma a respeitar os direitos autorais, sendo fiel às fontes bibliográficas utilizadas.

6. TECENDO AS LINHAS DA ASSISTÊNCIA A PARTIR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este capítulo trata sobre o funcionamento do SUS se fez necessário para compreensão das condições de possibilidade para organização da Rede de Atenção à Saúde. A partir do desdobramento das palavras e apontamentos trazidos nos documentos foi possível pensar as estratégias constituídas para ser possível a operacionalização do SUS.

Diante dos entraves que ainda estão presentes nesse sistema organizacional, foi surgindo a necessidade de descrição de alguns conceitos e consolidação de outros para, primeiro possibilitar o acúmulo de saber necessário para prescrições, e por último, mas não menos importante, permitir que a partir da RAS sejam fortalecidas as possibilidades de assistência em saúde com uma outra proposta, outro modelo de atenção que possibilite o cuidado em rede, horizontal, integral e com fluxos tecidos entre os pontos de atenção à saúde e principalmente com foco na atenção básica.

Utilizando as lentes foucaultianas olhei para esses documentos buscando rachar as palavras, observar as rupturas que foram para as condições para surgimento da rede. Ao trilhar os fluxos apontados nos documentos atentei para os desdobramentos ocorridos após a criação do SUS e as estratégias utilizadas para sustentar esse sistema, bem como manter os discursos que envolvem sua criação.

Para mim, este capítulo se constituiu como uma aranha que produz uma teia, com diversos fios capazes de se ligarem uns aos outros. Faço aqui uma analogia entre a aranha e o SUS, pois ele permite a produção da teia, o fortalecimento de alguns fios em detrimento de outros, bem como a formação de uma teia consolidada que permite que a aranha circule e deslize de um ponto a outro. Essa teia se configura na Rede de Atenção à Saúde, que mais adiante será analisada a partir dos mecanismos que a constituem como um dispositivo de governo.

6.1 O discurso de saúde como um bem

No documento da Constituição Federal de 1988, a saúde é apontada como um bem, como um direito e garantia de acesso a ações e serviços que funcionem a partir de políticas que objetivem reduzir doenças:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A partir do momento que se entende saúde como um direito, é iniciada a organização do atendimento de saúde, na pretensão de garantir o acesso aos serviços de forma organizada e também menos onerosa.

Anteriormente ao conceito de saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988 era utilizado o conceito constituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1947, na qual afirma que “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OPAS, 2018). “

É importante destacar que a estratégia de enfatizar o direito de saúde como um dever do estado não anula o dever da pessoa e de seus familiares, sobre sua saúde. Diante disso, já é apontada a co-responsabilização das pessoas com relação a garantia de saúde.

Para além de ter acesso aos serviços de saúde, condições de moradia entre outros, a pessoa precisa se comprometer consigo. Se expor a situações que tragam saúde, buscar a prevenção, optar por uma vida mais saudável. Caso contrário, a responsabilidade também é compartilhada com ela.

Cabe destacar que a preocupação do Estado com a saúde da população já era apontado na Inglaterra desde 1942, a partir do Plano *Beveridge*. Dessa forma, são pensadas em estratégias de manter e melhorar a saúde das pessoas, com objetivo econômico destacado – evitar que a partir da falta de saúde houvesse interrupções no trabalho (FOUCAULT, 2010).

O Brasil, incorpora certas estratégias trabalhadas na Inglaterra para pensar o sistema de saúde, de modo a produzir saúde, ofertar condições para que ela seja possível, mas também pensar em quanto essa questão impacta economicamente.

Esse outro entendimento sobre saúde como um direito, como um bem, abrange para além da ausência de doença, a partir de condicionantes de saúde que envolvem aspectos como moradia, acesso à educação, transporte, lazer, entre outros:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

É possível apontar que o “novo” conceito de saúde, propôs efeitos de bem-estar aos indivíduos, entretanto, também, aumentou o controle sobre estes. Esse controle se dá, porque a partir do momento que a pessoa dispõe de mais saúde e acesso aos serviços, ele será mais saudável, mais produtiva, talvez frequentará mais a escola, cursos, universidade e com isso, dará maior retorno ao estado.

Quando os demais direitos sociais são citados como determinantes e condicionantes da saúde, a saúde parece ficar centralizada, e ela pode ter um sentido de vida.

Diante de uma sociedade na qual o poder político assume o poder sobre a vida, são utilizadas técnicas para maximizar a vida, a partir de um corpo que precisa ser cuidado, protegido, cultivado e preservado dos perigos. A partir do século XVII é desenvolvido o poder sobre a vida, que se divide em dois polos, primeiro centrado no corpo, a partir de disciplinas. E em seguida no século XVIII, no corpo-espécie a partir de estratégias de regulação e intervenção, uma biopolítica da população. Nesse sentido, as tecnologias políticas passam a intervir e investir no corpo, na saúde, na maneira de se alimentar, nas condições de moradia, em todo o espaço de existência. Nessa conjuntura, a produção de saber e o exercício do poder são agentes de transformação da vida humana (FOUCAULT, 1988).

Em um documento intitulado “Distritos Sanitários: concepção e organização” que foi construído para orientar gestores municipais dos serviços de saúde é apontado que o processo de saúde-doença representa um conjunto de relações e variáveis que implicam no estado de saúde e doença de uma população e pode ser modificado ao longo do tempo em cada período histórico, bem como no desenvolvimento científico da humanidade. Ainda, é ressaltado no documento que a saúde e doença são estados, porém não se tem saúde ou doença por acaso, há uma determinação permanente, um processo causal que se assemelha com o modo de funcionamento

da sociedade – produção social de saúde e/ou doença. Dessa forma o processo de saúde-doença está ligado ao processo geral da vida social. O objeto do sistema de saúde deve ser compreendido com as condições de saúde da população e seus determinantes, visando produzir melhores níveis de saúde, tantos dos indivíduos quanto das coletividades (ALMEIDA; CASTRO; LISBOA 1998).

Percebo que há um gerenciamento da vida de uma forma diferente desde a criação do SUS, uma forma destacar a saúde e fazer com que as pessoas a desejem, porém é possível observar que esse discurso biopolítico já era anunciado no século XVIII, de atentar para as condições de vida das pessoas. Nikolas Rose (2013) menciona que a biopolítica assumiu várias formas de controle, desde administração da cidade, dos espaços, da sociabilidade até o surgimento das ciências da vida, ciências humanas e da medicina clínica. Esse conjunto de estratégias possíveis a partir da biopolítica possibilitou a regulação da vida com intervenções sobre as características vitais da existência humana. As intervenções ocorrem na forma individual ou coletiva dos seres humanos, como criaturas viventes que nascem, amadurecem, habitam um corpo que pode receber intervenção, ser treinado e depois adoecem e morrem.

É produzido um discurso que legitima o direito das pessoas com uma saúde para além de somente ausência de doença, propondo qualidade de vida e direito ao acesso. Esse discurso conduz condutas, no intuito de organizar o funcionamento de saúde e o fluxo de acesso, fazendo com que sejam seguidas diretrizes e que também as pessoas possam se organizar em uma lógica de como devem viver, o que significa saúde, quais “itens” de uma lista propostas nesses documentos significam ter saúde.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o tema 1 de discussão desse documento se trata da saúde como direito. Para além de saúde como ausência de doença já é apontado no ano de 1986 a saúde com sentido mais amplo, a partir do resultado de condições de vida, como alimentação, educação, ambiente, transporte, lazer e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Dessa forma, o discurso de saúde se atualiza conforme o período histórico e suas necessidades. Neste caso, cada vez se produz mais saberes sobre a saúde, seu significado e o quanto implica nos modos de vida da população.

No século XVIII o surgimento da “população” foi uma novidade das técnicas de poder, como problema econômico e político. A partir da população-riqueza, população mão-de-obra ou capacidade de trabalho, população em equilíbrio do seu crescimento

e suas fontes, os governos observam que não precisam lidar diretamente com os sujeitos, nem com um povo, mas sim com uma população, com seus fenômenos, variáveis próprias, como natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, forma de saúde, modos de alimentação e de habitat. Dessa forma, a população é tomada como objeto de análise e intervenção, pois é preciso conhecer seus desejos para poder controlar seus modos de vida (FOUCAULT, 1988).

A população é feita de indivíduos que são diferentes uns dos outros, cujo comportamento, dentro de certos limites, não se pode prever. Entretanto, desde os primeiros estudiosos sobre a população do século XVIII, é mencionado pelo menos um aspecto capaz de ser um motor de ação – o desejo. O desejo está associado as técnicas de poder e governo, porque o desejo é aquilo que faz com que os indivíduos se movam – desejo que não se pode fazer nada contra. O desejo se torna penetrável pela técnica governamental, pois a partir do momento que se deixa o desejo agir, até certo limite, se possibilita o interesse geral da população. A produção do interesse coletivo por meio do desejo é a marca natural da população, bem como os meios artificiais para sua gestão (FOUCAULT, 2008).

Nessa conjuntura, a população é subjetivada a partir dos discursos proferidos em torno do campo de saber da área da saúde, sendo direcionadas a cuidar da saúde, bem como visualizar saúde como um bem, que precisa de investimentos. Dessa forma, a população passa a desejar a vida saudável e com isso modificam seus modos de vida de acordo com as orientações das políticas públicas de saúde, objetivando conquistar bons níveis de saúde.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde já se mencionava a necessidade de ressaltar a saúde em detrimento da doença. Na atualidade as políticas públicas se voltam para a prevenção de doenças e promoção da saúde, tensionando as pessoas a cada vez mais buscarem adequar suas formas de vida a partir de indicadores, níveis descritos em exames, valores de, por exemplo, pressão arterial, parâmetros de glicemia, de colesterol, entre outros.

A mensuração é uma espécie de alicerce da ciência biológica/da medicina. Mensurar pode ser pensado como uma tática de poder – medir e controlar parâmetros de glicemia, pressão arterial, funciona como uma tática para a gestão dos corpos, um investimento na dimensão fisiológica e na vida. Quando anunciado em manuais/protocolos a serem aplicados por profissionais de saúde/ com caráter normativo pode ser visto também como estratégias de governo.

Essas táticas de controle enunciadas nos documentos oficiais têm efeitos de poder que regulamentam comportamentos e é importante destacar que há produtividade nisso. A partir do momento que os profissionais de saúde são subjetivados por esses documentos eles conduzem condutas dos pacientes, bem como regulam seus modos de vida, fazendo com que tanto os pacientes quanto seus cuidadores e familiares acessem os serviços a partir das suas orientações, bem como planejem ações de cuidado que fortaleçam a saúde.

As palavras de efeito como protagonismo, autonomia, corresponsabilidades e valorização dos sujeitos são apontadas no documento do Humaniza-SUS de 2010 e também da Política Nacional de Atenção Básica, fortalecendo o desejo de produzir saúde como um bem através da sua própria responsabilidade:

Assim, entendemos humanização do SUS como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; - Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;

- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;

- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010b).

Orientações gerais da PNH:

- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;

- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;

- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS (BRASIL, 2010b).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

[...]

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012).

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es) (BRASIL, 2016).

As palavras apontadas nos documentos produzem efeitos nas pessoas promovendo uma reorganização nos aspectos relacionados ao investimento na saúde – como um bem. Tornar cada sujeito responsável pela sua saúde faz com que cada vez mais este busque estratégias de aumentar seus níveis de saúde e bem-estar. Quanto mais o sujeito busca táticas para controle da saúde, menos o estado precisa intervir – lógica neoliberal de estado mínimo.

O neoliberalismo produz modos de vida, tipos de relações sociais e certas subjetividades. A partir dele é possível pensar que está em jogo a forma de existência, o comportamento, as relações com o outro e consigo. O neoliberalismo define a forma de vida das sociedades ocidentais a partir de um universo competitivo de lutas econômicas. Assim, são provocadas mudanças até no indivíduo que é subjetivado a compreender a si mesmo e a comportar-se como uma empresa (DARDOT; LAVAL, 2016).

Nessa lógica, Miller e Rose (2012) apontam para a formação do consumidor, a partir da identificação das necessidades desse consumidor para poder pensar no produto a ser comercializado. Ainda, para inventar o consumidor é necessário saber dos seus desejos para criar a mercadoria e entrelaçá-la aos pequenos rituais da vida diária para conferir aquela mercadoria valor e significado.

Em minhas análises foi possível pensar que a saúde parece adquirir um significado diferente na atualidade, pois se trata com um bem, talvez um bem de consumo? A saúde como objeto de desejo da população, como um bem que se possa adquirir se forem tomadas esta ou aquela decisão, comportamento e modos de vida.

A qualidade de vida, vida saudável e proposta de envelhecimento saudável e ativo faz com que as pessoas optem por desenvolver modos de vida mais saudáveis. Nos excertos destacados acima, as palavras reforçam o protagonismo de cada sujeito na busca pela sua saúde associadas ao dever do estado em proporcionar o acesso aos serviços. Entretanto, quanto mais saudável o indivíduo está, menos terá que acessar aos serviços.

Conhecer a população que acessa o serviço torna mais fácil e fluido o governo das pessoas, pois as estratégias biopolíticas desenvolvidas para promoção da saúde capturam um número maior de usuários do sistema, fazendo com que o controle seja possível através de ações simples e sutis.

O SUS regula os modos de vida através dos condicionantes e determinantes capaz de tornar aspectos que não eram, agora, medicalizados. A responsabilidade, autonomia e vínculo ressaltado pelos documentos faz com que o usuário se sinta parte importante do governo da sua própria saúde. Assim, a medicina aponta o usuário como protagonista e controla suas ações até mesmo no trabalho, no lazer, nas suas formas de alimentação, nas relações pessoais, tudo para que sejam avaliadas se alguma dessas questões pode onerar o estado de saúde, para que então, sejam necessárias modificações.

A medicalização produz efeitos profundos nos modos de vida das pessoas, fazendo com que sejam constituídas a partir dela. A medicalização não diz respeito somente ao aparato médico, porém se amplia para as pessoas comuns, a partir do momento que as mesmas têm direitos à saúde e a autonomia acaba limitando o controle somente da medicina (ROSE, 2007).

Foucault (1988) problematiza em seus escritos que a partir do século XIX a vida se tornou objeto das lutas políticas através de afirmações de direitos, o direito à vida, a saúde, à felicidade, a satisfação das necessidades, de encontrar o que se é e tudo que se pode ser. A partir de um poder que investe na vida do homem enquanto ser vivo é possível regular as populações e controlar os modos de vida.

Lauer (2018) aponta que fortalecer a participação social a partir da construção do cuidado de forma coletiva, de modo a estimular a autonomia e protagonismo das pessoas a partir de práticas democráticas é essencial para efetivação da RAS. Assim, a inclusão dos diferentes atores, com seus diferentes saberes permitem a produção da saúde, de modo que é fortalecida a co-responsabilização desses diferentes atores – trabalhadores que constroem seus processos de trabalho em parceria com os indivíduos e comunidade. Entretanto, a autora aponta que em uma sociedade capitalista, na qual o individualismo e a competitividade são estimulados, se torna difícil fazer com que as pessoas desejem sair de suas casas para construir coletivamente as políticas públicas de saúde, ainda que essa participação seja garantida por lei no Brasil.

6.2 Recalculando as rotas relacionadas a saúde pública no Brasil

Com a lógica da saúde observada de forma ampliada, ao SUS compete a regulação de diversos setores desde insumos para saúde diretos, como também de saneamento básico, vigilância sanitária, proteção do meio ambiente, saúde do trabalhador, entre outras:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- ~~V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;~~

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Diante do documento que é utilizado como a “prescrição do SUS”⁴ as normas, organizações e formas de saber são descritas para que todas as pessoas implicadas na formação desse sistema, bem como no acesso a ele passem a ser conduzidas.

No excerto acima, são apontadas uma série de atribuições que envolvem o SUS, a fiscalização, execução e colaboração em muitos aspectos que envolvem os modos de vida das pessoas. Essas normativas de atribuições que o SUS deve realizar torna possível a medicalização de tudo que possa contribuir com objetivo de aumentar os níveis de saúde permitindo promover a vida. Assim, tudo que possa ser consumido, ingerido, produzido e está no contexto em que o ser humano vive. Dessa forma, aspectos que antes não faziam parte da medicalização, na atualidade são objetos de intervenção.

A medicalização controla os modos de vida das populações, entretanto há produtividade nessa ação, pois assim é possível conduzir práticas de cuidado a saúde, acesso a saneamento básico, ambientes menos poluídos, consumo de alimentos menos contaminados, acesso aos serviços de saúde, consequentemente melhorando a saúde da população, nas quais essas orientações e diretrizes se aplicam, aumentando sua expectativa de vida.

O SUS une seus setores, ações, regulamentações e diretrizes com o objetivo de promover a qualidade de vida, de saúde e consequentemente aumentar os níveis de vida da população. Dessa forma, o SUS intervém nos modos de vida da população a partir de orientações sobre tudo que possa ter ação sobre o corpo, como os alimentos, bebidas, saneamento básico, meio ambiente, condições de trabalho e de moradia, prática de lazer e também condições de acesso aos serviços de saúde.

Na França, a partir século XVII havia inquietação urbana, com relação aos receios sobre a cidade, devido a instalação do pânico urbano com o aumento da população, cemitérios, esgotos a céu aberto. Dessa forma, se cria uma espécie de

⁴ Denominei com este termo de prescrição, devido ao documento trazer as atribuições do SUS semelhante a uma prescrição médica, com itens a serem seguidos.

política médico-sanitária que promove a “quarentena”. Esse modelo de quarentena, permite o esquadramento da população, a partir de uma análise minuciosa da cidade, análise individualizante de seus habitantes e o registro de tudo que se passava. Dessa forma, desde esse período histórico, é possível perceber que a medicina social-urbana francesa promovia a medicalização da cidade, tratando dos efeitos do meio em relação ao corpo. Esse viés, permite delinear a noção que até hoje é conhecida como salubridade (GADELHA, 2013).

Na atualidade, a medicina intervém e modifica as formas de vida dos sujeitos, de forma que tudo passa por ela. Os sistemas de esgoto e cemitérios que são regulamentados, a água e alimentação passam por fiscalização e há uma sanitização geral da população, da vida doméstica, do espaço público, dos ambientes de trabalho. Ademais, outras práticas são realizadas para possibilitar o viver nas cidades, permitindo a sociabilidade urbana. Práticas para defecar, urinar, menstruar produziram corpos disciplinados com relação as “boas” maneiras em relação à saúde. Toda essa medicalização possibilitou a continuidade da vida, da forma como o sujeito se constitui no início do século XXI (ROSE, 2007).

Além de estratégia biopolítica de controle presente nos documentos, tudo que antes não era objeto de intervenção da medicina, passa a ser medicalizado e dessa forma se aumenta o controle da população. Com essas orientações, há produções de saber a partir desses documentos que subjetivam principalmente profissionais de saúde que recebem já desde a sua formação as coordenadas para atuar como agente biopolítico no sistema.

Os alicerces do sistema de saúde convergem para uma organização que prevê o direito à informação e também a participação da comunidade:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

[...]

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

[...]

VIII - participação da comunidade (BRASIL, 1990).

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

É possível observar que são apontados nos documentos uma série de responsabilidades das pessoas implicadas nesse sistema único. O direito de informação aparece com o intuito de satisfazer as necessidades dos usuários, bem como a partir do momento que conhecem os serviços, o sistema, os fluxos, são capazes de se conduzir e aprender a manejar sua própria saúde com o uso desse sistema.

Assim, são estabelecidas relações de poder, dos que acessam aos serviços, com os que ofertam os mesmos, propondo estratégias de governo da saúde. O paciente que acessa faz parte desse governo, pois conforme as diretrizes citadas em documentos como a Lei 8.080 de 1990, HumanizaSUS de 2010, entre outros, ele é corresponsável pela sua saúde e a todo momento é acionado a problematizar junto ao sistema de saúde. Ainda, tanto o paciente quanto seus familiares estabelecem relações de poder e também fazem movimentos de resistência, trilhando seus próprios fluxos dentro da rede, de acordo com suas necessidades momentâneas.

Ademais, todos os que acessam aos serviços estão implicados dentro da lógica do sistema a todo o momento, sendo considerados não só como pessoas que se utilizam dele, mas também parte importante que permite que ele funcione. Os pacientes, cuidadores e familiares não desenvolvem somente esses papéis, também atuam como sujeitos que conduzem condutas.

Ainda, a família é considerada outro sistema importante e ponto de apoio estratégico para a divisão das responsabilidades, sendo assim, os documentos apontam a família como um alicerce importante no cuidado em saúde e transfere a esse núcleo atribuições para que seja possível a manutenção do cuidado ao doente. No segundo documento apontado, ainda é possível observar que é utilizada a palavra obrigação, quando se trata das responsabilidades da família com relação ao cuidado da pessoa idosa.

Entretanto, é possível pensar que durante o movimento higienista no Brasil, uma das mais importantes conquistas consideradas da medicina, foi a imposição do médico com relação à família. O confessor e o filho-padre foram sendo substituídos por uma figura carinhosa, firme, doce e tirânica – o médico de família. Dessa forma, o dispositivo médico se inseriu na política de transformação da família – que se deixou manipular acreditando que era respeitada (COSTA, 2004).

O discurso da obrigação da família em cuidar é ressaltado, fazendo com que os familiares e cuidadores sejam subjetivados e passem a desempenhar esse papel de responsáveis pelo estado de saúde do doente. Essa subjetivação, faz com que o cuidador seja incluído como um agente importante na condução de condutas. Entretanto, fica o questionamento, será que não se trata de mais uma estratégia estabelecida a partir da lógica neoliberal de autogestão das pessoas com agravos crônicos? Penso que existem condições de possibilidade que apontam para isso, visto que desde a implantação do SUS as políticas apontam a saúde como um direito de todos e dever do Estado, porém sem excluir o dever das pessoas. Ainda, a participação social, como um dos princípios do SUS, deve ocorrer tanto relacionado a decisões para implementar ações ou serviços de saúde, quanto atrelado ao princípio de autonomia, que indica a participação do usuário nas decisões terapêuticas.

Os discursos também subjetivam os profissionais de saúde, que também exigem dos familiares o cuidado com o doente, e muitas vezes incluem esse familiar como parte da equipe, que faz procedimentos, administra medicamentos, realiza higiene corporal, realiza registros e até mesmo faz sua própria avaliação sobre a evolução da situação do paciente.

Na Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 o SUS é apontado de forma positiva, porém ainda apresentando problemas a serem superados principalmente devido à dificuldade de serem seguidas as normas gerais, assim o processo de descentralização parece ser condição de possibilidade para melhor governar:

O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional. Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

[...] Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006b).

Após a implantação do SUS são apontados os possíveis problemas e desafios enfrentados. É destacada a fragmentação do sistema devido à falta de comunicação

e fluxos entre os serviços de saúde ofertados. Entretanto, o SUS já é criado com o intuito de promover a saúde a partir de serviços articulados, com descentralização da gestão, bem como com integralidade, equidade, humanização e organização em rede. Porém, na prática, os desafios foram se destacando, fazendo com que o controle das ações ofertadas se tornasse um problema.

Ainda, propor normas de funcionamento de um sistema que está em fase de implementação em um país diverso, com várias culturas, desigualdades e diferentes modos de vida dificulta o controle das conduções de conduta. Dessa forma, o discurso da descentralização ganha enfoque permitindo que as diretrizes e orientações sejam adequadas para cada região do país, com suas especificidades, sendo uma estratégia possível para governar a diversidade.

Segundo Campos (2018), nos últimos anos parece haver um conformismo para o desmonte do SUS, ainda que este sistema seja de relevância assistencial para pelo menos 70% da população brasileira. Esse paradoxo pode ser possível devido ao fato do SUS estar implementado em parcialidade. Ainda, entre os desafios para a sustentabilidade do SUS está em não reforçar o seu caráter nacional, não apenas federal, mas tripartite, de modo a assegurar sua estabilidade independente da rotatividade dos governantes.

Como estratégia para controle e manutenção do SUS, há uma necessidade de se conhecer a região, as populações que ali vivem, os modos de vida, as culturas, e se adentra esse espaço, se torna mais fácil de propor ações e serviços de acordo com as necessidades. É importante salientar que essa estratégia é produtiva, pois faz com que o sistema ofereça cuidados em saúde que são adequados para cada região e suas características.

Para além disso, quanto mais micro se torna a relação de poder, mais ela se estabelece e produz efeitos. O poder é exercido através das relações, promovendo a condução de condutas dos profissionais de saúde, pacientes, cuidadores, familiares. Dessa forma, a descentralização é um aspecto importante que promove a consolidação do SUS. No pensamento de Foucault (1995), as relações de poder são estatizadas e progressivamente governamentalizadas – elaboradas, racionalizadas e centralizadas na forma das instituições de Estado. Como efeito, as relações de poder se enraízam no conjunto da rede social.

Para Miller e Rose (2012) governar depende de conhecimento, é importante fundamentar um conhecimento positivo do que é preciso ser governado, a partir de

formas de analisá-lo, avaliá-lo, identificando problemas e ao mesmo tempo soluções. Ainda, os autores questionam sobre que tipo de banco de dados é acessado para obter informações sobre os desejos e organizações das pessoas são interessantes para propor intervenção?

O acesso as informações é um discurso que se fundamenta a partir do interesse em governar os modos de vida. Na atualidade, o estado adquire conhecimento sobre as pessoas de muitas formas: nos hospitais através de prontuários, no domicílio através da atenção domiciliar, no comércio através de cadastros, nos empreendimentos através de compras e financiamentos, nas mídias digitais através do acesso a redes sociais nas quais as pessoas descrevem suas insatisfações.

Diante do discurso da fragmentação e desafios do modelo assistencial proposto pelo SUS, é realizada outra proposta na tentativa de superar as dificuldades. Assim, o Pacto pela Saúde é criado em 2006, ressaltando as prioridades e necessidades a serem atendidas:

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Na tentativa de garantir o acesso das pessoas aos serviços de saúde, bem como o funcionamento proposto na constituição do SUS são produzidos outros documentos a partir do acúmulo de saberes, que atentam para as prioridades que precisam ser organizadas. É importante ressaltar que as necessidades das pessoas é um aspecto de atenção para o SUS, pois é importante que a pessoa que acesse o serviço se sinta parte desse processo de construção, bem como tenha acolhimento de suas demandas.

A partir do Pacto pela Saúde há resgate dos princípios e diretrizes que já haviam sido propostos na constituição do SUS, observando as prioridades e necessidade as quais ameaçam uma possível ruptura no sistema, devido aos desafios vivenciados no período.

Carneiro *et al.* (2014) apontam que os profissionais de saúde possuem conhecimento superficial em relação ao Pacto pela saúde, porém em suas atividades na atenção primária, os profissionais desenvolviam algumas ações previstas no Pacto. Ainda, menciona que essa superficialidade acontece devido a construção das metas

municipais ainda acontecerem de forma setorializada sem a participação dos atores que desenvolvem ativamente as ações. Dessa forma, o trabalhador precisa ser incluído nas contratualidades do Pacto pela Saúde, permitindo que faça sentido para ele, para que possa efetivar suas ações nos espaços micropolíticos.

Entre os discursos que circulam sobre o SUS, está que ele ainda é um sistema fragmentado, o que torna difícil governar a partir de uma lógica de redes de atenção integral. Como possibilidade para superação, torna-se importante rever as noções de centralização e descentralização a partir de conferências, comissões e conselhos de saúde. O funcionamento do SUS ainda apresenta desconexões do hospital, com a atenção básica e urgência, além de que estes pontos de atenção operam com problemas de resolutividade e eficiência (CAMPOS, 2018).

Penso que o SUS em seu funcionamento está a todo momento em movimento, dessa forma muitas coisas acontecem de forma simultânea, tornando ora possível e ora com muitas obstruções e entraves a sustentação do discurso de integralidade e universalidade. Considerando estes movimentos, que outras estratégias são possíveis para contornar as obstruções e entraves que permanecem vigentes sustentando o discurso da fragmentação?

Destaco que neste referencial teórico, há intenção de prescrever estratégias outras, mas de mostrar que discursos totalizantes não funcionam, ou seja, do mesmo modo que o discurso da integralidade vai ter seus impedimentos para funcionar, o discurso da fragmentação também o terá. Eles operam no sistema de saúde, ora um, ora outro, em diferentes regiões do país.

A regionalização é apontada no documento do Pacto pela Saúde na seção do Pacto de Gestão do SUS, produzindo saberes sobre a organização e cumprimento das diretrizes do SUS:

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006b).

[...]

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
 Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;
 Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006b).

A proposta de regionalização vai ao encontro das diretrizes do SUS como forma de garantir acesso a todas as pessoas, ao mesmo tempo que permite racionalizar e otimizar recursos, fomentar e fortalecer os gestores locais, na tentativa de propor resolutividade e equidade de assistência à saúde. É importante lembrar que antes da implementação do SUS havia estratégias de exclusão no acesso aos serviços de saúde no Brasil, como por exemplo, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência (INAMPS) que ofertava assistência médica somente a trabalhadores que contribuía com a previdência social, os que não faziam parte dessa população não garantiam assistência à saúde.

O SUS promove o discurso da saúde como um bem, no qual todos têm direito e garantia de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, as estratégias que são apontadas nos documentos têm como objetivo a operacionalização do SUS, estabelecendo fluxos que façam com que ele funcione, ainda que parcialmente, pois mesmo com as propostas de integralidade, garantia de acesso e de direito a saúde, muitas pessoas não conseguem acessar ao serviço, ou se acessam podem não obter resolutividade.

Foi preciso recalcular a rota, criando estratégias que promovessem a organização dos serviços, com objetivo de promover a recuperação, prevenção e promoção da saúde, reduzir filas, diminuir as desigualdades, promover a equidade no acesso. Esse conjunto de ações e estratégias parece tornar o SUS mais produtivo e resolutivo. É possível pensar que ofertar o serviço, cuidado e ações efetivas que sejam resolutivas, diminuem a probabilidade da pessoa doente retornar ao serviço ou acessar outro ponto de atenção da rede racionalizando os recursos.

Lopes (2019), aponta a promoção da saúde como um dispositivo de governo, saberes e práticas que produzem efeitos nos sujeitos envolvidos. Ainda a autora menciona, que o discurso de promoção da saúde vem sendo desenvolvido ao longo dos anos desde a segunda metade do século XX de modo a ampliar a ideia de cura e

prevenção na tentativa de direcionar para um outro comportamento individual e coletivo com novas possibilidades para manter a vida. Dessa forma, o discurso de promoção da saúde está articulado as relações sociais e estratégias que potencializem a vida.

É importante destacar que os discursos se atualizam em cada período de acordo com as necessidades. Assim, o documento da Constituição Federal de 1988 já mencionava o SUS a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Na Constituição Federal de 1988 a regionalização já era prevista como diretriz e estratégia para a constituição do SUS permitindo a possibilidade de promoção da assistência integral de forma regionalizada e descentralizada.

Dessa forma, observo que os discursos se sobressaem conforme a necessidade de cada período histórico, bem como as estratégias para a subjetivação de todos que estão envolvidos no sistema de saúde.

Tais estratégias vão compondo o SUS, de forma que quanto mais se criam outros discursos e se destacam os já existentes possível constituir uma população que também veja a saúde como um bem. Lembrando mais uma vez Foucault (2009), quando diz que o discurso é selecionado e controlado de acordo com as necessidades de cada período. A sua produção é organizada e distribuída a partir de um jogo de poder que permite a sua circulação, produzindo ação na subjetividade das pessoas.

Segundo Candiottto (2008), a subjetividade está entrelaçada aos modos de agir, processos de subjetivação que são modificáveis e plurais. Ainda, para o autor, Foucault aborda a subjetividade associada à verdade com um viés histórico, bem como com a verdade cultural atribuída ao sujeito e as experiências que o mesmo tem de si próprio. Nessa conjuntura, independente da cultura, são atribuídas enunciações sobre o sujeito, que independem de seus valores e são introjetadas de modo que circulam como verdade. Dessa forma, Foucault se debruça em conhecer quais são os efeitos da subjetivação a partir dos discursos que circulam como verdade para o sujeito.

O discurso de regionalização, atenção integral, e participação da comunidade circulam e produzem subjetividade nos profissionais de saúde que constituem o SUS. Esses discursos funcionam como estratégias para as movimentações necessárias para a consolidação do SUS e suas diretrizes.

Foucault aponta que a estratégia permite que uma relação de força possa se manter e para além disso, se acentuar, se estabilizar e ganhar terreno. Para que isso possa acontecer é preciso que haja uma manobra, uma tática (FOUCAULT, 2007c). A estratégia permite que algo possa acontecer e se fortalecer, por meio de táticas, de relações de poder e de discursos.

Ainda, Foucault nos diz que o conjunto de meios operados para fazer funcionar ou manter um dispositivo de poder é denominado “estratégia de poder”. Ainda reforça que o termo estratégias está relacionado aos mecanismos utilizados nas relações e poder, pois estas constituem os modos de ação sobre ação (FOUCAULT, 1995)

As palavras geram efeitos e dentro de uma das propostas do Pacto pela Saúde é apontado o Pacto pela Vida, que fortalece o discurso da garantia de saúde e qualidade de vida das pessoas:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

Destaques e prioridades do pacto pela vida:

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006b).

A lógica de fazer viver é destacada nesse documento, pois se observa o enfoque em implantar políticas públicas que diminuam a mortalidade, bem como promovam a saúde.

Diante das seis prioridades apontadas nesse pacto, é possível ressaltar que a organização do serviço tanto de urgência e emergência, quanto atenção básica precisariam de reformulações importantes, que pudessem ser efetivas diante do quadro de saúde instalado nesse período.

Nestas prioridades as palavras produzem efeitos que subjetivam principalmente os profissionais de saúde a conduzirem as condutas dos usuários do sistema, de forma a contribuir para alcançar as metas propostas. A redução da mortalidade tanto materna quanto infantil, estratégias de manejo das principais doenças emergentes, atenção para a saúde do idoso, fortalecimento das ações da atenção básica e o fortalecimento da promoção da saúde são ações que buscam consolidar as propostas do SUS justamente para os principais problemas daquele momento.

Tais metas estão relacionadas com aspectos importantes para melhorar as condições de saúde que se apresentavam no ano de 2006. Esse objetivo de melhorar as condições de saúde Foucault (2011) analisa que no século XIX a saúde da população passa a ser objeto do estado, como um dever de manter a saúde da população. Em seguida, o dever de manter a saúde é substituído pelo dever de manter a saúde do sujeito para estar a serviço do estado. Nesse contexto, as ações estão voltadas para garantir saúde, modificando modos de vida da população através das condutas, com melhora nos aspectos de higiene e limpeza, a fim de garantir a produção e trabalho social.

Trata-se de uma biopolítica da população, conforme Foucault aponta em seus escritos, que há uma regulação e regulamentação do corpo-espécie da população que tem como fio condutor o governo a partir de uma série de procedimentos, mecanismos, saberes, táticas técnicas e instrumentos passa a gerir a conduta dos sujeitos (GADELHA, 2013). Dessa forma, as estratégias da biopolítica se organizam a partir de ações que promovam melhorias das problemáticas atuais e são criadas de modo a reorganizar os modos de vida das pessoas.

Os problemas agudos e a falta de ações de prevenção e promoção da saúde eram questões emergentes antes da criação do SUS, e ainda se apresentam na

atualidade, porém bem menos destacada. No período atual, as ações estão mais voltadas para as condições crônicas e suas especificidades, bem como para a promoção da saúde, e prevenção de agravos, com o objetivo de manutenção da pessoa saudável por um maior período de tempo.

Ainda na seção do documento referente ao Pacto pela Vida, há destaque para a saúde do idoso – apontando os serviços de atenção domiciliar:

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;

Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

A implantação de serviços de atenção domiciliar;

O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;

Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

Fortalecimento da participação social;

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006a).

A preocupação com a saúde da população idosa é apontada e o serviço de atenção domiciliar é destacado como necessidade de implantação. Neste momento o sistema já começa a apontar a necessidade de atenção domiciliar para que possa se manejar a saúde das pessoas idosas no domicílio, visto que existem problemas que somente a urgência e emergência e a atenção básica parecem não serem capazes de superar.

Com o aumento da população idosa emerge um novo desafio para o Estado, o de mapear, classificar, organizar os sujeitos-velhos propondo estratégias de controle dessa população. Dessa forma, há uma tentativa conduzir as pessoas idosas a alcançarem não somente a longevidade, mas associada a uma vida melhor. Nessa conjuntura, as produções e pesquisas de diversas áreas buscam apontar como essas pessoas devem se alimentar, dormir e o que devem consumir na busca da “melhor idade” (DUARTE; HENNING, 2021). Dessa forma, é processo que busca prover condições para que os sujeitos, mesmo que minimamente, possam participar do jogo econômico do neoliberalismo. Mas, o que possibilita, ao sujeito, sua participação são, sobretudo, os investimentos que o próprio sujeito, que o Estado, efetua sobre o sujeito.

Quando não é possível manter a pessoa idosa ativa, a partir dessa lógica neoliberal de manter esta população produtiva ou pelo menos onerosa, o Estado passa a produzir intervenções que permitam manejar os problemas relacionados ao envelhecimento, como debilidades, doenças e condições crônicas, entre outros. Dessa forma, a atenção domiciliar é uma dessas estratégias e se constitui como potência para atender as necessidades da atualidade.

Ao entrelaçar-se com o Pacto pela Saúde, o documento do estatuto da pessoa idosa direciona para a possibilidade de manutenção da saúde do idoso por meio da atenção domiciliar:

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa serão efetivadas por meio de:

[...]

V – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para as pessoas idosas abrigadas e acolhidas por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural (BRASIL, 2003).

Neste excerto iniciam os apontamentos sobre a internação domiciliar tanto para pessoas que vivem no meio urbano quanto rural. Essa lógica de atenção permite que a pessoa idosa não precise se deslocar aos serviços, sendo internada no seu próprio domicílio. Entretanto, neste momento parecia não haver possibilidades de organizar como seria a atenção domiciliar, quais critérios de admissão, quem pode receber este tipo de atendimento.

Oliveira (2014) problematiza que a atenção domiciliar assume caráter político de governo da população idosa. Dessa forma, a equipe de saúde se desloca a casa do paciente – ofertando recursos humanos e materiais – para mantê-lo lá. Ainda, a equipe desenvolve parceria com o cuidador familiar, valorizando seu papel de executor do cuidado no domicílio. O profissional de saúde, como agente biopolítico auxilia o Estado a produzir esse sujeito útil que possibilita a manutenção da pessoa idosa no domicílio.

Ainda, a saúde da população idosa passa a ganhar mais destaque, visto que a partir do controle de situações agudas, as pessoas vivem mais, porém muitas vezes com debilidades, limitações e até mesmo condições crônicas, o que fortalece a necessidade de propor possibilidades de assistência para este público.

O domicílio é observado como um local de possibilidade de assistência, menos oneroso e com possibilidade de manter a pessoa idosa afastada dos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, neste momento já vão sendo desenhadas as

linhas que irão compor no futuro o papel da atenção domiciliar na RAS. Oliveira (2014) aponta que a atenção domiciliar é estratégia biolítica voltada para a população idosa e de pessoas com agravos crônicos, visto que estes, podem ser manejados sem o uso de tecnologias avançadas, uma vez, que diante de sua própria condição, não irão obter a cura.

A saúde do idoso é destacada no Pacto pela Vida com objetivo de atentar para as necessidades dessa população a partir do estabelecimento de algumas estratégias:

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde (BRASIL, 2003).

A saúde da pessoa idosa é destacada no pacto pela saúde, devido ao aumento dessa população no Brasil, bem como aumento de procura no serviço de urgência devido as condições crônicas. A atenção domiciliar é apontada como uma das estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa, direcionando a mesma a se manter no domicílio – espaço em que já é cuidado pela família.

Schenker e Costa (2019) aponta que apesar dos esforços, a população idosa ainda enfrenta barreiras para acessar de forma plena os serviços de saúde, principalmente relacionado a qualidade do cuidado ofertado, proteção e promoção da saúde. A fragmentação da rede de atenção é considerada um dos problemas para ofertar assistência integral a pessoa idosa.

Como possibilidade de oferta de assistência para este público, a atenção domiciliar emerge, de modo a ofertar cuidados a longo prazo. Desse modo, o discurso legal inventa o domicílio como instituição propondo que as pessoas doentes permaneçam em suas casas ampliando as formas de atenção hospitalar extramuros com qualidade de assistência do SUS (OLIVEIRA, 2014).

Assim, o documento reforça que a pessoa idosa pode se manter no ambiente domiciliar, junto aos seus familiares, pois dessa forma haverá maiores benefícios para sua recuperação e tratamento. Ainda, o documento deixa claro que além de ser benéfico para a pessoa idosa e família, é também para o sistema de saúde, principalmente se pensar no esgotamento dos serviços e na otimização de gastos públicos.

Na seção do Pacto em Defesa do SUS são apontadas estratégias que fortalecem as ações aproximadas a população, no sentido promover diálogo e relações com os usuários:

2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem: A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS; A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito; A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3 – Ações do Pacto em Defesa do SUS: As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar: Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS; Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania; Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS; Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados; Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 2006a).

No Pacto em defesa do SUS a estratégia de dialogar com a população faz com que a mesma se sinta parte do processo de organização do SUS e seja incluída para o planejamento das ações.

É possível pensar que além de conhecer os desejos dos usuários que acessam ao sistema, é promovida uma relação de poder entre todos os que participam da constituição dele. Todos se sentem pertencentes ao SUS, bem como responsáveis pelo o seu funcionamento e essa co-responsabilização faz com que todos sejam acionados a realizarem ações para que suas diretrizes sejam seguidas, ainda que não em sua totalidade.

Dessa forma, o documento do Pacto pela Saúde é apontado como a consolidação do SUS, ainda que após 16 anos da criação do SUS com a Lei 8.080. Assim, com o passar do tempo, vão sendo criados outros documentos que fortalecem os discursos já estabelecidos no SUS, como forma de mantê-lo vivo, estruturado e também criando outras estratégias que sigam o fazendo produtivo.

Entretanto, operacionalizar o SUS como um direito de todos, com uma lógica universal e igualitária é um desafio para o governo e profissionais de saúde. Diante de uma sociedade imbuída pelo neoliberalismo há um incentivo a desvalorização do sistema de saúde pública e fortalecimento da rede privada (MORAES *et al.*, 2022).

Ainda em 2006, na lei 11.550 que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado, é destacado o papel do agente comunitário de saúde diante do elo entre as populações de gestantes, crianças, adolescentes, pessoas idosas, em sofrimento psíquico, dependentes químicos ou de álcool, de pessoas com alteração na cavidade oral, homossexuais, populações com vulnerabilidade social e os serviços de saúde:

§ 2º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência (BRASIL, 2006b).

§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação: (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

[...]

II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento: (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

f) da pessoa em sofrimento psíquico; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)

- g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento: (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- a) de situações de risco à família; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018)
- c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação; (Incluído dada pela Lei nº 13.595, de 2018) (BRASIL, 2006b).

O agente comunitário de saúde, se constitui o agente biopolítico no processo de reestruturação do modelo de atenção. A partir dele é possível conhecer o perfil dos usuários do sistema. Quais são as suas necessidades, como se alimentam, qual a situação que vivem, quais são seus modos de vida.

A partir disso, é possível capturar informações que permitam conhecer para conduzir. Os agentes comunitários visitam as casas, observam, registram, encaminham ao serviço e viabilizam o acesso do usuário ao serviço, bem como o acesso do serviço, das políticas e do governo ao usuário e sua casa.

Segundo, Oliveira (2014), o agente comunitário é um agente estatal que possui status e autorização para adentrar aos domicílios e colher as informações. É ele que faz o acompanhamento das famílias da sua microárea, atualizando os cadastros, fazendo orientações de saúde. Ainda, o agente comunitário é uma pessoa que mora no território na qual atua, dessa forma as pessoas que ali residem conhecem esse agente, facilitando a formação de vínculo e acesso.

Com essa estratégia o serviço se modula para atender as necessidades das pessoas e criar políticas públicas que possam intervir em suas vidas. O serviço se organiza para capturar os usuários e o usuário se adequa para se encaixar no serviço, pois precisa cumprir alguns requisitos para estar dentro da cobertura da estratégia de saúde da família, como por exemplo, fazer parte daquele território.

O Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é mencionado no ano de 1990, e foi instituído no ano de 1997 quando se inicia a descentralização de recursos no SUS. É considerado estratégia para o aprimoramento e consolidação do SUS a

partir da reorganização da assistência ambulatorial e domiciliar – estratégia transitória para Estratégia de Saúde da Família (ESF). O agente tem diversas atribuições, dentre elas, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de atividades individuais e coletivas. Ainda, é necessário que o agente visite no mínimo uma vez por mês cada família da comunidade que está inserido, identificando as situações de risco e encaminhando para setores responsáveis (BRASIL, 2001).

Essa tática de conhecer e captar informações já era desenvolvido no modelo de quarentena, na França. Segundo Gadelha (2013), esse modelo se estabeleceu a partir de análise minuciosa da cidade, com esquadrinhamento, análise dos habitantes e registro de tudo que acontecia.

As populações destacadas para o controle do agente de saúde são consideradas objeto de maior intervenção, devido as suas particularidades. Dessa forma, é importante conhecê-las, adentrar suas vidas com o objetivo de fazerem acessar aos serviços permitindo que adentrem as linhas de controle da rede. A partir do momento que acessam aos serviços se torna mais fácil propor intervenções e regular seus modos de vida a partir das orientações e propostas de cuidado com a saúde específica destas.

No ano de 2010, o documento do Humaniza SUS aponta outros problemas visualizados, como o isolamento dos serviços, redução da comunicação entre equipes e transversalidade, elaborando mais estratégias para organizar e reforçar discursos já existentes:

[...] o SUS é ainda uma reforma incompleta na Saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Portanto, ainda estão em debate as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos, entre outros. Diante disto, muitos desafios para a produção de saúde permanecem, como por exemplo:

- Criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, o que produz baixa transversalização/ comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, segmentação do cuidado e dificuldades de seguimento/continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário;

- Fomentar processos de co-gestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde;
- Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e de atenção os direitos dos usuários da saúde (BRASIL, 2010b).

As palavras produzem efeitos e elas são trabalhadas de diversas formas nos documentos, produzindo discursos sobre determinados temas da saúde. Esses discursos aparecem nos documentos ora com menos frequência ora com mais

destaque de forma a ressaltar os seus objetivos de acordo com a necessidade e permitir que sejam cada vez mais definidos e estabelecidos no sistema.

Entretanto, é possível pensar que o sistema se reorganiza e cria outras estratégias como forma de manter o SUS vivo e ativo, porém não como o objetivo de sanar as necessidades de todos e de servir a todos. De certa forma, não ofertar condições de acesso a todos e não ser efetivo em sua totalidade é produtivo também, pois se é ofertada saúde, acesso, condições de moradia, alimento suficiente, boas condições de vida para todos, a mobilização da população para buscar melhores índices de saúde, de trabalho e avanço econômico pode cessar. Assim, não disponibilizar saúde em totalidade também é uma forma de governo e controle.

Com a descentralização das atribuições e dos recursos foi possível a ampliação de oferta e acesso aos serviços e ações do SUS, impactando os níveis de saúde. A partir de reorganização com uma “engenharia político-administrativa” realizada a partir da construção de normas operacionais, pactos, plano de desenvolvimento da regionalização e plano diretor de investimentos foi possível a consolidação do sistema. Ainda, foi possível o avanço com sistemas de informação que permitiram o monitoramento e avaliação dos planos, programas e políticas (PAIM, 2018).

Ademais, no excerto destacado acima é apontado como estratégia para a reforma da saúde pública no Brasil a criação de um sistema em rede, que busque a superação do isolamento dos serviços de saúde.

Diante do contexto é possível visualizar que são construídas uma série de estratégias, táticas e funcionamentos nos documentos a partir de princípios e diretrizes como integralidade, acesso universal, humanização da saúde que são condições de possibilidade para operacionalização dos mecanismos do dispositivo – Rede de Atenção à saúde.

7. O EMARANHADO DE FIOS, DITOS E ESCRITOS SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para a construção desse capítulo e poder pensar o Sistema único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde, resolvi fazer uma analogia, utilizando como metáfora uma teia e uma aranha, que contém muitos fios que se entrelaçam, pontos que se ligam e estruturas nas quais se “gruda”. Para que essa teia seja produzida e costurada é necessária a existência de uma aranha que permite os alinhavos possíveis para formação da estrutura da teia. A aranha como já foi mencionada anteriormente é aqui identificada como o Sistema Único de Saúde, que a partir do seu acúmulo de saber, diretrizes e estabelecimento de relações de poder tece os fios de sua teia, ampliando suas formas de controle para além do seu corpo com oito patas.

A teia se transforma em outra estrutura que permite a descentralização e ampliação do controle e saberes produzidos na aranha. Ainda, dentro dessa teia, deslizando pelos seus fios, são construídos fluxos que estabelecem caminhos possíveis, de um ponto ao outro. Esses fluxos e caminhos possíveis, bem como o conjunto de saberes, ações, estruturas e mecanismos, formam o dispositivo da Rede de Atenção à Saúde.

Para transitar pelos fios desta teia, construí duas unidades analíticas, denominadas: “Dos fios que se amarram e se soltam na rede” e “A urgência, emergência e atenção domiciliar como fios condutores do dispositivo”. Na primeira, tratei de mostrar os fluxos, estratégias e táticas, bem como os discursos utilizados como mecanismos para a formação do dispositivo. Na segunda, analiso como a atenção domiciliar e os serviços de urgência e emergência são centrais para a constituição da RAS.

7.1 Dos fios que se amarram e se soltam na rede

O discurso da fragmentação do fluxo de atendimento nos serviços de saúde do SUS e o enfoque nas ações curativistas são condições de possibilidade para a organização da Rede de Atenção à Saúde:

1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

sistema unificado e integrado no país. Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

[...]

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010b).

Neste excerto é apontada a necessidade de solução para os problemas emergentes, com estratégias de atenção para o perfil de saúde pública do momento. Assim, atenção para condições crônicas é enfatizada, de modo a ressaltar que o modelo assistencial biomédico e curativista parece ser insustentável.

O discurso da fragmentação da assistência é apontado no documento permitindo a reestruturação de diretrizes já estabelecidas na constituição do SUS, mas que agora, a partir da RAS são reunidos e fortalecidos com o objetivo de viabilizar os fluxos de atendimento entre os serviços e ações de saúde a partir de relações horizontais e linhas de cuidado. Ainda, esse discurso da fragmentação e desarticulação da rede é apontado nas produções (BELGA; JORGE; SILVA, 2022; GÖTTEMS; MOLLO, 2020; ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020) desenvolvidas nos últimos anos, o que fortalece esse discurso como condição de possibilidade para o desenvolvimento de novas estratégias de controle.

A RAS somada com as demais estratégias propostas pelo Pacto da saúde, Humaniza-sus organizam os serviços com objetivo de melhora nos indicadores de saúde, de modo a produzir impactos positivos.

Os discursos sobre a RAS são fortalecidos com a ideia de superação do que estava sendo realizado no SUS. Entretanto, é importante destacar que os serviços já existentes e as formas de fazer saúde seguem sendo pautadas nos documentos, porém há uma reorganização do funcionamento e um acúmulo de saber que conduz condutas de forma diferente.

Neste contexto, a partir dessa reorganização no funcionamento dos fluxos que conduzem as diversas populações no acesso aos serviços de saúde, vai se constituindo a rede como um dispositivo que a partir do agrupamento de ações, fluxos, estabelecimento de diretrizes, orientações, relações de saber e poder e formação de diagramas que possibilitam a condução para o investimento em saúde, como o objetivo de aumentar o nível de vida e bem-estar.

O dispositivo é um conjunto de aspectos que permite a partir de vários mecanismos o estabelecimento das relações de poder e o controle. Foucault explica o dispositivo de sexualidade nos seus escritos, mostrando como a partir de técnicas, táticas, estabelecimento de relações de poder se utiliza esse dispositivo para inovar, anexar, inventar e para penetrar os corpos de forma cada vez mais detalhadas permitindo o controle das populações de forma global (FOUCAULT, 1988). A rede de atenção se constitui o dispositivo de governo a partir de um aparato de instituições, estratégias, táticas e discursos que operam no controle dos fluxos na área da saúde.

Assim, os profissionais de saúde são conduzidos para acolher, formar vínculos, superar a fragmentação, olhar o paciente como um todo, realizar encaminhamentos e a dar enfoque na atenção básica, que é apontada como serviço central na rede.

Entretanto, estudo aponta que a fragmentação do sistema universal de saúde pode estar relacionada ao hospital. Visto que as especializações, tecnologias e maior aparato médico se encontra dentro desse serviço, causando relativa autossuficiência, desconectando o hospital dos demais pontos de atenção. Ainda, é ressaltado que o hospital também se constituiu a partir de serviços e ações fragmentadas e que ainda estabelece relações hierárquicas em seu contexto (BELTRAMMI; REIS, 2019). Dessa forma, devido a capacidade do hospital e ofertar serviços e ações em rede dentro de um só local, o hospital parece ainda ser um componente que oferta resolutividade, efetividade e o atendimento integral. Em uma sociedade neoliberal, na qual o tempo e a produtividade são aspectos que movimentam a vida, as pessoas precisam de atendimentos rápidos dinâmicos e de solução de problemas. Devido a isso, o hospital também promove certa ruptura na rede, promovendo desconexões e falhas nas transferências para outros serviços.

Na portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 são apresentadas estratégias consideradas essenciais para o funcionamento da RAS. Dentre as estratégias, são trabalhados elementos já mencionados na lei 8.080, somados a outros aspectos que se tornam importantes a partir do estabelecimento da rede:

3. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade

- de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
- 8. Participação social ampla;
- 9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- 10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- 11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- 12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- 13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- 14. Gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010b).

A atenção primária é destacada como primeiro nível de atenção e considerada porta de entrada para toda a população. Entretanto, é possível pensar que as unidades básicas de saúde parecem não suprir o atendimento à população, diante de diversos problemas como falta de recursos humanos e materiais disponíveis.

Além disso, o horário de funcionamento da atenção básica parece ser uma problemática, pois geralmente não oferta serviços fora de horário comercial, impedindo que a população de faixa etária entre 20 e 50 anos muitas vezes não consiga acessar ao serviço devido ao horário em que estão no trabalho.

Na atualidade, com o ritmo de vida acelerado, as pessoas necessitam de resolutividade em menor tempo possível. Na atenção básica são ofertadas ações e serviços menos complexos. Os encaminhamentos por muitas vezes são demorados, fazendo com que as pessoas se desloquem ao serviço de urgência.

Apesar dos esforços das políticas públicas de saúde, as pessoas ainda possuem vínculo frágil com a atenção básica, devido ao fato de suas trajetórias ainda serem centradas na atenção especializada, como o hospital e atenção secundária (BELGA; JORGE; SILVA, 2022). Sousa e Shimizu (2021) afirmam que mesmo diante de melhorias na atenção básica, com relação a agendamentos, organização, acolhimento na demanda espontânea e tempo de espera tenham apresentado melhorias, os horários de funcionamento são considerados incompatíveis com usuários que vivem nas grandes cidades. Dessa forma, há recomendações para ampliação do horário, bem como oferta de atendimento nos finais de semana.

Nessa conjuntura, a saúde é apontada como um bem pelos documentos, porém a população ainda está em processo de transição, bem como o SUS e os serviços ofertados na RAS. As pessoas ainda enfrentam o manejo adequado das situações

agudas, bem como necessitam de maior atenção para as condições crônicas, para que estas não se tornem situações agudas com tanta facilidade.

As estratégias de prevenção e promoção da saúde estão presentes, porém parecem ainda estarem distante de produção de efeitos na população diante da lógica neoliberal instalada nas rotinas e modos de vidas atuais. Os demais determinantes e condicionantes sociais que fazem parte da constituição da saúde também possuem fragilidades, fazendo com que as pessoas busquem os serviços somente em situações extremas.

Outro ponto importante é que serviços que promovam a reabilitação e cuidados paliativos são mencionados como essenciais para o funcionamento da rede. Há uma preocupação com as estratégias de reabilitação e oferta de cuidados paliativos que possibilitem a continuidade do cuidado em rede. Sem esses serviços, os serviços de urgência e hospitais seguem lotados e a proposta de superação apontada pela RAS pode não se sustentar.

Os cuidados paliativos ganham ênfase no Brasil e as políticas públicas de saúde são voltadas para a humanização da assistência aos indivíduos no SUS, bem como há uma preocupação sobre como as pessoas morrem. Dessa forma há um controle das condutas e do corpo dos indivíduos que estão em fase de final de vida, na qual, é assegurado nos serviços de atenção domiciliar. O biopoder ocupa a vida das pessoas da mesma forma que se ocupa da morte, através de estratégias de intervenção (CORDEIRO, 2013).

Esse conjunto de estratégias e ações vão desenhando a rede como um dispositivo de governo. Suas linhas são traçadas e voltadas para todos os aspectos que envolvem a saúde do sujeito, de forma que são apresentados os fluxos que permitem o estabelecimento do controle desde o campo de saber da urgência e emergência até os cuidados paliativos, prevenção e promoção da saúde.

A palavra acesso é apontada nos documentos oficiais de forma que o paciente que circula na rede receba atendimento, especialmente na atenção básica:

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2011b).

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários: A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros. A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010b).

A preocupação com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde de forma hierarquizada e regionalizada era ressaltada entre os anos de 2000 e 2010. Diante disso, a RAS emerge com o principal objetivo de garantir acesso, superar a fragmentação e garantir a integralidade, tendo como ponto de atenção central a atenção básica por meio de estratégias que fomentam a criação de vínculo e acolhimento da população que faz parte do território.

Na atenção básica, a estratégia de saúde da família, foi utilizada como instrumento utilizada na tentativa de superar o modelo biomédico e hegemônico que estavam em desconhecimento com os princípios do SUS. Como efeito da estratégia, a família passou a ser o propósito da atenção, bem como o ambiente na qual está inserida. Na atualidade se realiza intervenções nas famílias, a partir dos profissionais de saúde cada um com sua especialidade que, para obter alguma coisa da população

se dedicam aos cuidados da família – na tentativa de educar a família. A intervenção do estado na busca pela ordem social não por meio da repressão, mas sim por dispositivos sutis de controle que operam para administrar a vida da família (OLIVEIRA; SIQUEIRA-BATISTA, 2018).

No ano de 2009, antes da implementação da RAS, o documento do CONASS documenta nº 19 – O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso, aponta que apenas alguns serviços especializados eram organizados em “rede” e que antes de serem organizados, o atendimento era realizado por procura espontânea e voluntária dos pacientes, pois as especialidades eram contratadas junto aos serviços de saúde. Dessa forma, é mencionado no documento que devido a essa situação é dificultada alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, criando desigualdades regionais. Assim, os serviços de especialidade e hospital de média complexidade se tornaram serviços de porta de entrada do sistema, atentando diariamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na atenção básica. Diante disso, se perdeu qualidade de atendimento na atenção básica, bem como houve obstrução do acesso da população a tratamentos especializados (BRASIL, 2009).

Para além de organização dos fluxos de atendimento nos serviços disponíveis no sistema de saúde, redução da superlotação dos serviços de emergência e viés econômico a rede ressalta a atenção básica de modo que se viu nesta a possibilidade de governar e intervir nos modos de vida de forma sutil e efetiva.

As diretrizes sobre os serviços ofertados nos pontos de atenção da RAS são apontadas nos documentos como forma a conduzir os profissionais de saúde – agentes biopolíticos:

Das atribuições específicas

Do Médico:

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;

V - indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

Do Agente Comunitário de Saúde:

II - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês (BRASIL, 2011d).

O profissional médico parece ter papel central na condução das pessoas para os pontos de atenção, inclusive indicando a necessidade de internação hospitalar. Ainda que a estratégia da RAS seja de superar o discurso da fragmentação, bem como a modelo de atenção curativista e medico-centrada, é possível observar que esse profissional ainda está apontado como centro do governo dos que fazem parte da rede.

O médico passou por um processo de normalização de suas práticas e saberes. Dessa forma, o estado passa a controlar o ensino e a como serão atribuídos os diplomas. A medicina e o médico são os primeiros objetos de normalização na Alemanha (FOUCAULT, 2007c). O profissional médio foi o primeiro agente biopolítico, ele já era uma importante figura dentro das famílias (na medicina individual) e passa a ser formado para uma lógica social e coletiva, a partir do momento que o Estado o visualiza como meio para intervir nas vidas das famílias.

É importante destacar que o Ministério da Saúde é responsável pela formação dos profissionais de saúde no Brasil, de modo que produzem diretrizes e orientação que constituem esses profissionais para atender aos interesses do SUS, bem como do Estado.

Neste documento, nas atribuições do enfermeiro não é mencionado o encaminhamento dos usuários para outros pontos de atenção da RAS. Dessa forma, apesar da tentativa de relações horizontais como base para um SUS integral, é possível pensar que ainda se fomentam relações de hierarquizadas.

Nesses desdobramentos e condições de possibilidade para a formação do dispositivo de governo, os profissionais de saúde – agentes bipolíticos, permitem o funcionamento da rede. Eles proferem discursos, conduzem as condutas de pacientes e familiares, organizam os serviços, organizam transferências e comunicação entre os pontos de atenção (OLIVEIRA, 2014).

Para além do governo dos profissionais de saúde, são constituídos outros saberes sobre RAS, nos quais, são possíveis desenhar fluxos relacionados a cada campo de saber específico, como por exemplo, na Rede de Atenção às Urgências, na qual são apontados os componentes que garantem o seu funcionamento:

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:
I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
IV - Sala de Estabilização;
V - Força Nacional de Saúde do SUS;
VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
VII - Hospitalar; e
VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011c).

Os serviços de atenção básica e atenção domiciliar fazem parte do fluxo de funcionamento da rede de atenção às urgências e apontados como componentes que permitem a constituição dessa rede.

Para além da constituição da Rede de Atenção à Saúde, são elaborados documentos específicos para questões consideradas centrais nas prioridades do SUS. Dessa forma, a Rede de Atenção às Urgências permite desenhar mais especificamente um fluxo organizacional para proporcionar assistência nesses serviços e assim são formadas redes para cada grupo de populações – como Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Pessoa Idosa; Rede de Atenção Materno-infantil e outras.

Dentre os serviços e ações que compõem a Rede de Atenção às Urgências a atenção domiciliar é apontada como serviço que garante sua funcionalidade. Neste caso, a AD é mediadora do serviço de atenção básica, urgência e emergência e o hospital.

A partir da proposta de reduzir a fragmentação dos serviços, bem como controlar o esgotamento dos serviços de urgência, a atenção domiciliar se apresenta como potência para possível superação das questões crônicas que muitas vezes sobrecarregam esse serviço e podem onerar o estado.

Foi preciso pensar em estratégias para controlar as questões emergentes, bem como reduzir custos. Entrelaçado a isso Göttems e Mollo (2020), afirmam que os sistemas de saúde da América Latina foram modificados com intuito de redução de custos, levando o estado a uma lógica de comportamento empresarial.

Ademais, a promoção e prevenção e vigilância à saúde também são componentes considerados importantes principalmente a partir da lógica neoliberal de investimento na saúde de forma ampliada, fazendo com que a população se torne mais saudável e conseqüentemente frequente menos os serviços de urgência.

Com relação ao componente de vigilância, como forma de gerir as doenças sociais a medicina passa a ter foco na vigilância da população e dos indivíduos. A

medicina amplia seu papel de vigilância com o passar do tempo, e para além do corpo, é examinada também toda a vida do indivíduo (CARVALHO; ANDRADE; OLIVEIRA, 2019).

Penso que essas estratégias de governar a população são transformadas e atualizadas conforme o período histórico e as necessidades emergentes. Entretanto, os interesses governamentais de cada tempo são envolvidos nesse processo, tipos de governo, estratégias políticas mudam conforme a lógica do partido político. Corroborando com meu pensamento, Menezes, Moretti e Reis (2019) afirmam que as estratégias adotadas pelo atual governo no Brasil (2019-2022) contribuem para a desconstrução do sistema de saúde universal, bem como promove a condução de condutas a partir de uma racionalidade concorrencial, buscando soluções individuais contra os riscos – fazendo com que os indivíduos sejam “empresas de si mesmos”.

Dentre as estratégias para o governo das pessoas nas linhas dos pontos de atenção, há o direcionamento para o acesso aos componentes centrais (Atenção Básica e Domiciliar) que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências:

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011c)

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011c).

A atenção básica é considerada central na Rede de atenção à Saúde, pois os documentos apontam a necessidade de promover vínculo com a população, sendo considerada como o serviço que oferta o primeiro cuidado às urgências, até encaminhamento adequado. Assim, há uma condução para que as pessoas se desloquem primeiramente para esse serviço antes de procurarem os demais pontos de atenção, devido à proximidade que pode ser estabelecida na atenção básica diante da territorialização e reconhecimento da equipe de saúde pelo usuário.

Entretanto, mesmo sendo considerado como ponto central, ainda existem desafios para que se consolide como tal. Em estudo realizado no estado da Bahia foi apontado a falta do profissional médico na atenção primária a saúde comprometendo

a estruturação da rede. Tal situação ocorre, pois, a atenção primária sem cobertura adequada de todos os profissionais necessários sobrecarrega os demais serviços que são acessados por vias consideradas inadequadas (ALMEIDA et al., 2016).

Os demais pontos de atenção da rede são ofertados serviços pontuais, nos quais os pacientes recebem o cuidado seja de forma aguda em um serviço de urgência e emergência, ou a médio-longo prazo como na atenção domiciliar. Entretanto, com a atenção básica a atenção é contínua e duradoura, de forma que a equipe de saúde acompanha o indivíduo em todas as suas fases enquanto estiver dentro daquele determinado território, seja para ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Corroborando com isso, a atenção básica é apontada como o serviço mais próximo da vida das pessoas, de forma que pode adentrar os bairros, comunidades e até mesmo os domicílios com alto grau de capilaridade:

Sobre atenção básica [...] ---É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011d).

O controle da atenção básica se dá através de relações de poder de forma micro, por capilaridades. É devido a isso, que ela é considerada a principal porta de entrada e acesso a RAS. O que a torna central é justamente sua estratégia de pulverização e descentralização para dentro das comunidades, para o íntimo das pessoas.

Na atenção básica a biopolítica é realizada através de acompanhamento, territorialização, acesso aos domicílios e as vidas das pessoas. Através dela, é possível conhecer as particularidades, as necessidades não só de saúde, mas também de outras questões sociais.

Segundo Faria (2020) a territorialização é necessária para dar continuidade aos princípios do SUS no Brasil. Entretanto, tal territorialização ainda está incompleta e é um desafio, diante de ações fragmentadas, descontínuas e pouco resolutivas no momento atual. Diante da publicação da terceira edição da (PNAB) em 2017 propõe a desterritorialização, desconstruindo também o modelo de atenção focado na saúde da família. Assim, a territorialização como processo social de práticas sanitárias no

Brasil, corre risco de ser inviabilizada, sem nem mesmo ter sido realizada de forma completa.

Em estudo que buscou analisar as implicações das políticas públicas atuais para a atenção primária, sobretudo a partir de 2017, foi observado uma série de mudanças e elementos que podem ser uma ameaça para o modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Há uma tentativa de priorizar o cuidado individual, bem como a demanda espontânea, que pode gerar transformações nas UBS – a partir da lógica de pronto-atendimento. Entretanto, é preciso pensar em estratégias para garantir a resolutividade da atenção básica também em questões agudas de baixa complexidade, porém essa forma de gerir a saúde, priorizando o atendimento o das questões agudas na UBS descaracteriza o processo de trabalho da atenção primária, perdendo a capilaridade da ESF nas comunidades (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

As estratégias biopolíticas vão sendo construídas em cada período de tempo e de acordo com o perfil político e suas intenções. Dessa forma, os discursos vão sendo atualizados, de modo que garanta os interesses do governo.

Os documentos produzem saber sobre RAS trazendo em seus escritos, discursos, regulamentos, leis e componentes que a constituem como um dispositivo de governo:

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011c).

Redes de atenção em saúde - Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (entre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2010a).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b).

A produção de saber em relação a rede de atenção à saúde é apontada em diferentes documentos de formas diferentes e abrangentes. A garantia de

continuidade do cuidado, integralidade da assistência, formação de vínculos nos diferentes níveis de complexidade é ressaltada.

Esses conceitos já eram discutidos no SUS e já estavam previstos na constituição federal de 1988, porém há um reforço com a criação da rede a necessidade de articulação e pautar as ações nas necessidades dos usuários.

Dessa forma, a rede de atenção se articula através de fluxos formados por meio das diretrizes que conduzem o funcionamento dos serviços de saúde. Os elementos apontados nos documentos como a integralidade de atenção, resolutividade de encaminhamentos, fomento da formação de vínculos e gestão eficiente são base para a formação do dispositivo, pois promovem ações, direcionam e conduzem os profissionais de saúde, bem como as populações que acessam a rede.

Com relação a continuidade de cuidado, são visualizados entraves para garantir o fluxo do paciente dentro da rede, devido a questões sociais do território, bem como de oferta de serviços. Nesse sentido, é necessária a assistência de forma singular e flexível, não sendo considerado resolutivo somente a conformação de protocolos assistenciais, mas também enlace das necessidades dos pacientes com os diferentes pontos de atenção da rede (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Nunes e Vidal (2019) apontam que a integralidade apresenta muitos desafios a respeito de sua implementação, diante dos resquícios de uma assistência médico-centrada, na qual se dá enfoque na doença. Ainda, é preciso potencializar a conexão entre os diferentes serviços e níveis de complexidade em saúde para que a integralidade seja efetiva.

O discurso de humanização é transversal nos documentos e palavras de efeito como acolhimento, inclusão e valorização são mencionadas:

Diretrizes da PNH Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido da:

- Clínica Ampliada
- Co-gestão - Acolhimento - Valorização do trabalho e do trabalhador - Defesa dos Direitos do Usuário - Fomento das grupariedades, coletivos e redes - Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2010b).

O método da PNH Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho). A PNH caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Podemos falar de um “método de tríplice inclusão”:

- inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas BRASIL, 2010b)

O fortalecimento do discurso de humanização é presente no documento Humaniza-SUS, ressaltando a necessidade de valorização dos sujeitos que fazem parte do sistema.

A ideia de valorizar esses diferentes sujeitos é apontado com palavras que produzem efeitos, sendo elas positivas e que subjetivam tanto os profissionais de saúde quanto os usuários do SUS.

Pensar que a humanização se dá somente para promover a melhoria da saúde da população, visando a qualidade de vida, bem como preocupação com o tratamento de água, tudo que se come e até o ar que se respira, seria ingenuidade. Para além de melhorar as condições de vida e saúde, o cuidado e intervenção da medicina sobre o corpo acontece porque diante do contexto neoliberal de estímulo a produção, não é interessante que os indivíduos estejam doentes (FREITAS, 2020).

O discurso de humanização é transversal nas políticas públicas de saúde, sendo incitada a todo momento, com objetivo de subjetivar os sujeitos que fazem parte do sistema de saúde. Afinal de contas, os sujeitos desejam ser saudáveis, produtivos e pertencentes a essa lógica neoliberal. Foucault (2009) explica que o discurso está associado com o desejo e o poder, e ele circula através de jogos de verdade, diante do objeto de desejo – pelo que se luta, pelo que queremos nos apoderar.

Oliveira e Kruse (2006) problematizam que na década de 70 a humanização estava no centro da enfermagem, que estava voltada para as práticas de amor ao próximo, espiritualidade, tolerância, benevolência e respeito ao próximo. Já entre as décadas de 80 e 90 esse discurso estava voltado para o trabalho em equipe, condições de trabalho, interação com os familiares dos pacientes, estabelecimento do processo de enfermagem. Em seguida, além das práticas já citadas, a humanização estava associada ao aparecimento de tecnologias de comunicação interpessoal, reconhecimento da autonomia, direito a informação, fortalecimento do vínculo, valorização da família.

O discurso de humanização vai sendo atualizado conforme a necessidade, não só da população, mas também do Estado. Oliveira (2014), esclarece que o discurso de humanização é uma estratégia de governo, diante da necessidade de os profissionais governarem as agonias e ocuparem-se das famílias que realizam o cuidado do paciente no domicílio, realizando orientações, promovendo o fortalecimento do vínculo e ofertando apoio diante das dificuldades.

Os profissionais quanto mais se sentirem parte do sistema, valorizados e respeitados, mais serão controlados pelas diretrizes estabelecidas nos documentos. Da mesma forma que ao se subjetivarem estabelecem relações de poder com os pacientes, cuidadores e usuários, subjetivando-os e conduzindo as condutas dentro da rede de atenção.

Ao transitar pelos documentos e fios da rede de atenção observo que são elaboradas uma série de estratégias que operam para a consolidação do SUS, bem como fortalecimento das modificações nos modos de vida. Tais estratégias, como os pactos, estratégia de saúde da família, atenção domiciliar, humaniza-SUS, acesso universal, fortalecimento da atenção básica entre outras, conformam mecanismos do dispositivo, que ao serem reunidas, entrelaçadas e organizadas, promover o governo dos que fazem parte dessa rede.

Noto (2020) analisa que no pensamento de Foucault as estratégias de poder e saber funcionam como princípio regulador do dispositivo. Esses mecanismos estão voltados muitas vezes para interesses econômicos. Essa afirmação vai ao encontro do que pude observar em minhas análises, um conjunto de saberes e relações de poder que organizadas operam para a consolidação do dispositivo.

Sobre as linhas de cuidado, diz-se que elas são maneiras de articular recursos e práticas de produção de saúde. São direcionadas para situação singular do paciente, considerando as diretrizes clínicas, pactuações e contratualizações de serviços e expectativa de resolutividade:

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e co-responsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional (BRASIL, 2010a).

A linha de cuidado dentro da rede é singular para cada tipo de especificidade do paciente, traçando o fluxo ordenado de acesso aos serviços para cada situação

em decorrência de cada doença. Dessa forma, segundo Cecílio e Merhy (2003) a linha de cuidado atravessa vários serviços de saúde promovendo a integralidade do cuidado dentro do sistema. Ainda, os autores mencionam que o hospital pode ser visto como um componente importante para que aconteça a integralidade do cuidado, sendo considerado como uma “estação” que o paciente terá que acessar em algum momento do percurso da doença. Para organizar uma linha de cuidado é preciso a criação e estabilização de linhas que rompam as fronteiras do hospital sendo transversalizadas para outros serviços. Os autores dão o exemplo de uma linha de cuidados cirúrgicos – na qual necessitará pensar que a pessoa “vem de algum lugar” e depois deverá “ir para outro lugar” para poder imaginar a integralidade. Assim, todo o percurso do paciente, agendamento da sala cirúrgica, precisa ser pensado e organizado para além do espaço do hospital. Dessa forma, além da estação do hospital, é preciso pensar nas diversas “estações cuidadoras” – isso vale para todas as linhas, como linha de cuidado materno-infantil, linha de cuidado da saúde mental entre outras.

Como forma de controle do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde é possível a partir da linha de cuidado, que permite a operacionalização do dispositivo por meio do trajeto desenhado, que se transversaliza nos pontos de atenção. As linhas de cuidado constroem os mapas possíveis para a circulação do paciente na RAS e se constitui em estratégia que almeja a integralidade e resolutividade por meio de cada campo de saber e suas especificidades.

Ainda, no decreto 7.508 a continuidade de atenção já é garantida ao usuário em qualquer serviço da RAS:

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2011b).

A produção de saber em torno da RAS garante a continuidade de cuidado em todas as modalidades de atenção à saúde. Dessa forma, os discursos de integralidade, universalidade permeiam as estratégias de condução dos sujeitos nas linhas da rede.

Em estudo realizado com pessoas com doença renal crônica foi identificado os diferentes caminhos trilhados na RAS nos diferentes pontos de atenção. Foi destacado pelos participantes da pesquisa, que apesar de fazerem parte do território de cobertura da atenção básica, não faziam acompanhamento na UBS, sendo o nível

secundário – Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e/ou Pronto-Socorro – a porta de entrada para o sistema de saúde (FREITAS *et al.*, 2021).

Ainda que o discurso conduza as pessoas a procurarem a atenção básica, como serviço central e primeira porta de entrada, os sujeitos buscam outras formas de acesso que garanta resolutividade – neste caso os serviços de urgência. Nesse sentido, observo problemática com relação a atenção básica e os serviços de urgência – este último sempre superlotado. Essa problemática é condição de possibilidade para o aparecimento e manutenção da rede, bem como a de transforma-la em um dispositivo de governo capaz de modificar os hábitos e modos de vida das pessoas, direcionando-as para práticas de cuidado que sejam capazes de serem resolvidas na atenção básica.

Em 2010, Malta e Merhy (2010) analisavam a concepção de linha de cuidado na perspectiva de pessoas com doenças crônicas, e afirmam que esta deve centrada nas necessidades do paciente, percebendo a existência de um cuidador, uso de tecnologias leves, projeto terapêutico adequado e a existência de uma rede de serviços que possibilite as ações necessárias. O enfoque com relação a formação das linhas de cuidado estava diante do cenário neste período histórico, no qual, as ações estavam centradas em procedimentos, sendo totalmente fragmentada. Diante disso, a necessidade de linhas contínuas, com fluxos monitorados e controlados, tendo a comunicação como estratégia central para que isso seja possível.

Cerca de treze anos depois, os esforços em possibilitar as ações contínuas para pacientes com doenças crônicas seguem persistindo diante do aumento de pessoas com doenças crônicas. Dessa forma, os discursos vão sendo atualizados, porém algumas questões visualizadas como problemáticas parecem se manter.

O acesso aos serviços de saúde no SUS, tem como proposta se iniciar e se completar na rede:

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011b).

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b).

Os discursos versam sobre a assistência que se inicia e se completa na rede a partir das estratégias já discutidas anteriormente com a proposta de integralidade,

centralidade da atenção básica, garantia de acesso, condução de condutas pelos profissionais de saúde, discurso de fragmentação da rede, estabelecimento da AD para ser possível operar a rede, entre outras. Ainda a partir do desenvolvimento da produção de saber por um *expert* – houve elaboração de conceitos que conformam a necessidade da RAS. Assim, os saberes em torno da continuidade do cuidado, integralidade de assistência, linha de cuidado, humanização e o discurso de que o cuidado inicia e termina na rede só é possível através da elaboração de estratégias que consideram as especificidades – visto a abrangência do país.

Considerando a busca pelas especialidades e a fragmentação da rede, há uma necessidade de unir saberes que possibilitem a continuidade do cuidado. Dessa forma, linha de cuidado para a pessoa com agravos crônicos, linha de cuidado materno-infantil e etc..., são mais estratégias que pretendem solucionar o problema da fragmentação – utilizando outra forma de fragmentação que coloca o cuidado em linhas – transversais aos serviços de saúde, porém criando novos “aquários”.

Penso que diante de um país com diversidade cultural, étnica e com diferentes formas de vida, clima, e economicamente desigual, torna-se um desafio criar políticas públicas que atendam às necessidades das populações. Dessa forma, a produção de saber sobre inúmeras questões são necessárias para ser possível alinhar a Rede de Atenção à Saúde, como estratégia possível para contornar a situação.

A criação do SUS como política pública inclusiva no Brasil diminuiu as desigualdades do acesso aos serviços de saúde. Porém, o sistema ainda está em processo de construção que permita melhorias na qualidade desse acesso. Os pacientes que circulam nos serviços do SUS mencionam que “O SUS é bonito no papel” ressaltando a baixa efetividade e resolutividade dos serviços e ações. Ainda, observam a unidade básica tradicional mais resolutiva em comparação com as que são Estratégia de Saúde da Família (SILVA *et al.*, 2021).

Diante do contexto, o acesso com qualidade ainda é um desafio no SUS e os pacientes ainda procuram o serviço a partir da lógica de pronto atendimento – para resolverem seus problemas de forma pontual e efetiva – apesar da proposta das políticas públicas de continuidade de cuidado em rede.

7.2 A Urgência, emergência e atenção domiciliar como fios condutores do dispositivo

O atendimento domiciliar já era anunciado na lei orgânica do SUS a partir de uma seção única em destaque:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 1990).

O discurso sobre o atendimento domiciliar emerge já em 1990. Vem ganhando mais destaque ao longo dos anos, principalmente pelo envelhecimento populacional e aumento de doenças e condições crônicas.

Na lógica de organização do SUS já se pensava em como tratar tanto as questões agudas como crônicas. Assim, a atenção domiciliar é destacada, pois a partir dela é possível pensar em um atendimento intermediário entre o hospital e a atenção básica.

A atenção domiciliar se configura como estratégia biopolítica, pois faz valer o conceito de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para que ela seja possível, são utilizadas estratégias e táticas de conhecer para conduzir e intervir analisando riscos, doenças e agravos. Há uma institucionalização do território e do domicílio que permite estabelecer os procedimentos necessários para legitimar uma assistência a saúde com qualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Em 2003, o discurso da atenção domiciliar ligado ao cuidado da população idosa parece se destacar ainda mais, não somente para atendimentos de saúde, mas também sobre direitos dos idosos:

§ 6º É assegurado à pessoa idosa enferma o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária (BRASIL, 2003).

No estatuto da pessoa idosa é assegurado o direito de atendimento domiciliar até mesmo com relação a serviços de perícia médica, evitando que a mesma tenha que sair do domicílio e se exponha a possíveis desconfortos ou riscos.

Com o aumento da população idosa, surge a necessidade de gerir a vida dessas pessoas, pois surge o seguinte questionamento, como atender as necessidades de tantas pessoas com 60 anos ou mais? Esse questionamento se fortalece a partir do momento que o aumento dessa população, diante de um contexto neoliberal pode estar associada a uma ameaça a existência de algumas outras. Essa situação ocorre por exemplo na previdência social, onde surgem discursos colocando de um lado jovens que precisam financiar a aposentadoria daqueles que são idosos, como se fosse uma balança. Há uma dicotomia entre jovens e velhos (SILVA; POCAHY, 2021).

Analiso essa questão também nas práticas no campo da área da saúde, as práticas divisoras entre jovens e velhos está presente até mesmo para a tomada de decisão. Segundo Oliveira (2014), a atenção domiciliar promove a otimização de leitos hospitalares. Essa otimização está relacionada a proporcionar atendimento hospitalar para pessoas consideradas produtivas, dessa forma se mantém a população idosa no domicílio – a partir da AD.

Para além de promover a atenção à saúde hospitalar, como prioridade para os mais jovens, penso que uma pessoa idosa possui riscos com relação a manutenção da saúde, sendo necessário que obtenha cuidado em tempo integral de acordo com sua condição de saúde. No caso de uma pessoa idosa com debilidades, alguma doença incapacitante ou qualquer outro motivo que exponha sua fragilidade, há chances de que a mesma desenvolva risco de queda, riscos de se expor ao ambiente, riscos com relação a imunidade. Dessa maneira, é mais interessante que os serviços se desloquem a essa pessoa.

A velhice se tornou alvo dos discursos científicos na modernidade principalmente entre os séculos XIX e XX. Ademais, a velhice se tornou objeto de estudo e de intervenção e passou a ser pensada como uma questão social, como uma população com necessidades específicas. Essa etapa do curso da vida começou a ser cada vez mais relevante para a gestão da população (FREITAS, 2022).

A Atenção Domiciliar é apontada como modalidade de atenção que integra a RAS. Nessa perspectiva há uma produção de saber sobre o serviço que a partir de um conjunto de ações que operam para a continuidade de cuidados no domicílio:

Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados (BRASIL, 2016).

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

O documento traz orientações sobre o serviço, destacando a garantia de continuidade do cuidado, por meio de prevenção, reabilitação, palição e promoção da saúde. Ademais, há um fortalecimento da condução para a substituição ou complementação da internação hospitalar que garante ao paciente o acesso a tecnologias e cuidado semelhantes ao hospital.

Com o envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas muitas delas incuráveis, são traçadas estratégias governamentais que buscam otimização dos gastos públicos e permitem a condução dessas pessoas, consideradas improdutivas. Nesse sentido, a atenção domiciliar emerge como possibilidade para destinar cuidados a essa população, permitindo o controle do final da vida destas (CORDEIRO, 2017). Oliveira *et al.* (2018) analisam que diante dessas táticas e estratégias para o bom funcionamento das políticas públicas de saúde, há um governo dos vivos, saudáveis e doentes – um governo de todos.

Além de promover a continuidade do cuidado, a atenção domiciliar é descrita nos documentos como possibilidade para reorganização do processo de trabalho nos serviços de emergência, os quais, a superlotação é apontada como problemática da atualidade:

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência. Como exemplo desta situação pode-se citar o caso de um idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica em episódio de agudização cursando com insuficiência (BRASIL, 2002).

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas

à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011c).

No ano de 2002 já eram constituídos saberes sobre a urgência e emergência, com cobertura de 24 horas – destacando-os como porta de entrada para o sistema de saúde. Ainda, um aspecto importante é de que para além de atenção a pacientes com agravos agudos, o acolhimento de pessoas consideradas desvinculadas da atenção primária já era uma problemática, devido a superlotação do serviço.

No documento da Rede de Atenção às Urgências há uma descrição sobre a atenção domiciliar, sendo destacada como um componente compreendido a partir de um conjunto de ações. Dessa forma, há uma produção de saber trazendo a atenção domiciliar como “nova” modalidade de atenção. Porém o atendimento domiciliar já é apontado desde a lei 8.080 de 1990. Ademais, no século XVIII os atendimentos realizados nos domicílios já ocorriam corriqueiramente, com o médico de família.

Com a necessidade de redução das demandas hospitalares e principalmente na urgência e emergência, se reorganiza o processo de trabalho das equipes desses serviços. Diante da obstrução causada pela procura direta aos serviços de atenção considerados secundários e que ofertam maior complexidade, são pensadas estratégias que permitam controlar essa problemática.

Como possibilidade para que isso aconteça, os discursos sobre a humanização, ampliação de autonomia e desinstitucionalização dos pacientes são destacados. Esses discursos produzem efeitos nos que fazem parte da trama da rede, de modo a subjetiva-los, bem como modificar suas condutas.

Uma das estratégias utilizadas por exemplo é a classificação de risco utilizada como forma de organizar o atendimento das urgências, bem como reduzir as filas de espera. Andrade *et al.* (2021) apontam que enfermeiros identificam potencialidades no acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência, sendo considerada uma importante ferramenta no cuidado. Ainda ressaltam que a superlotação dos serviços ocorre devido ao atendimento insatisfatório na atenção básica ou unidades especializadas. Outro ponto mencionado para que isso ocorra é a

falta de informação ao paciente, que muitas vezes desconhece o fluxo que deve percorrer dentro da RAS.

A produção de saber sobre a rede vai sendo atualizada a cada documento, bem como são reforçados saberes já existentes. Esse jogo de verdades sobre a atenção domiciliar ligada fortemente com o fluxo dos serviços de urgência fazem parte da constituição do dispositivo, pois a partir desses discursos são criadas estratégias que permitem a condução das pessoas nos fluxos e linhas da rede.

Silva *et al.* (2020) afirmam que uma das principais causas da superlotação dos serviços de urgência é a má gestão dos serviços de saúde, que faz com que o paciente doente utilize as unidades de emergência como primeira escolha – sendo porta de entrada para o sistema de saúde.

Dentre as estratégias mencionadas, a atenção domiciliar é uma delas, que permite o manejo dos pacientes com condições crônicas, sem que o mesmo tenha que se deslocar ao hospital.

A condução dos pacientes pelos fios da rede, são conduzidos pelos profissionais que fazem parte desse dispositivo, bem como dos pacientes e cuidadores que transitam entre um ponto e outro. Na atenção domiciliar, as formas de acesso dependem de um profissional de saúde que faça a indicação:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar (BRASIL, 2002).

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002).

A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente (BRASIL, 2006c).

O documento conduz condutas para os profissionais de saúde sobre a indicação de atenção domiciliar, bem como a internação. Dessa forma, o profissional de saúde atua como agente biopolítico que decide se o paciente tem direito ao serviço ou não no momento da indicação e admissão.

Penso que as lacunas de fluxos da atenção domiciliar são expressadas nas próprias diretrizes do documento, e as mesmas orientam o papel do profissional diante da decisão de como o paciente adentrará ao serviço. Dessa forma, o profissional de saúde como agente biopolítico pode estabelecer relação de poder e resistências, direcionando o paciente conforme sua vontade e possibilidades de acesso dentro do

sistema, ainda que haja um fluxo pré-estabelecido com relação aos pontos de atenção rede.

No século XIX a medicina passa a medicalizar as ações políticas e os médicos são configurados em agentes biopolíticos pelo estado. A medicina produz modificações nas formas de vida, intervindo nos hábitos e tradições familiares promovendo uma ação higienista das cidades. Essa ação tem como centralidade atender aos interesses do estado convertendo os sujeitos a uma nova ordem urbana (COSTA, 2004).

Os saberes dos experts são utilizados como ferramenta para o funcionamento da biopolítica. Esses saberes auxiliam no planejamento das intervenções pois são eles que legitimam as necessidades da população. Assim, os profissionais de saúde, experts, seus saberes e as instituições legitimam a atenção domiciliar enquanto estratégia biopolítica (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Além da indicação de profissional de saúde, o paciente necessita de uma autorização do familiar ou cuidador com a assinatura de termo de responsabilidade:

Art. 20. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade (BRASIL, 2016).

O familiar, cuidador seja ele familiar ou não precisa se responsabilizar pelos cuidados ao paciente enquanto a equipe de saúde não está presente no domicílio. Dessa forma, são transferidas as famílias o papel de cuidar, assim, o cuidador passa a ser o elo entre a equipe de saúde e o paciente 24 horas por dia.

Essa pactuação é realizada no momento da admissão do paciente a partir de assinatura de termo de responsabilidade. Diante disso, diretrizes como corresponsabilização da saúde são ressaltadas, formalizando que a saúde é dever do estado, mas não exclui o das pessoas e de suas famílias. Dessa forma, na medida em que a atenção domiciliar se consolida mediante as necessidades de cuidado a longo prazo surge o questionamento: após todos esses atravessamentos o cuidador familiar virá a ser um agente biopolítico?

Ainda não é possível responder a esse questionamento, porém Oliveira *et al.* (2017), aponta que com o passar dos anos, o cuidador passou a ser incluído na biopolítica da atenção domiciliar, pois é considerado como uma população alvo para essa modalidade. Os cuidadores são fundamentais para o estabelecimento e

continuidade da atenção domiciliar, pois realizam o cuidado do paciente ou familiar adoecido.

Entre os discursos envolvidos por este campo de saber, está que é preciso que o cuidador familiar muitas vezes passe por capacitações, além de receber orientações da equipe de saúde que conduz o cuidado ao paciente. Assim, há um acúmulo de saber que direciona o cuidador a realizar desde cuidados mínimos até complexos no paciente, fazendo com que muitas vezes haja um borramento do seu papel enquanto familiar e cuidador.

O cuidador é preparado já no hospital para assumir os cuidados ao seu familiar doente ganhando funcionalidade nos serviços de saúde. A equipe de saúde investe e capacita o cuidador na pretensão de regular condutas. Por outro lado, os cuidadores também buscam se apropriar dos saberes da equipe para poder realizar o cuidado em casa (DIAS, 2020).

Esse sujeito assume dois papéis em um único espaço, o de familiar que é atravessado pelo vínculo, pela relação de afetividade com o paciente, pelas emoções. E o de cuidador, que muitas vezes se sente parte da equipe e se torna um agente central na realização do cuidado e do cumprimento de regras e rotinas.

Há uma produção de saber com relação ao sujeito cuidador, pois este é quem permite o elo entre a equipe de saúde do serviço de Atenção Domiciliar e o paciente:

3.5 Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2006c).

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (BRASIL, 2013).

Os documentos legitimam o cuidador como possibilidade para a manutenção do paciente no domicílio, transferindo para ele a responsabilidade sobre o cuidado do mesmo.

O cuidador familiar se torna parte da constituição da rede de atenção, pois além dos documentos lhe transferirem a responsabilidade sobre o paciente, o próprio domicílio é compreendido como um ponto de atenção. Assim, para que seja possível a produção de saúde, é necessário que tenha condições adequadas, como local

adequado, pessoa responsável pelo cuidado. O cuidador desempenha esse papel de fazer parte dessa produção de saúde dentro do domicílio.

O cuidador é um sujeito que participa da rede e desempenha função na RAS, pois ele circula nas teias da rede conduzindo o paciente nos serviços de saúde. Diante disso, penso que o cuidador, o paciente e os familiares fazem parte dos mecanismos do dispositivo, pois também são subjetivados pelos discursos proferidos, bem como pelas ações, instituições, normas e diretrizes.

Na atenção domiciliar, há uma necessidade de garantir a manutenção do paciente no domicílio, entretanto, quando o controle de sintomas não é viável, os profissionais de saúde e os cuidadores conduzem o paciente a outros pontos táticos da RAS garantindo a funcionalidade da AD (PERBONI; OLIVEIRA; TRISTÃO, 2022). Os pontos de atenção e as formas de garantir seu funcionamento a partir dos sujeitos participantes desse processo (profissionais, cuidadores e pacientes) são estratégias que permitem a operacionalização da rede enquanto dispositivo.

Na Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, são apontadas as modalidades ofertadas no serviço de atenção domiciliar – indicando para quem deve ser destinado cada recurso – tanto de materiais quanto profissionais de saúde:

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação (BRASIL, 2016).

Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou
- IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal (BRASIL, 2016).

Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016).

É preciso racionalizar e classificar as modalidades da atenção domiciliar, permitindo que se configure uma organização que atenda às necessidades de cada população que receberá assistência. Os discursos sobre a AD organizam qual tipo de atenção está para cada necessidade e caso, dessa forma, os profissionais de saúde conduzem os pacientes dentro das possibilidades orientadas. Ainda, a AD do tipo 1, é uma extensão da atenção básica, que realiza visitas domiciliares em pessoas que precisam de cuidados com menor frequência.

Tal classificação parece atender as necessidades do Estado, em racionalizar os custos permitindo que haja organização na destinação do cuidado e recursos. Braga *et al.* (2022) problematizam que a atenção domiciliar é potência para economia dos sistemas de saúde no cuidado de pessoas com condições crônicas. A redução de custos esta entrelaçada com a alimentação, realização de exames, desocupação de leitos hospitalares, diminuição de internações e da procura no atendimento de urgência. Entretanto, esses custos são transferidos para a família do doente, que precisa arcar com todos esses gastos para manutenção do mesmo no domicílio.

Essa organização vai ao encontro da ideia da rede, de modo que os serviços estão entrelaçados e legitimando a atenção básica com a centralidade. Entretanto, são transferidas muitas responsabilidades para a atenção básica – para além dos seus muros, por outro lado, essa fusão entre atenção básica e domiciliar na modalidade (1) fortalece a consolidação da atenção domiciliar como modelo de atenção. Além da atenção básica, toda a responsabilidade e custos são transferidos a família do doente, que precisa arcar financeiramente para manter o paciente sob cuidados.

Oliveira (2014), aponta que a visita domiciliar se constituiu em uma atividade diferenciada em diversos campos do saber, como de doenças crônicas, saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis, entre outras. Essa forma de atingir os objetivos do SUS são consolidados a partir de portarias que regulamentam as ações, como uma forma de homogeneizar a atenção à saúde, seguindo os princípios de operacionalização, integralidade, regionalização e hierarquização da rede, bem como ofertando a garantia de resolutividade. Dessa forma, a visita domiciliar se constitui em uma estratégia biopolítica, que produz intervenções de acordo com a necessidade.

Para a possibilidade de manutenção da atenção domiciliar, as estratégias estão para além da operacionalização de recursos e disponibilidade de profissionais. A

Portaria nº825 de 25 de abril de 2016, também regula sobre a carga horaria que será ofertada para acesso ao serviço:

Art. 23. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão (BRASIL, 2016).

Parágrafo único. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências (BRASIL, 2016).

Art. 12. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário (BRASIL, 2016).

São organizadas estratégias que garantem a manutenção do paciente no domicílio, dentre elas, a oferta de atendimento por no mínimo 12 horas, bem como a garantia de retaguarda pelos outros pontos de atenção.

Ainda, o regime de plantão nos finais de semana e até mesmo nos feriados garante a assistência do paciente reduzindo a probabilidade que este acesse aos demais serviços caso não seja necessário.

Com essa organização e estratégias, é possível pensar que há uma tentativa de gerir as angustias do paciente e seus familiares, pois assim, podem se sentir mais seguros com a disponibilidade de atendimento tanto pelo serviço de atenção domiciliar, quanto com a garantia de continuidade nos demais serviços da rede.

Entretanto, Procópio *et al.* (2019), apontam que a articulação da atenção domiciliar com os demais pontos da rede é um desafio que impacta na integralidade do cuidado. Aspectos como a dificuldade de comunicação, bem como falta de entendimento sobre o papel da atenção domiciliar, facilitam a fragmentação.

A horizontalidade é um aspecto enfatizado nos discursos sobre a rede. Tal aspecto produz a ideia de que os serviços estão no mesmo nível e a disposição do paciente, bem como que as relações são horizontais e garantem o fluxo nas linhas de cuidado.

A proposta de garantia de continuidade do cuidado em rede é apontada de forma destacada entre a atenção domiciliar e o serviço de urgência e emergência, bem como o serviço de atendimento móvel de urgência:

Art. 12. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades

assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário (BRASIL, 2016).

4.20 O SAD deve possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e emergência (BRASIL, 2006c).

4.21 O SAD deve garantir aos pacientes que estão em regime de internação domiciliar, a remoção ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e emergência (BRASIL, 2006c).

Ainda que condição de possibilidade para a atenção domiciliar na rede de atenção seja a continuidade de cuidado a população idosa, pessoas com agravos crônicos e a redução do esgotamento da unidade de urgência e emergência, a proposta de rede ainda garante o acesso do paciente em atendimento domiciliar ao serviço de nível mais complexo. Os serviços de urgência ainda são considerados retaguarda para esse público.

Entretanto, é possível pensar que o discurso que oferta a continuidade da assistência ao serviço de urgência conduz condutas dos profissionais de saúde que também conduzem os pacientes e cuidadores na trajetória proposta pela rede. O paciente e cuidador são atravessados por esses discursos que os convencem de que terão à sua disposição visitas domiciliares, atendimento de equipe multiprofissional, recursos materiais necessários e ainda poderão dispor do serviço de alta complexidade caso necessário.

Neste caso, quando o controle pelos cuidados foge da garantia da atenção domiciliar devido à por exemplo, falta de recursos necessários para manejar situações de intercorrência, os pacientes e cuidadores são orientados a acessar outros pontos da RAS (PERBONI; OLIVIERA; TRISTÃO, 2022). Entretanto, há divergências sobre a continuidade de cuidado em rede, devido as orientações desconexas e divergentes de um profissional e outro. Ainda, é destacado que a contrarreferência não é realizada, desarticulando a continuidade da rede. Outro ponto que se apresenta como desafio é a falta de flexibilidade de horários da AD, que prejudica o atendimento 24 horas feito pela equipe, fazendo com que o paciente precise se deslocar a outros pontos da rede de forma desnecessária. Ainda, quando deslocados a outro ponto da rede, como por exemplo, o serviço de urgência e emergência, os pacientes não possuem prioridade de atendimento e não existem leitos de retaguarda, de modo a contribuir para a internação hospitalar direta caso necessário, este fator é visualizado como problemática para os pacientes. Dessa forma, existem rupturas entre a atenção

domiciliar e a RAS prejudicando a efetividade do cuidado (XAVIER; NASCIMENTO; JUNIOR, 2019).

O paciente e cuidador transitam na teia, percorrendo os fios e indo de um ponto de atenção a outro de acordo com as orientações dos profissionais de saúde e ligações estabelecidas entre os serviços. Essa proposta de garantia de cuidado faz com que sejam reguladas as formas de conduzir essa população dentro da rede.

Diante das necessidades de conter a procura direta pelo pronto-socorro na instituição hospitalar emerge um ponto de atenção considerado como intermediário na RAS – a Unidade de Pronto Atendimento:

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011c).

Ainda como estratégia de intermédio entre a atenção básica e a rede hospitalar para os casos agudos, houve a consolidação das Unidades de Pronto Atendimento.

Tal estratégia é uma tentativa de evitar que o paciente chegue a unidade hospitalar e tenha sua necessidade atendida e resolvida em um serviço de menor complexidade. O hospital é uma instituição permeada por tecnologias complexas que necessitam de grande investimento econômico. Dessa forma, evitar que o paciente precise acessar a este serviço é uma tática que minimiza os gastos.

O hospital assume funções diferentes em cada período histórico. Antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, local onde se realizava a exclusão dessa população – hospital não era um local de tratar doenças, mas sim um morredouro. Neste período, os pobres eram assistidos por pessoas que praticavam a caridade e não havia prática médica sendo realizada neste espaço. O hospital passa a ser medicalizado a partir do modelo dos hospitais militares e marítimos, no final do século XVIII – nesse momento acontece a reorganização do hospital. Este, passa a ser um espaço de cura e instrumento terapêutico e o médico é o principal responsável por sua organização (FOUCAULT, 2007d).

A partir do pensamento de Foucault, o hospital vai tomando configurações diferentes de modo a manejar situações emergentes em cada período. Na atualidade o hospital, é um espaço considerado de alta complexidade, que necessita de fortes investimentos públicos para que tenha seu funcionamento. Além de ofertar a possibilidade de cura, é um local na qual as pessoas nascem, acessam em momentos pontuais ou prolongados e também morrem.

As pessoas querem adentrar a esse espaço, devido as inúmeras tecnologias ofertadas para a manutenção da vida. Em contrapartida, há um movimento das políticas públicas de saúde em fazer com que este não seja parte do desejo da população.

As estratégias de prevenção, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica operam para seguir esta lógica. Ainda, quando estas não são capazes de manejar as situações a UPA aparece como um outro serviço capaz de solucionar o problema – impedindo que a pessoa precise acessar o serviço hospitalar.

A implantação ocorreu de forma pioneira no estado do Rio de Janeiro em 2007, antes de uma regulação federal, com o objetivo de reduzir as filas dos hospitais (LIMA *et al.*, 2015). Desde então é expandida a implementação das UPAS no Brasil através da Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008 - Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2008). Revogada pela Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009 – Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2009). Revogada pela portaria vigente – Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011 – Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011e).

O'Dwyer *et al.* (2017) apontam que a implementação das UPAs no Brasil foi benéfica devido as necessidades da população, entretanto, demonstra a incipiência da atenção primária e da rede hospitalar. Ainda, aponta que para que este serviço se torne bem-sucedido, é necessário que haja investimentos na atenção primária e hospitalar, permitindo que seja integrado a uma potente rede de urgência.

O SAMU é um serviço que se entrelaça com qualquer ponto de atenção da rede e em qualquer nível do sistema de saúde. Em 2004 era apontado como porta de entrada para o sistema, necessidade de portas de saída (serviços de saúde) por meio de regulação:

As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema, funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias (BRASIL, 2004).

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011c).

O último, mas não menos importante serviço discutido nessa Tese, SAMU realiza atendimentos de urgência e emergência, bem como transporte dos pacientes que acessam a rede. Este serviço circula em todos os pontos de atenção e por meio de uma regulação destina o paciente para o serviço correto conforme o fluxo da RAS.

O SAMU garante o acesso do paciente nos serviços da rede, pois a partir do momento que o paciente já está recebendo o atendimento móvel ele já entrou no sistema. Ainda, ele permite a conexão entre os pontos de atenção, sem que o paciente saia da rede de saúde, de forma que pode deslocar o paciente de um ponto ao outro, garantindo assistência também durante o percurso.

Mesmo diante da proposta dos serviços operarem em rede Marques *et al.* (2021) afirmam em estudo que existem desafios na comunicação do SAMU com os demais níveis de atenção – primária, secundária e terciária. Esse aspecto é visualizado como uma barreira operacional, sendo necessárias estratégias para melhoria de gestão do serviço e integração com os demais pontos de atenção da rede.

O paciente e cuidador circulam nesses serviços, sendo conduzido pelos profissionais de saúde. Em estudo realizado na atenção domiciliar, foi visualizado que a equipe de saúde conduz orientações ao cuidador, principalmente quando o paciente

apresenta sinais de desestabilização. Nesses casos, a equipe convida o cuidador a acompanhar o atendimento da equipe para realizar algumas ações, bem como obter a confirmação de que o mesmo compreendeu o que deve ser feito. Nessas orientações, a equipe direciona ao usuário como deve reagir em determinadas situações, apontando o SAMU como uma possibilidade outra para o manejo (SILVA; SILVA; VELLOSO, 2021).

Diante do exposto, o paciente e cuidador são governados na RAS de modo que acessam aos serviços conforme a condução de conduta dos profissionais de saúde. Entretanto, os discursos de falha na comunicação são apontados como problemáticas a serem enfrentadas para que o fluxo dos mesmos não seja interrompido dentro da rede.

Observo que muitas são as estratégias criadas para a permanência da RAS bem como do SUS, justamente na lógica neoliberal de tratar a saúde como um bem. Dessa forma, aponto aqui problematizações sobre como vem se constituindo a saúde pública no Brasil e suas formas de condução. Ainda, essas estratégias são potência em um país com a diversidade cultural e de etnias que temos aqui, na tentativa de ofertar saúde para todos.

8. O SUS E RAS – SEUS FIOS, INTERSECÇÕES E FLUXOS

Após me debruçar nas leituras que fizeram parte da construção desta tese, transitando pelos fios que me conduziram nesta rede, fiquei pensando na dificuldade de compreender esses fluxos e o quanto este emaranhado de fios da teia são problemáticos e também produtivos.

Problemáticos, porque dificulta o entendimento e organização de quem está lendo, bem como dos profissionais de saúde e gestores que fazem os serviços funcionarem. Produtivo, porque para o Estado, esse emaranhado dissipa as responsabilidades bem como gera um borramento das problemáticas que ainda estão presentes na rede de atenção – uma delas o discurso de fragmentação e dificuldade de comunicação entre profissionais e os serviços.

Pensando nisso, e indo ao encontro de um de meus objetivos com essa pesquisa, construí – junto com profissional capacitado – uma ilustração sobre a rede, a partir dos meus achados com a coleta de dados. Essa ilustração tem como objetivo mostrar como a rede se configura na atualidade a partir das minhas lentes, de como estes pontos, fios e intersecções se apresentaram sob meu olhar diante de minhas análises.

Dito isto, convido ao leitor a circular pela rede, percorrer as linhas, observar as intersecções e visualiza-la como uma fotografia do momento atual. Ainda, seguindo minha analogia durante o texto, destaco que essa rede foi constituída a partir de fios – seus fluxos representam a rede. A aranha, é representada pelo SUS – esta aranha forma fios que se entrelaçam. Dessa forma, o SUS é considerado neste trabalho a aranha e os fios teia. A além de ser formada pelo SUS fio por fio, é também a partir desse conjunto de fios e intersecções – no desenho amplo considerada a rede.

Para que o leitor consiga compreender melhor o que estou dizendo, convido a observar esta teia, na figura 2.

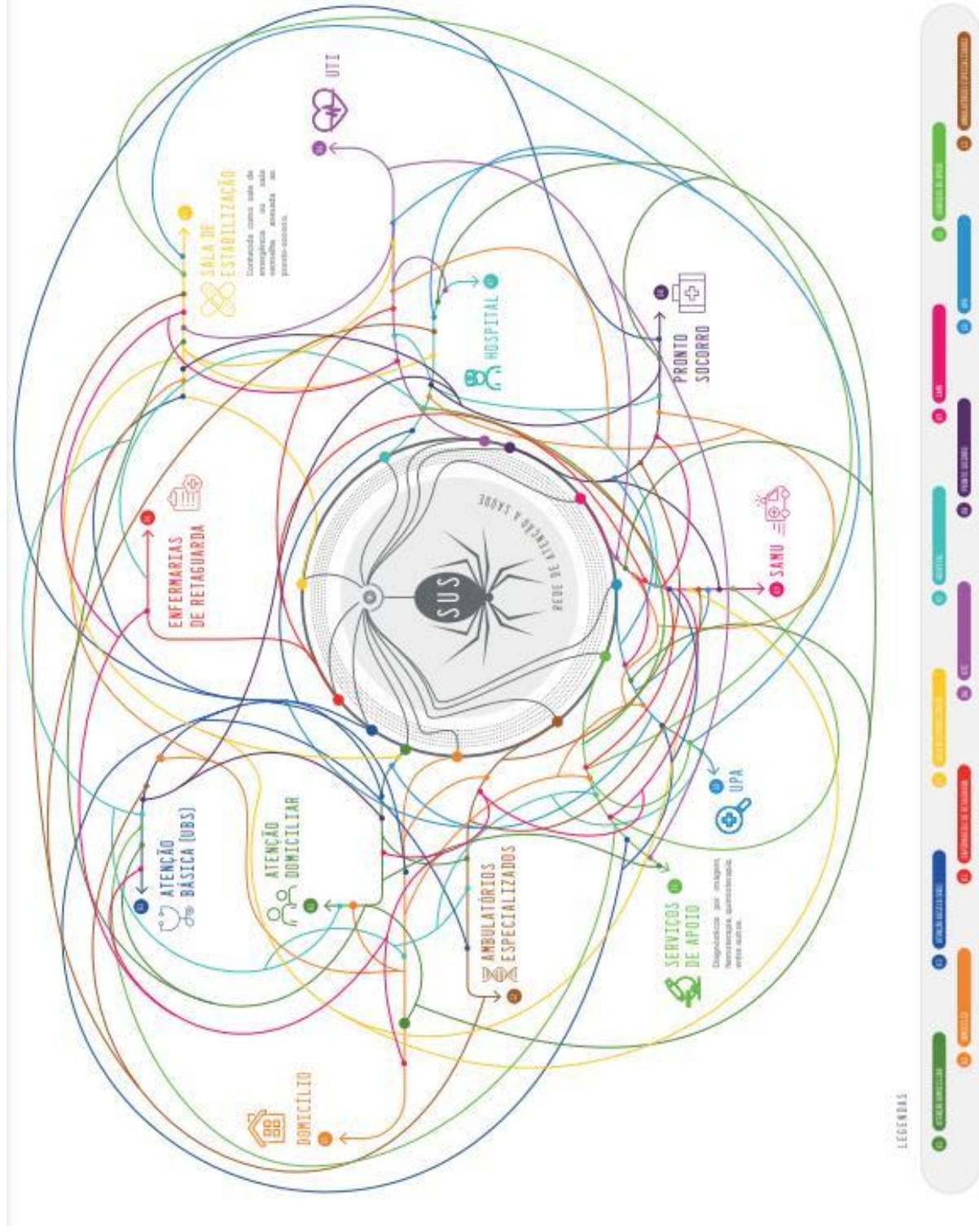


Figura 2 - A teia, seus fios, fluxos e saberes.

Fonte: construída pela autora e profissional de Design Gráfico.

Inicialmente, gostaria de reforçar que esta ilustração foi possível a partir da construção desta Tese, com a coleta de dados, bem como minhas leituras em relação ao tema. Ainda, algo que atravessa este desenho é minha experiência enquanto enfermeira em um Hospital Universitário da cidade de Pelotas.

Ainda, para ser possível realizar esta ilustração, como disse anteriormente, contei com o serviço de um profissional no qual destino os créditos para elaboração do design. Entretanto, saliento que a concepção teórica e ideias para que o desenho fosse possível foi a partir das minhas orientações.

Dito isso, ao pensar em um fluxo possível para visualizar esta ilustração, decidi orientar ao leitor que possa iniciar essa observação do centro onde se localiza a aranha, pois a partir dela são possíveis a formação dos fios da teia.

Partiremos do centro para o lado esquerdo, mais especificamente para o ponto de atenção – Atenção Domiciliar colorido com a cor verde escuro, nº 01 da legenda. Ao olhar com atenção, irá observar que seus fios se ligam com os pontos de atenção: domicílio, hospital, atenção básica, SAMU, sala de estabilização, pronto-socorro, UPA e ambulatórios especializados.

Em seguida, passemos para o domicílio identificado com a cor laranja, nº 02, seus fios se ligam a todos os pontos de atenção, excluindo a UTI e enfermarias de retaguarda – pois o paciente e o cuidados não podem acessar esses pontos sem antes passar por outro serviço.

Acima, é possível observar o ponto UBS, colorido com a cor azul escuro, nº03, este ponto se liga com todos os pontos do dispositivo, excluindo somente a UTI e enfermarias de retaguarda.

Nos conduzindo para o lado direito da UBS, é possível observar em cor vermelha, nº4, o ponto – enfermarias de retaguarda. Esse ponto de atenção se liga somente com o hospital, com a UTI e serviços de apoio. Saliento que a enfermaria se liga também com serviços de apoio do hospital de forma eventual.

A sala de estabilização, caracterizada com a cor amarela, nº05, seus fios se ligam com a UPA. SAMU, hospital, UTI e atenção domiciliar (quando o paciente é estabilizado e retorna para o domicílio).

Ainda no lado direito, um pouco mais abaixo da sala de estabilização, podemos identificar a UTI, caracterizada pela cor lilás, nº 06. Este ponto possui ligação com SAMU, Hospital e enfermarias de retaguarda. Pode ainda se ligar com o ponto serviços de apoio.

Abaixo, identificado pela cor azul turquesa, nº 07, se apresenta o hospital. Este ponto de atenção se liga com todos os pontos de atenção, pois os encaminhamentos a partir dele, podem ser realizados para qualquer serviço.

Um pouco mais abaixo, próximo ao hospital está o pronto-socorro, identificado na cor roxa e nº 08. Seus fios se ligam com todos os pontos de atenção, excluindo serviços de ambulatorios especializados – pois é necessário encaminhamento de serviço que acompanhe o paciente.

Na parte inferior da ilustração é possível observar o SAMU, com a cor rosa nº 09. Ele se liga a todos os pontos de atenção, sem exceção, nem que seja somente para realizar o transporte do paciente em algumas ocasiões.

Ainda, nessa porção inferior, temos ao lado esquerdo do SAMU o ponto de atenção UPA, na cor azul claro, nº 10. Seus fios se ligam com o SAMU, pronto-socorro, sala de estabilização, atenção básica, atenção domiciliar, hospital e UTI.

Ao lado esquerdo da UPA, identificamos o ponto serviços de apoio – caracterizado pela cor verde claro, nº 11. Esses serviços são diversos e para serem acessados dependem da necessidade e também diagnóstico do paciente. Dentre os serviços estão: serviço de hemoterapia, quimioterapia, diagnóstico por imagem, entre outros. Esse ponto de atenção se liga com a atenção básica, hospital, sala de estabilização, SAMU, UPA e atenção domiciliar.

Um pouco acima dos serviços de apoio, na cor marrom, nº 12, estão os ambulatorios especializados. Este ponto de atenção se liga com o hospital e atenção básica, através de encaminhamentos.

O emaranhado de fios, pontos de intersecção, cruzamentos, pontos de atenção que se amarram e se soltam pode compreender como se forma a rede. Para mim, a aranha é o SUS, porque nela são estabelecidos os discursos de integralidade, humanização, hierarquização, territorialização e descentralização. Esta aranha que produz os fios possíveis para a formação da teia. Esta teia, na forma como se organiza representa a RAS, formada pelos fios sustentados pelo SUS. Ainda, é possível pensar que a aranha circula e desliza todo o tempo nesta teia, de um ponto a outro, se conectando com eles no momento em que achar oportuno.

Esse conjunto de estratégias, de saberes, discursos, formas de fazer, cruzamentos, orientações, diretrizes, portarias, leis conformam minha Tese de

que a Rede de Atenção à Saúde é um dispositivo de governo do paciente e cuidador.

Após situar o leitor com o texto acima, resolvi pensar em uma possibilidade para os caminhos que o paciente e cuidador realizam na rede. Um paciente que se encontra em atenção domiciliar, já percorreu outros pontos da rede para poder chegar a este ponto intermediário – porém os fluxos podem ser múltiplos, não sendo possível pensar um mesmo caminho para todos.

Entretanto, pensando em um paciente, com doença oncológica que esteja internado na atenção domiciliar, podemos delinear um possível fluxo a partir do que prevê a rede. Pensando em uma forma possível de mostrar esses caminhos irei contar uma história que nos permita acompanhar o paciente e cuidador na rede. Como exemplo, trago o caso do paciente João e seu fluxo na rede:

Paciente João, 50 anos, tabagista há 35 anos, possui histórico de câncer na família, teve o diagnóstico de câncer de pulmão há cerca de dois anos. Há seis meses descobriu uma metástase no fígado e teve diversas internações hospitalares devido a progressão da doença. João, é acompanhado por um serviço de oncologia de um Hospital Universitário, e realizava quimioterapia uma vez por semana, porém após a descoberta da metástase e aumento dos tumores no pulmão, João vem se apresentando debilitado necessitando de longas internações.

Diante disso, o médico oncologista que acompanha João, conversa com ele e com sua esposa Beatriz, que desde o diagnóstico se tornou sua cuidadora, sobre a possibilidade de encaminhá-lo para atenção domiciliar. Dessa forma, João foi encaminhado para o serviço de atenção domiciliar e recebe cuidados de uma equipe de saúde no seu domicílio. Há dois meses João está recebendo assistência domiciliar, por vezes é encaminhado para outros serviços, quando há necessidade, por exemplo de exame de imagem e segue realizando a quimioterapia na unidade ambulatorial do Hospital.

Na semana passada, João apresentou dispneia intensa, apresentando cianose, confusão mental e esforço respiratório. Sua esposa Beatriz ficou apavorada e como este episódio ocorreu no turno da noite, não podia contar com a equipe da atenção domiciliar, porém já havia sido orientada que nestes casos, poderia contar com suporte do SAMU.

Beatriz entra em contato com SAMU e João é transferido para o pronto-socorro, recebe os primeiros cuidados para manejar as questões agudas de falta de ar, porém diante da doença de João, o médico menciona que esta situação é em decorrência do avanço da doença. Dessa forma, sugere que o paciente fique internado no hospital para ser manejado.

O médico, encaminha João para internação hospitalar em Hospital Universitário de referência, que já faz acompanhamento de João. Devido ao quadro, o mesmo necessita de antibioticoterapia endovenosa e suporte de oxigênio, no qual, não é disponibilizado pela atenção domiciliar, este último, somente mediante solicitação via secretaria de saúde.

João fica internado, porém vai apresentando piora no quadro e apesar de já ter conversado com os profissionais de saúde sobre a gravidade clínica de sua doença, sua esposa solicita que sejam realizados todos os tipos de intervenções que possa salvar sua vida. O médico responsável por João, o encaminha para a UTI, diante do desespero da esposa e solicitação da mesma.

Na UTI, João fica internado por dois dias, porém apresentou melhora no quadro, retornando à enfermaria do hospital. Em seguida, o médico conversa sobre o risco de estar dentro do hospital, um ambiente envolto por doenças e microorganismos e sugere que para segurança o paciente retorne para o domicílio e segua com acompanhamento da atenção domiciliar. João e sua esposa aceitam a sugestão do médico e retornam para o domicílio, porém, desta vez, João está ainda mais debilitado e dependente. Utilizando sonda nasoentérica para alimentação devido o emagrecimento e dificuldade em se alimentar causado pelas lesões na cavidade oral.

Dia desses, quando sua esposa – pessoa responsável pelo cuidado total de João – está no banho, o mesmo arrancou a sonda nasoentérica. Porém, este dia era sábado e nem a UBS próximo ao domicílio e nem a atenção domiciliar funcionavam. Assim, João e sua esposa se deslocam para UPA, para que possa ser repassada a sonda no paciente.

Paciente chega na UPA e aguarda por algumas horas até conseguir ser repassada a sonda nasoentérica. Após repassar a sonda, João e sua esposa retornam para o domicílio. Cansados e desanimados diante das adversidades, conversam que na próxima vez que acontecer qualquer problema, solicitarão

atendimento do SAMU para ir ao pronto-socorro e exigir internação hospitalar, porque lá, estarão dentro do “recurso”.

Com essa narrativa, é possível perceber um dos possíveis fluxos realizados na rede. Saliento que o dispositivo rede governa o paciente e seu cuidador, porém os mesmos e principalmente o cuidador estabelece resistências em certas situações, exigindo certa conduta do profissional de saúde. Obviamente que a responsabilidade pela condução no fluxo da rede é do profissional de saúde, porém as interferências dos que utilizam dos serviços podem atravessar esses profissionais que podem ter condutas diferentes do planejado. Essa participação do paciente e seus familiares, bem como preservação da “autonomia” na construção da saúde está prevista no SUS, dessa forma, o profissional de saúde precisa avaliar pontos diversos para poder pensar as suas conduções

O paciente e cuidador percorrem diversos pontos da rede, porém muitas vezes suas necessidades não são sanadas. Por outro lado, muitas são as possibilidades para garantir que ele fique assistido por algum serviço, ainda que enfrente filas, ou que não seja efetivo em totalidade.

Diante do exposto, penso que na atualidade, a questão que mais dificulta o manejo do paciente no domicílio além da dificuldade da família em assumir o papel de cuidar e ser responsável pelos cuidados e manejo são os momentos das intercorrências, nas quais os demais serviços da rede não estabelecem um fluxo “personalizado” para o atendimento do paciente que já se encontra em atenção domiciliar, conseqüentemente já está inserido no sistema.

9. LINHA DE CHEGADA OU DE PARTIDA?

Denominei esse capítulo como “linha de chegada ou de partida?”, pois percebo que a partir das problematizações realizadas nesta Tese foi possível pensar em outros questionamentos para outras problematizações futuras acerca do tema.

Dentre elas, quais modos possíveis para implementar os saberes da integralidade da assistência superando os discursos de fragmentação? É possível ofertar totalidade de atendimento sem escapar das tramas da rede? A RAS como dispositivo de governmentação será modificada com o passar do tempo? Não é possível responder a essas questões no momento, porém não tenho interesse em responde-las, somente traçar provocações.

Nunca havia realizado uma pesquisa documental e sinto satisfação com os resultados, bem como com a construção. Para realizar essa pesquisa me senti muito livre diante do fato que precisaria navegar pelos documentos no meu tempo. Ainda, diferente da pesquisa de campo, a pesquisa documental me gerou menos ansiedade, pois não necessitava fazer pactuações com os participantes, bem como depender de diversas variáveis para poder coletar os dados, como disponibilidade das duas partes, questões éticas, período de tempo e outras. Entretanto, a pactuação era comigo mesma – pois dependia única e exclusivamente de mim mapear as intermináveis páginas de documentos oficiais.

Ainda, a vasta quantidade de documentos sobre a saúde pública, os direitos estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e como as conduções foram sendo dadas com relação à saúde pública no Brasil, me fez refletir, o quanto esses documentos estão presentes no nosso dia-a-dia. No que comemos, bebemos, na forma como vivemos, como nos vestimos, nossas rotinas, nossas relações entre outras.

Neste estudo, observei que o discurso de fragmentação amplamente apontado na literatura atual, bem como nos próprios documentos analisados são condição de possibilidade para surgimento da RAS. Além disso, outro ponto que corrobora para seu surgimento é a obstrução dos serviços de urgência e emergência, o deslocamento frequente das pessoas para o hospital e serviços de atenção secundária, e vínculo fragilizado das pessoas com Atenção Básica.

Essas fragilidades movimentam a rede, fazendo com que sejam criadas estratégias na tentativa de contorná-las. Porém, que outros contornos são possíveis, diante de um país como o Brasil, com a diversidade cultural e mudanças no perfil sociodemográfico? Quais outras estratégias serão formadas na tentativa de manter a RAS e sua funcionalidade?

A RAS se constitui como dispositivo de governo, pois foi estabelecida com o intuito de responder a urgência da fragmentação da assistência e promoção da integralidade. E essa condição de possibilidade traça seu surgimento, entretanto para a sua manutenção, o dispositivo, a partir de seus mecanismos e elementos como os discursos, subjetivação dos profissionais de saúde, estabelecimento de relações de poder, se molda e se atualiza em decorrência de cada necessidade, a fim de perpetuar a sua existência.

Os documentos apontam a constituição da rede como uma teia, porém o efeito é um emaranhado, como foi ilustrado na imagem. Os pacientes e cuidadores que transitam pelos fluxos estabelecidos. Os efeitos da conformação da RAS como dispositivo produz efeitos nesses sujeitos, fazendo com que se sintam incluídos nesse emaranhado, ao mesmo tempo que são excluídos das entradas de alguns pontos de atenção. Essa exclusão acontece porque mesmo a rede sendo apontada como teia, relações horizontais e que nenhum ponto de atenção é mais importante que outro, o fluxo estabelece portas de entrada para acesso ao sistema. Dessa forma, alguns dos pontos de atenção só serão acessados a partir do momento que passar pelas primeiras portas. Ainda, a procura pelos serviços é maior que a oferta deste, desse modo, todos acessam a primeira porta ou ponto de atenção à saúde, mas somente alguns conseguirão acessar os pontos a seguir mediante a avaliação dos profissionais de saúde com instrumentos ou protocolos que orientam o fluxo. Dessa forma, pacientes e

cuidadores circulam nas tramas do dispositivo e são governados pelos serviços, fluxos e profissionais de saúde.

Na atualidade se governa o presente olhando também para o passado, com discursos e saberes que em algum tempo já se sobressaíram e agora se atualizam para dar conta das necessidades.

A biopolítica cada vez mais se fortalece fazendo atravessamentos na vida das populações. Neste trabalho – através do dispositivo de governo que aqui analisei – são previstas ações e intervenções em cada serviço de saúde para cada campo de saber da área da saúde, com a proposta de contornar a situação atual através de linhas de cuidados específicas unidas em um grande emaranhado de fios na busca pela integralidade da atenção à saúde.

Para além dos objetivos já citados com este trabalho, tive como pretensão oportunizar uma leitura diferente de todas as já construídas em torno da RAS. Dessa forma, este estudo permite a reflexão dos profissionais de saúde e gestores com relação aos desafios e também potencialidades do sistema de saúde atual, bem como suas estratégias para permanecer vivo, uma das mais importantes, para mim – o dispositivo de governo – Rede de Atenção à Saúde.

A partir dele, se governam os modos de viver e são delineadas condutas que controlam a população. Dessa forma, é preciso pensar em quais metas queremos alcançar? Como pretendemos conduzir a população brasileira a partir da saúde?

Como enfermeira, penso que minha classe enfrenta diariamente desafios para ofertar qualidade no cuidado, bem como acesso das pessoas a estratégias que possibilitem a melhora nas condições de vida e saúde. Dessa forma, o enfermeiro é um agente biopolítico central para a condução dos pacientes e cuidadores pelos pontos de atenção à saúde, mesmo que nem todos os momentos seja sua atribuição realizar esta tarefa.

A enfermagem é a profissão que acompanha o paciente desde o nascimento até a morte – e depois dela. E com isso, conduz as condutas da população em todas as suas esferas de vida. Ainda, através da enfermagem, o SUS e suas estratégias se tornam possíveis, pois o enfermeiro e equipe de enfermagem são os que mais realizam atividades de prevenção e promoção da

saúde – bem como, na maioria das vezes, são estes que capacitam o cuidador para realizar o cuidado ao paciente doente. Assim, participam ativamente das conduções de condutas dos pacientes e cuidadores na rede.

Para tanto, analisar as formas como essas conduções estão acontecendo e quais modificações são necessárias para pensar a saúde na atualidade se torna tarefa importante após a leitura desta Tese.

Por fim, como limitações, penso que o fato de não ter mapeado todos os documentos que compõem a formação do SUS e da RAS, se é que isso é possível, pode ser considerado um fator limitante devido a impossibilidade de fazer outras amarrações sobre o tema, trazendo os detalhes, os discursos e as verdades contadas nos documentos. Por outro lado, tenho clareza que estudos foucaultianos não têm intenção de buscar origens, nem verdades absolutas, mas sim, olhar para certos temas de forma interessada e problematizadora.

REFERÊNCIAS

AASBO, G. *et al.* Negotiating the care-giving role: family members' experience during critical exacerbation of COPD in Norway. **Health and Social Care in the Community**, v. 25, n. 2, p. 612-620, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27103468/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ALHADDAD, B. *et al.* Assistance of family carers for patients with COPD using nebulisers at home: a qualitative study. **European journal of hospital pharmacy**, v. 23, n. 3, P. 156-160, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6451521/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ALMEIDA, E. S.; CASTRO, C. G. J.; LISBOA, C. A. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. Vol 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA, P. F.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, v. 24, suppl. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/RdJtpXWzLn4rX6xtjTbswcm/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

ANDRADE, A. F. S. M. *et al.* Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21536/19001>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

ARIAS-ROJAS, M.; CARREÑO-MORENO, S.; POSADA-LÓPEZ, C. Incerteza dos cuidadores familiares na doença de pacientes sob cuidados paliativos e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27:e3200, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/fFVJh6yGFPvxxghshFV3mNL/?lang=pt>>. Acesso em: 25 out. 2021.

BANGERTER, L. R.; GRIFFIN, J. M.; DUNLAY, S. M. Qualitative Study of Challenges of Caring for a Person with Heart Failure. **Geriatric Nursing**, v. 39, n. 4, p. 443–449, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6076865/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

BARRERA-ORTIZ, L. *et al.* Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 3, p. 446-457, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsap/2011.v13n3/446-457/>>. Acesso em: 25 out. 2021

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em debate**, v. 45, n. 133, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n133/551-570/>>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BELTRAMMI, D. G. M.; REIS, A. A. C. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 94-103, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Sf4xDTQDwyTjcG8shbRGKmc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores em ciências da saúde. **Pacientes domiciliares**. 2021. Disponível em: <<http://decs2016.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 20 out. 2021.

BORSON, S. *et al.* Dementia Services Mini-Screen: a simple method to identify patients and caregivers in need of enhanced dementia care services. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 22, n. 8, p. 746-55, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4018424/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

BRAGA P. P., *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.903-911, 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 set 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Casa Civil. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm |>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009** (Revogada pela PRT GM/MS nº 1.601 de 07.07.2011). Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, 2009b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1020_13_05_2009.htm |>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html |>. Acesso em 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008.** Revogada pela PRT GM/MS nº 1.020 de 13.05.2009. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes locais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2922_02_12_2008_comp.html |>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 481 de 1 de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Ministério da Saúde, Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016.** Ministério da Saúde. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde, Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html |>. Acesso em: 20 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde, Brasília, 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - Cadernos HumanizaSUS**. Vol 1. Brasília, 2010b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006a. Disponível em: <https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº825 de 25 de abril de 2016**. Ministério da Saúde. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Ministério da Saúde, Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html ≥ Acesso em: 20 jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Caderno de Atenção domiciliar**. v.2. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf Acesso em: 06 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. v. 2. Ministério da Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Emenda Constitucional Nº 85, De 26 De Fevereiro De 2015**. Altera e adiciona dispositivos na Constituição Federal para atualizar o tratamento das atividades de ciência, tecnologia e inovação. Ministério da Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc85.htm. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018.** Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Brasília, 2011d. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_19.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2023.

BRITAIN, G. Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services. **Interim report on the future provision of medical and allied services**, 1920. Disponível em: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BROWN, S.; WEISBERG, D. F.; SLEDGE, W. H. Family caregiving for adults with sickle cell disease and extremely high hospital use. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 12, p. 2893-2902, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26078296/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer?. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1707-1714/>>. Acesso em: 04 jan. 2023

CANDIOTTO, C. Subjetividade e verdade no último Foucault.

Trans/Form/Ação, v. 31, n. 1, p. 87-103, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/trans/v31n1/v31n1a05.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2022.

CARPENTIER, N.; GRENIER, A. Successful linkage between formal and informal care systems: the mobilization of outside help by caregivers of persons with Alzheimer's disease. **Qualitative Health Research**, v. 22, n. 10, p. 1330-44, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22785626/>>.

Acesso em: 25 out. 2021.

CARNEIRO, T. S. G.; CARNEIRO, P. S.; CHAVES, P. S. C.; CHAVES, L. D. P.; FERREIRA, J. B. B.; PINTO, I. C. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qXzTQHsmHzrJm9xXwyFx47q/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

CARVALHO, S. R.; ANDRADE, H. S.; OLIVEIRA, C. F. O governo das condutas e os riscos do risco na saúde. **Interface**, v. 23, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/6dzDCfLYpRtqjhGmQzrVy8Q/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

CASTRO, E.A.B., *et al.* Organização da atenção domiciliar com o programa melhor em casa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, n. esp. 2016-0002, p.1-8, 2018.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECHINEL, A. *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Criar Educação**, Criciúma. v.5, n1, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2446/2324>. Acesso: 15 set 2021.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: **PINHEIRO R.; MATTOS R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003. Disponível em: <<https://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CHOI, J. *et al.* Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months' experience. **Am J Crit Care**, v. 20, n. 1, p. 12–23, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052639/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil. **Estabelecimentos por tipo - Brasil**. Brasília, 2021. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>> . Acesso em: 20 set. 2021.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil. **Estabelecimentos por tipo - Brasil**. Brasília, 2023. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>> . Acesso em: 20 fev. 2023.

CONSENSUS. Eugênio Vilaça. **Revista CONSENSUS**. Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/eugenio-vilaca/>> . Acesso em: 10 out. 2021.

CORDEIRO, F.R. **Eu decido meu fim?** a mídia e a produção de sujeitos que governam sua morte. 2013. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

CORDEIRO, F.R. **O retorno ao domicílio em cuidados paliativos:** interface dos cenários brasileiros e francês. 2017. 262 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

COSTA, A. R. A. **A seguridade social no plano beveridge: história e fundamentos que a conformam**. 2019. 162f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social d do Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004. 275 p.

COSTA, X. *et al.* Vivir con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada: el impacto de la disnea en los pacientes y cuidadores. **Atención Primaria**, v. 48, n. 10, p. 665-673, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876048/>> . Acesso em: 25 out. 2021.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília, 2016**. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> . Acesso em: 04 jan. 2023

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2008, 232p.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005, 142p.

DIAS, L. **Modos de constituição de sujeitos cuidadores familiares de pessoa com câncer em cuidado paliativo no domicílio**. 2020. 233f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2020.

DÍAZ, L. C. El vínculo especial de cuidado: construcción de una teoría fundamentada. **Avances en Enfermería**, v. 28, n. 2, p. 123-133, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a11.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2021.

DUARTE, J. P.; HENNING, P. C. Estratégias biopolíticas de gerenciamento da velhice na atualidade: educando através da mídia. **Revista Cocar**, v. 15, n. 33, 2021. Disponível em: <<http://177.70.35.171/index.php/cocar/article/view/4828>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

EERDEN, M. D. H. D. *et al.* How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. **Palliative Medicine**, v. 31, n. 10, p. 946-955, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28659022/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ERIBON, D. **Michel Foucault, 1926-1984**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ESSUE, B. M. *et al.* Informal care and the self-management partnership: implications for Australian health policy and practice. **Australian Health Review**, v. 34, n. 4, p. 414-22, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21108901/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, n. 11, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

FERRÉ-GRAU, C. *et al.* **Guía de cuidados de Enfermería: Cuidar al cuidador em Atención Primaria**. Imprime: Publidisa, 2011.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Reforma Sanitária**. Ministério da Saúde. s.d. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 20 ago. 2023.

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.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: _____. **Arte, espistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011

FOUCAULT, M. **Crise da medicina ou crise da antimedicina**. Verve, v. 18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 23.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007d, p. 46-56.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 23.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007c, 46-56 p.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: _____. **Microfísica do poder**. 23.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007a, 138-163 p.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In: _____. **Microfísica do poder**. 23.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007b, 4-12 p.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Subjetividade e verdade**: curso no Collège de France (1980-1981). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

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.

FREITAS, F. S. A perspectiva biopolítica da medicina social: sus, psf, neoliberalismo e pandemia. **Kínesis**, v. 12, n. 31, p.186-213, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Felipe-Sampaio-De-Freitas/publication/343171803_A_PERSPECTIVA_BIOPOLITICA_DA_MEDICINA_SOCIAL_SUS_PSF_NEOLIBERALISMO_E_PANDEMIA/links/5f4d4a4792851c6cfd140387/A-PERSPECTIVA-BIOPOLITICA-DA-MEDICINA-SOCIAL-SUS-PSF-NEOLIBERALISMO-E-PANDEMIA.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2023.

FREITAS, M. J. R. *et al.* Trajetórias assistenciais de pessoas com doença renal crônica: desafios para a Atenção Básica. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, p. 143-59, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/29344/23474>>. Acesso em: 27 dez. 2023.

FREITAS, Vanessa Santos de. **Velhice “bem-sucedida”? Uma genealogia dos sentidos sobre o envelhecimento na contemporaneidade**. 2022. 141 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

GADELHA, S. Biopolítica: dimensões e interfaces. In: _____. **Biopolítica, governamentalidade e educação: introduções e conexões a partir de Michel Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 81-118.

GALLAGHER, N. Service users' and caregivers' perspectives on continuity of care in out-of-hours primary care. **Qualitative Health Research**, v. 23, n. 3, p. 407-21, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23258113/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

GARCIA, R. P. *et al.* Cotidiano e aprendizados de cuidadores familiares de doentes crônicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 690-696, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18312/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2021.

GARCIA, R. P. *et al.* Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 270-276, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237023812_Setores_de_cuidado_a_saude_e_sua_inter-relacao_na_assistencia_domiciliar_ao_doente_cronico>. Acesso em: 25 out. 2021

GARCÍA, Y.C.; CIRO, C.L.E. La interacción en el ámbito hospitalario según el cuidador familiar de pacientes con enfermedad crónica. Investigación en **Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v.20, n.1, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/La interaccion en el ambito hospitalario segun el .pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/La%20interaccion%20en%20el%20ambito%20hospitalario%20segun%20el%20.pdf). Acesso em: 25 set. 2021.

GAUTUN, H.; WERNER, A.; LURAS, H. Care challenges for informal caregivers of chronically ill lung patients: results from a questionnaire survey. **Scandinavian Journal Public Health**, v. 40, n 1, p. 18-24, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22006166/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

GILL, A. *et al.* Where Do We Go from Here?" Health System Frustrations Expressed by Patients with Multimorbidity, Their Caregivers and Family Physicians. **Healthc Policy**, v. 9, n. 4, p. 73-89, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749886/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

GÖTTEMS, L. B. D.; MOLLO, M. L. R. Neoliberalismo na América Latina: efeitos nas reformas dos sistemas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 74, 2020. Disponível em: <scielo.br/j/rsp/a/MNMtPzPQt3XQS4zy9n5rvKB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 jan. 2023

GONÇALVES, L. O. *et al.* Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. **Revista da SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 107-121, 2015.

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100009> Acesso em: 25 out. 2021.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F. P. A.; SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 129- 143, 2012. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/viewFile/13110/9639>> Acesso em: 25 out. 2021.

JENNINGS, L. A. *et al.* Patient and caregiver goals for dementia care. **Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, v. 26, n.3, p. 685-693, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5382930/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

KAYSER, K. Delivering palliative care to patients and caregivers in inner-city communities: challenges and opportunities. **Palliative & Supportive Care**, v. 12, n. 5, p. 369-78, 2014. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24153017/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

KRUSE, M.H.L. **Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras**. 2003. 158 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

KRUSE, M.H.L. *et al.* Estudos culturais: possibilidades para pensar de outro modo a pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, (n. esp. 2017-0135), p.1-5, 2018. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/655XBJzhJPKtHb5wstwK9DL/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

KRIPKA, R.M.L.; SCHELLER, M., BONOTTO, D.L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa.

Investigação qualitativa em educação. v.2, p.243-247. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>. Acesso em: 15 set 2021.

KULUSKI, K. *et al.* A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. **BMC Family Practice**, v. 8, n. 14:133, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24010523/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

LAUER, P. C. O apoio como estratégia para o fortalecimento do SUS. **Revista de Psicologia UNESP**, v. 17, n. 2, p. 29-50, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2023.

LIM, Y. W. Family Medicine Clinic: a case study of a hospital-family medicine practice redesign to improve chronic disease care in the community in Singapore. **Family Practice**, v. 18;35, n. 5, p. 612-618, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29471480/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

LIMA-JUNIOR, E.B. et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v.20, n.44, p.36-51, 2021.

LIMA, L. D. et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 2, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TvGVnJZWqxzLfkZYVKLnPgS/?lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023

LOPES, A. M. P. Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 3, p. 283-291, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/JMK7KqbbXT48fKmfhBvX4Df/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Vp4G9JR7JkP7K5N8SCRh3qr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 27 dez. 2022.

MASCHIO, G. et al. Relações familiares vivenciadas no percurso da doença crônica: o olhar do cuidador familiar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 2, p. 470-474, 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/biblio-969966>>. Acesso em: 25 out. 2021

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. **Texto & Contexto**. Florianópolis, 2019, v. 28, e20170204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>>. Acesso em: 10 out. 2023.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários da Saúde, CONASS, Brasília, 2015.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.31, n.2, p.1-3, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839/pdf> Acesso em: 20 out. 2021.

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 58-70, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

MERCEDES, M. M.; BENJUMEA, C. C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. [The experience of women care caregivers with chronic conditions of dependent relatives]. **Atención primaria**, v. 48, n. 2, p. 77-84, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26002750/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

MILLER, P.; ROSE, N. **Poder político além do estado**: Problemáticas de governo. In: Governando o presente. Gerenciamento da vida econômica, social e pessoal. São Paulo: Editora Paulus, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MORAES, A. G. C.; MORAES, J. G.; IDE, L. K.; JESUS, C. S.; MIRANDA, M. G.; LOPES, A. G. Reflexo do neoliberalismo frente ao impacto no Sistema Único de Saúde: e a população?. **Research, Society and Development**, v. 11, n.9, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31567/26956>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

NOTO, C. A exterioridade do discurso em Foucault: da vontade de potência ao dispositivo. **Ipseitas**, v. 6, n. 1, p. 71-83, 2020. Disponível em: <http://www.revistaipseitas.ufscar.br/index.php/ipseitas/article/view/369/pdf_179>. Acesso em: 04 jan. 2023.

NUNES, M. R.; VIDAL, S.V. Os diversos aspectos da integralidade em saúde. **Revista de medicina de família e saúde mental**, v.1, n.1, p.201-209, 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1595/630>. Acesso em: 05 jan. 2023.

O'DWYER, G. *et al.* O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saude Publica**, v. 51, n. 125, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/nrR5TQcbpxkBZtdKvZPvcvr/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023

OLIVEIRA, S.G. **Melhor em casa?** Um estudo sobre a atenção domiciliar. 2014. 157 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

OLIVEIRA, S.G. *et al.* Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica? **Revista de atenção à saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.54, p.108-116, 2017. Disponível em:

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4719/pdf

Acesso em: 20 ago. 2021.

OIVEIRA, T.R.M.; PARAÍSO, M.A. Mapas, dança, desenhos: a cartografia como método de pesquisa em educação. **Proposições**, v.23, n.3, p. 159-178. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/pp/a/6YjGVFn6qZpqdGcPVtWFbWn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 out. 2021.

OLIVEIRA, I. L. V. A. C.; BATISTA, R. S. Estratégia Saúde da Família e o imperativo da vida saudável: capturas biopolíticas e sociedades de controle – ou sobre a crítica de Foucault e Deleuze. **TRÁGICA: Estudos de Filosofia da Imanência**, v. 11, n. 2, 2018. Disponível em:

<<https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/27213>>. Acesso em: 04 jan. 2023

OLIVEIRA, W. T. *et al.* Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 129-137, 2012. Disponível em:

<<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18869/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2021

OLIVEIRA, P.; ZEJNILOVIC, L.; CANHÃO, H. *et al.* Innovation by patients with rare diseases and chronic needs. **Orphanet Journal of Rare Diseases**, v. 10, n. 41, 2015. Disponível em:

<<https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13023-015-0257-2>>. Acesso em: 25 out. 2021.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, 2006. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reben/a/bSJyhTsK5Z3vzpjNs3DQsXq/?lang=pt>>.

Acesso em: 04 jan. 2023.

OLIVEIRA, S. G.; KRUSE, M. H. L.; CICOLELLA, D. A.; VELLEDA, K. L. Visita domiciliar no Sistema Único de Saúde: estratégia da biopolítica. **Revista Uruguaya de Enfermería**, v. 13, n. 1, p. 9-21, 2018. Disponível em:

<<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/28704/1/RUE2018v13n1Oliveira.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

OLIVEIRA, S. G. *et al.* Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica?. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 54, 2017. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4719>. Acesso em: 04 jan. 2023.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de saúde:** Elementos conceituais e práticos. Washington, DC, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49057/9789275720059_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 04 jan. 2023.

ORDÓÑEZ, M. M. R. *et al.* Línea de atención para el cuidador principal de pacientes oncológicos con soporte social. **Revista Ciencia y Cuidado**, v. 9, n. 1, p. 34-42, 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986737>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ORTIZ, L. B.; VILLA, A. M. C.; ARELLANO, S. J. M. Las tecnologías de la información y la comunicación en el soporte social dirigido a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. **Revista ciencia y cuidado**, v. 12, n. 1, p. 53-63, 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/322/336>>. Acesso em: 25 out. 2021.

PADOVANI, C. *et al.* Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2784-2791, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/z6H4H5t7cVDtMdN9b8fXq6L/?lang=en>>. Acesso em: 25 out. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 jan. 2023.

PAULA, A.C. *et al.* Enfermagem sob a ótica de cuidadores principais de indivíduos com doença crônica no ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem [da] UERJ**, v.25, n. esp. 15493, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15493/22344>. Acesso em: 25 set 2021.

PEDRAZA, H.M.P. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v.8, n.1, p.1407-1422, 2017.

PERBONI, J.S. **Modos de subjetivação dos profissionais de saúde para o cuidado frente à morte e morrer na atenção domiciliar**. 2018. 281f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2018.

PERBONI, J. S.; OLIVEIRA, S. G.; TRISTÃO, F. S. “Ô de casa!”: Uma análise foucaultiana da atenção domiciliar. **Revista Contexto & Saúde**, v. 22, n. 45, 2022. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/10853>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

PENROD, J. *et al.* The Influence of the Culture of Care on Informal Caregivers' Experiences. **ANS Adv Nurs Sci**, v. 35, n. 1, p. 64–76. 29, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3756495/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

PHILIP, J. Facilitating change and adaptation: the experiences of current and bereaved carers of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 4, p. 421-7, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24502658/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/V8ZpfSKZvTKJ6sSnDYW6p5y/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 out. 2021.

PRADO-FILHO, K.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do sul, n.8, p.45-59, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2021.

PROCÓPIO, L.C.R.; SEIXAS, L.T.; AVELLAR, R.S.; SILVA, K.L.; SANTOS, M.L.M. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yz6YQWK9z67wqgrssVY7LBk/?lang=pt#>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

QIU, X.; SIT, J. W. H.; KOO, F. K. The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n.1-2, p. 309-319, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28677123/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

ROMERO-GUEVARA, S. L.; CORREA, B. L.; CAMARGO-FIGUEIRA, F. A. Soporte social percibido en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. **Universidad y Salud**, v.19, n.1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072017000100085>. Acesso em: 25 out. 2021.

ROSE, N. Beyond Medicalisation. **The Lancet**, v. 369, i. 9562, p. 700-702, 2007. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60319-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60319-5/fulltext)>. Acesso em: 05 jan. 2023.

ROTHING, M.; MALTERUD, K.; FRICH, J. C. Family caregivers' views on coordination of care in Huntington's disease: a qualitative study. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 4, p. 803-9, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25920040/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

SAKAKIBARA, K.; KABAYAMA, M.; ITO, M. Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. **BMC Research Notes**, v. 8, n. 827, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693422/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

SCHENKER, M.; COSTA, D. H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

SCHUNK, M.; SCHULZE, F.; BAUSEWEIN, C. What Constitutes Good Health Care for Patients with Breathlessness? Perspectives of Patients, Caregivers, and Health Care Professionals. **Journal of Palliative Medicine**, v. 22, n. 6, p. 656-662, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30589622/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

SEIDLEIN, A.; BUCHHOLZ, I.; BUCHHOLZ, M.; SALLOCH, S. Relationships and burden: An empirical-ethical investigation of lived experience in home nursing arrangements. **Bioethics**, v. 33, n. 4, p. 448– 456, 2019. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bioe.12586>>. Acesso em: 24 out. 2021.

SILVA, G.F.; MACHADO-JÚNIOR, S.S. A construção do sujeito em Michel Foucault. **Entreletras**, Araguaína. v.7, n.1, p.200-210, 2016. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/entreletras/article/download/1488/pdf/>. Acesso em 20 set. 2021.

SILVA, D. V.; POCAHY, F. A. Políticas públicas de saúde para pessoas idosas: tramas biopolíticas entre gênero e envelhecimento. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**, v. 26, n. 1, p. 313-336, 2021. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/104916/65135>>. Acesso em: 25 dez. 2022

SILVA, Y. C.; SILVA, K. L.; VELLOSO, I. S. C. Práticas utilizadas pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar: implicações sobre os cuidadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/bGwnQB7PVTbWVj5KvqBxyL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

SILVA, K. L. **Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos**. 2010. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, K. L. *et al.* Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.22, n.4, p.1-9, 2017. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49660/pdf> Acesso em: 25 set 2021.

SILVA, L. S.; MENEZES, C.; NASCIMENTO, L. C.; NITSCKE, R. G.; DUARTE, D. C.; VIEGAS, S. M. F. Demanda espontânea e acesso no Sistema Único de Saúde: vivências de usuários da atenção primária. **Avances Enfermeria**, v. 39, n. 1, p. 30-39, 2021. Disponível em:
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v39n1/0121-4500-aven-39-01-30.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2023.

SILVA, D. P. *et al.* Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. **Revista Saúde E Desenvolvimento**, v. 14 n. 17, 2020. Disponível em:
<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1066>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

SILVERMAN, M. Observing women caregivers' everyday experiences: new ways of understanding and intervening. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 58, n. 2, p. 206-222, 2015. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24999610/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

SIA-SUS. Sistema de informações ambulatoriais do sistema único de saúde. **Produção Ambulatorial do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def> Acesso em: 10 mai. 2023.

SLADEK, R. M. Health, economic, psychological and social impact of educating carers of patients with advanced pulmonary disease (protocol). **Contemporary Clinical Trials**, v. 32, n. 5, p. 717-23, 2011. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21616171/> >. Acesso em: 25 out. 2021.

SOUSA, A. N. A.; SHIMIZU, H. E. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2981-2995, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/csc/2021.v26n8/2981-2995/pt>>. Acesso em: 04 jan. 2023.

TESTON, E. F. *et al.* A vivência de doentes crônicos e familiares frente à necessidade de cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 131-138, 2013. Disponível em:
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21721/pdf>>. Acesso em: 25 out. 2021

TORRES, I. E. F.; PIETRO, A. M.; MESSA, E. R. Soporte social con Tecnologías de la Información y la Comunicación a cuidadores. Una experiencia en Cartagena, Colombia. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 55-65, 2012. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/8735/10511>>. Acesso em: 25 out. 2021.

TOMS, G. R. *et al.* Help Yourself: Perspectives on Self-Management From People With Dementia and Their Caregivers. **Qualitative Health Research**, v. 25, n.1, p. 87–98, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25192761/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

UGUR, O. *et al.* Responsibilities and difficulties of caregivers of cancer patients in home care. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 15, n. 2, p. 725-9, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24568486/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

URGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Deleuze**. Corpo, Arte e Clínica. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/corpoarteclinica/?page_id=62> Acesso em: 10 out. 2021.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a educação**. 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

VEIGA-NETO, A. FISHER, R.M.B. Foucault, um diálogo. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 29, n.1, p.7-24, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/231021/000467943.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jul. 2023.

XAVIER, G. T. O.; NASCIMENTO, V. B.; JUNIOR, N. C. Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/XNVpTMx4nsXYKgjfdwG8jv/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 25 out. 2021.

WALKER, R. C. *et al.* The economic considerations of patients and caregivers in choice of dialysis modality. **Hemodialysis international**, v. 20, n. 4, p. 634-642, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5324572/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

WELCH, J. L. Needs, concerns, strategies, and advice of daily home hemodialysis caregivers. **Clinical Nursing Research**. v. 23, n. 6, p. 644-63. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23876991/>>. Acesso em: 25 out. 2021.

Apêndices

Apêndice A – Quadro com os documentos selecionados

Documento	Definição	Ano	Link para acesso
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.	2016	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013	Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema único de saúde (sus).	2013	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html
Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a	2011	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

	organização da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).		
Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011	Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (sus).	2011	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.	Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a	2011	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

	organização do sistema único de saúde - sus, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.		
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (sus).	2010	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
Humaniza sus (4ª edição)	Documento base para gestores e trabalhadores do sus	2010	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf

Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008	Institui a Política Nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	2008	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006	Regulamenta o § 5º do art. 198 da constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	2006	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
Portaria nº 399, de 22	Divulga o pacto pela saúde 2006 –	2006	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

de fevereiro de 2006	consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.		
Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006	Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.	2006	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização	2004	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html

	das centrais samu- 192.		
Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003	Dispõe sobre o estatuto da pessoa idosa e dá outras providências. (red ação dada pela lei nº 14.423, de 2022)	2003	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm#:~:text=lei%20no%2010.741%2c%20de%201%2c%20ba%20de%20outubr,o%20de%202003.&text=disp%2c%20sobre%20o%20estatut,o%20do%20idoso%20e%20d%2c%20a%20outras%20provid%2c%20aancias.&text=art.,a%2060%20(sessenta)%20anos.&text=art.,-2o%20o
Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002	Art. 1º aprovar, na forma do anexo desta Portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. (incluindo demais artigos).	2002	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
Lei nº 10.424,	Acrescenta capítulo	2002	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm

de 15 de abril de 2002.	e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no sistema único de saúde.		
---------------------------------------	---	--	--

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	1990	https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=lei%20n%C2%BA%208.080%2C%20de%2019%20de%20setembro%20de%201990.&text=disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A7%C3%A7%C3%B5es
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Constituição da República Federativa do Brasil	1988	Http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

