



ARTIGO ORIGINAL

RELAÇÕES DE PODER NA ATENÇÃO DOMICILIAR: TENSÕES E CONTRADIÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES
POWER RELATIONSHIPS IN HOME CARE: TENSIONS AND CONTRADICTIONS BETWEEN PROFESSIONALS, USERS AND CAREGIVERS
RELACIONES DE PODER EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: TENSIONES Y CONTRADICIONES ENTRE PROFESIONALES, USUARIOS Y CUIDADORES

Yara Cardoso Silva¹, Kênia Lara Silva², Maria José Menezes Brito³

RESUMO

Objetivo: analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas da Atenção Domiciliar. **Método:** estudo qualitativo, analítico, apoiado no referencial de poder foucaultiano, com dados obtidos por meio de 109 visitas às equipes de atenção domiciliar. Realizaram-se observações sobre a produção do cuidado; também, foram feitas entrevistas com cinco pacientes/cuidadores e dez profissionais. Os dados foram analisados na perspectiva da Análise de Discurso. **Resultados** indicam que as relações que atravessam a produção do cuidado no domicílio se caracterizam por envolvimento, empatia, vínculos e acolhimentos, mas, também, revelam a disciplinarização, o controle e a normatização que afetam o cuidado na atenção domiciliar. **Conclusão:** há momentos de produção e interdição do cuidado que compõem, simultaneamente, dois planos dos efeitos das relações de poder na atenção domiciliar. **Descritores:** Assistência Domiciliar; Serviços de Assistência Domiciliar; Poder (Psicologia).

ABSTRACT

Objective: to analyze the relations of power that are established in the practices of Home Care. **Method:** qualitative, analytical study, based on Foucauldian power referral, with data obtained through 109 visits to home care teams. Observations on the production of care were made; interviews were also conducted with Five patients / caregivers and ten professionals. The data was analyzed from the perspective of Discourse Analysis. Results indicate that the relationships that cross the production of care at home are characterized by involvement, empathy, bonds and welcoming, but also reveal the disciplinarization, control and standardization that affect care in the home. **Conclusion:** there are moments of production and interdiction of care that simultaneously compose two plans of the effects of power relations in home care. **Descriptors:** Home Care Services; Power (Psychology); Social Control; Informal.

RESUMEN

Objetivo: analizar las relaciones de poder que se establecen en las prácticas de la Atención Domiciliaria. **Método:** estudio cualitativo, analítico, apoyado en el referencial de poder foucaultiano, con datos obtenidos por medio de 109 visitas a los equipos de atención domiciliaria. Realiz observaciones sobre la producción del cuidado; también, se realizaron entrevistas con cinco pacientes / cuidadores y diez profesionales. Los datos fueron analizados en la perspectiva del Análisis de Discurso. **Resultados:** indican que las relaciones que atraviesan la producción del cuidado en el domicilio se caracterizan por involucración, empatía, vínculos y acogidas, pero, también, revelan la disciplinarización, el control y la normatización que afectan el cuidado en la atención domiciliaria. **Conclusión:** hay momentos de producción e interdicción del cuidado que componen simultáneamente dos planes de los efectos de las relaciones de poder en la atención domiciliaria. **Descriptor:** Servicios de Atención Domiciliaria; Poder (Psicología); Controles Informales de la Sociedad.

¹Mestre, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG.Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: varacarodososilva@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1919-9729>; ²Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG.Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: kenialara17@gmail.com. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-3924-2122>; ³Doutora, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG.Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: mj.brito@globo.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-9183-1982>

INTRODUÇÃO

Neste estudo, busca-se discutir algumas questões referentes às relações de poder no campo da Atenção Domiciliar. Essa proposta é um desafio não só por ultrapassar o objeto clássico das pesquisas em saúde e organizações hegemônicas, mas por contemplar o cuidador intrinsecamente envolvido na relação do cuidado. A opção por enveredar por essa via tem a ver com a atual realidade do sistema de saúde associada com circunstância epidemiológica e demográfica pela qual o Brasil atravessa.

Em 25 anos de existência, são consideráveis os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) com impactos positivos na saúde da população. Contudo, há um longo caminho a ser percorrido para a consolidação do Sistema por meio da superação dicotômica entre o prescrito e o realizado no atendimento à população.¹

Um dos desafios encontra-se relacionado à mudança epidemiológica, decorrente da tripla carga de doenças infectoparasitárias, doenças crônicas e causas externas, além das variações nas questões demográficas decorrentes do rápido envelhecimento populacional. Esse cenário interfere no tipo de morte e morbidade e demanda a identificação de novas formas de organização da oferta dos serviços.²⁻³

Para ofertar uma prática de cuidado integral, humanizada, contínua e condizente com o perfil demográfico e epidemiológico da população discutem-se diferentes estratégias de cuidado. Dentre essas, existem as ações de Atenção Domiciliar (AD), como uma modalidade de serviço assistencial que contribui para atender às demandas emergenciais do sistema, tendo como foco a produção do cuidado ativo e humanizado.⁴

Atualmente, a oferta pública de serviços de AD é normatizada pelo Governo Federal por meio do programa Melhor em Casa. No Programa, define-se AD como modalidade de atenção que visa à assistência multiprofissional com uma equipe de apoio aos cuidados no domicílio. O Programa compõe a Rede de Atenção à Saúde e deve estar integrado aos demais serviços mediante o estabelecimento de fluxos assistenciais, protocolos clínicos e de acesso e mecanismos de regulação, em uma relação solidária e complementar.⁵

A AD é uma alternativa à intervenção hospitalar de forma a reduzir a demanda ou o período de internação no hospital, complicações decorrentes de longas

internações hospitalares e os custos da atenção hospitalar.^{6,7}

A reordenação das práticas de cuidado em saúde, proposta para a AD, se dá mediante a consciência da intervenção, o fortalecimento de estratégias, os mecanismos e as práticas inovadoras operando como facilitadores no enfrentamento da situação de adoecimento. Há que se ressaltar a relevância da escuta atenta das situações vivenciadas pelo usuário constituindo o envolvimento entre os participantes implicados no processo.^{8,9}

Vale ressaltar que a realidade da relação médico-paciente, estabelecida no contexto das instituições hegemônicas, é forte e historicamente determinada. Acredita-se que a incorporação do SAD, de forma estratégica, possibilita uma relação profissional-paciente mais equânime de forma a contribuir para um maior fortalecimento da relação, pois a estratégia do programa, juntamente com a mudança do meio de atendimento, faz com que exista um atendimento mais próximo ao conjunto do grupo familiar e, conseqüentemente, o fortalecimento da confiança, da identificação e do vínculo diante dos encontros entre os agentes envolvidos na relação.

Os avanços na produção do cuidado em saúde ainda se evidenciam na visão reducionista da prática de atenção à saúde, o que indica a importância de avançar em modelos de cuidado que ultrapassem os aspectos biológicos e prescritivos da doença.¹⁰ Nessa lógica, deve-se buscar a ruptura da histórica concepção estabelecida sobre a atenção à saúde como práticas impositivas, prescritivas ou até mesmo coercitivas e punitivas. Para a compreensão dessa lógica impregnada nas práticas de saúde, utilizou-se, neste estudo, o referencial de Foucault.

O poder apresenta-se como uma relação de forças que está em todas as partes: na rua, na família, nas relações afetivas e nas microrrelações sociais presentes no cotidiano.¹¹ O poder se revela nas estratégias que perpassam o cotidiano das pessoas presentes em todos os lugares e detendo a faculdade de produzir saber pela inquietação. As relações de poder possuem um desenvolvimento e uma inventividade que lhes são próprias.¹²

O poder não deve ser concebido como uma propriedade, mas como uma estratégia, e seus efeitos de dominação não devem ser atribuídos a uma “apropriação”, mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas e a funcionamentos.^{11: 29}

O poder constitui um ponto central, representado por um feixe aberto, mais ou menos coordenado de relações. As relações de poder não atuam sobre os outros, mas sobre suas ações.¹² Essas ações refletem em um conjunto de estratégias que impede as atuações dos outros.

Consideram-se estratégias a trajetória ou a escolha dos meios empregados para se alcançar um fim. Numa relação estratégica, o jogador se move de acordo com o que pensa acerca de como atuarão os demais e, também, designa o conjunto de procedimentos para privar o inimigo de seus meios de combate: uma forma de privá-lo da luta e obter a vitória.¹³

Nas relações de poder, devem ser consideradas, também, as táticas, ou seja, os subterfúgios, interstícios, fugas, sendo constituídas historicamente, estabelecidas no interior das práticas sociais e exercidas em diferentes formatações. Diante disso, podem ser cristalizadas, negadas e/ou incorporadas pelas estratégias.¹¹

No caso específico da AD, entende-se que sua conformação sistematizada é relativamente recente e tem como proposta a produção do cuidado de forma integral, humanizada, ofertada no próprio domicílio e no convívio na realidade e cultura dos usuários, mesmo que envolva por relações de poder.

OBJETIVO

- Analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas da Atenção Domiciliar.

MÉTODO

Estudo qualitativo, analítico, apoiado no referencial de poder foucaultiano. Foi campo de estudo um município no Estado de Minas Gerais que aderiu ao Programa Melhor em Casa e, dessa forma, recebe incentivos para o seu funcionamento.¹⁴ A vivência no campo foi realizada acompanhando-se o trabalho de duas das quatro equipes de Atenção Domiciliar credenciadas nos municípios.

Para a obtenção dos dados, realizou-se a observação direta, participativa e periférica como estratégia central. Esta observação é flexível permitindo a presença do pesquisador em alguns momentos do cotidiano das atividades analisadas.¹⁵

Utilizou-se um roteiro livre, para captar as cenas vivenciadas nos cenários de investigação no contexto da AD, voltando o olhar para o objeto de investigação.¹⁶ As observações ocorreram durante as atividades realizadas no

cotidiano de trabalho dos profissionais da equipe do SAD.

O processo de observação foi direcionado para os acontecimentos das cenas do cotidiano durante a produção do cuidado entre a equipe de Atenção Domiciliar e família/cuidadores e paciente. Os acontecimentos são as irrupções de uma singularidade única e aguda, no lugar e no momento da sua produção, nos níveis da verbalização, comportamento e estruturas. Os acontecimentos constroem a interrogação sobre os indivíduos.¹⁷

A observação foi registrada no diário de campo, o que possibilitou reproduzir os momentos vivenciados, de forma fidedigna, por meio dos trechos das conversas ou da interpretação das cenas experienciadas. O Diário de Campo da pesquisa foi composto por 235 páginas de texto em Word, com formatação padrão A4, espaço simples, fonte Times e corpo tamanho 12. Nele, estão registradas aproximadamente 95 horas de observação referentes a 109 visitas ocorridas no período de 10 de fevereiro a 1º de junho de 2015. Desse processo, participaram 46 usuários ou possíveis pacientes. Essas pessoas foram acompanhadas em visitas assistenciais de pós-óbito, de alta, de readmissões ou captação e exclusão. Foram realizadas entre uma a oito visitas ao mesmo usuário.

De forma complementar, ocorreram entrevistas orientadas por um roteiro aberto e não estruturado. Os critérios de inclusão utilizados para as entrevistas com os profissionais foram o maior número de visitas durante os momentos observacionais e, dentre estes, a seleção de, pelo menos, um profissional de cada categoria vinculada ao SAD. Do total de 23 profissionais do SAD, foram entrevistados dez profissionais (dois médicos, três enfermeiros, um assistente social e quatro técnicos de Enfermagem). Adotou-se, como critério para a escolha dos usuários/cuidadores, o acompanhamento dos mesmos, desde a admissão, totalizando cinco pacientes.

As entrevistas, que tiveram uma duração média de seis minutos e total de 83 minutos, foram gravadas e transcritas na íntegra de forma a possibilitar a captação formal do discurso narrado sobre o tema.

Cuidou-se para não revelar a identidade dos participantes e das equipes incluídas no estudo. Para tanto, os usuários foram identificados com o código A1 a A24 referente a uma equipe e B1 a B22 referente à outra equipe. Para os cuidadores, foi acrescentada a letra C tendo, assim, como codificação, CA1 a CA24 e CB1 a CB22. Na mesma lógica, os

profissionais estão identificados no texto com o código PA1 a PA10 quando se referem a uma equipe e PB1 a PB11 referente à outra equipe.

A análise dos dados foi sustentada pelo referencial de Análise de Discurso com Michel Foucault como base conceitual.

Foucault tem uma importante contribuição para as reconfigurações da pesquisa sobre o discurso. O autor estabelece pistas, mas não desenvolve uma metodologia, um passo a passo metódico para a análise do discurso. Ele trata o discurso em uma perspectiva histórico-social que envolve o sujeito e o discurso.¹²

Nesse sentido, a análise considerou, no primeiro momento, a realização da organização dos dados que consistiu nos registros no diário de campo das observações e da transcrição das entrevistas realizadas. As entrevistas foram transcritas evidenciando as pausas, os silêncios, a entonação, a ênfase, as falas incompreensíveis tendo, como base, a convenção estabelecida.¹⁸

Dessa forma, cada pessoa envolvida nas cenas de cuidado produz ações e reações distintas gerando acontecimentos que podem aparecer a qualquer momento e de qualquer parte. Diante disso, para a apresentação dos dados, optou-se, neste estudo, por apresentar os acontecimentos, resultados das observações, com o entrecruzamento das entrevistas. Para tal, foram destacadas as situações que evidenciaram um momento ápice do cuidado assistencial, ou seja, cenas que apontam para os acontecimentos captados no trabalho de campo. Estas cenas foram reveladoras das relações de poder que, por vezes, direcionaram para a construção ou tensão da produção do cuidado, conforme as estratégias e táticas de poder apresentadas pelos profissionais, cuidadores e usuário.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFMG, segundo o número do parecer: 938.240 e CAAE: 07698212.7.0000.5149. Foram respeitados os preceitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados 14 casos de pacientes em AD. A análise dos casos apresenta, quase em sua totalidade, a presença de cuidadores informais, de vínculo parental, do sexo feminino e relação afetiva. Os pacientes são vítimas de acidentes de carro ou por arma de fogo, idosos com doenças crônicas, acidente vascular cerebral, câncer e diabetes.

Nas cenas e situações analisadas, os discursos e as relações estabelecidas entre os personagens da cena - equipe, cuidador e usuário - determinam a direção e o transitar das ações para a produção ou a interdição do cuidado.

De forma geral, os achados apontam que a norma foi utilizada como principal estratégia para manter o poder e o assujeitamento da família, cuidador e usuário. Os profissionais também fizeram uso da disciplina, por meio do monitoramento e vigilância, como forma de controle das ordens determinadas. Para aqueles que tentaram burlar essa normalização e os comandos disciplinares tentava-se, por vezes, o reenquadramento aos comandos e/ou a penalização pelo desvio das regras estabelecidas. Entremeadas entre a disciplina e a norma existem as resistências por meio das quais a família/cuidador e usuário fizeram uso de táticas, com rotas de fuga e subterfúgios, para manter o poder, ou seja, continuar com o atendimento pela equipe de AD da sua forma, mesmo quando havia condições para a suspensão do cuidado.

Em todas as visitas admissionais, os profissionais explicam sobre o programa reforçando as normas e obrigações do cuidador e essa é uma estratégia de disciplinamento. Nesse momento, também verificam e indagam sobre a história de saúde dos pacientes e orientam quanto à melhor forma de cuidar do usuário.

Quando retornam, nas visitas subsequentes, a condição do cuidado é averiguada tomando-se, como objetos de exame, a limpeza do ambiente e do paciente, as anotações quanto à dieta, meditação, etc. A cena a seguir retrata essa compreensão.

Os técnicos avaliam as feridas.

- CA16: *O óleo indicado não está fazendo efeito, está ficando pior, por isso, estou passando outra pomada e está melhorando, parece que secou mais. A ferida fica abrindo e fechando.*

- PA3 *pede para ver a pomada e, quando olha, ela diz: “Esta pomada não é indicada, mas vou informar à enfermeira para ela avaliar a paciente na próxima visita”.*

Os técnicos viram a paciente para analisar a outra ferida lateral da nádega e verificam que ela está pior.

- PA4: *Vocês não estão virando a paciente?*

- CA16: *Viramos de duas em duas horas.*

- PA4: *Vocês estão deixando a paciente mais de um lado. Um lado está bem pior que o outro lado.*

A cuidadora (CA16) pega e mostra o plástico que comprou para colocar na paciente.

- PA4: *Este plástico é autoadesivo. Onde você comprou?*

- CA16: Na papelaria.

- PA4: Não é este o plástico que usamos. Utilizamos um plástico específico para tentar evitar o aparecimento de úlceras de pressão.

- CA16: Foi a minha irmã quem comprou... a doutora [tom irônico]. [...]

- PA3: Este é o que usamos. (Retira o nome do adesivo cirúrgico e entrega para a cuidadora) Você pode ir a uma loja específica de produtos para paciente e dizer que você quer um adesivo cirúrgico.

A cuidadora pega e agradece. (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p.101)

Na cena ilustrada, verifica-se a cobrança da equipe pelo cumprimento das ações determinadas. Opera-se um agir sustentado no poder disciplinar que faz uso da composição de técnicas minuciosas de obediência aos comandos, o controle sobre as ações do cuidado, por meio do mando dos horários para a mudança de decúbito.

Com essa compreensão, é possível a análise de que existe uma cuidadosa agência do poder que atua sobre os corpos na AD, com constante registro no quadro da paciente, para a devida regulação e controle. Por sua vez, a cuidadora exprime uma certa exterioridade ao saber-poder dos profissionais ao expressar que não identifica a melhora do quadro da paciente. Do seu modo, a cuidadora traceja a tática de rota de fuga da normalização com a aquisição de produtos e medicamentos não indicados ou orientados pela equipe.

Isto revela os modos de resistências da cuidadora que surgem no embate entre o que está normalizado pela equipe e o que, de fato, ela identifica como necessário. A cuidadora, para isso, apresenta dispositivos para além da oposição direta do campo de forças e verifica o uso de meios singulares para atingir o que se almeja aos comandos normativos da equipe.

Em uma entrevista, um profissional reconhece a presença dessas táticas de rota de fuga e subterfúgio e descreve que os profissionais utilizam do controle, dos comandos de disciplinas, para modelar os comportamentos dos pacientes e cuidadores acompanhados pelo Programa.

[...] é, com os pacientes, [...] A gente tem uma convivência boa. Alguns, um pouco mais rebeldes, buscam meios para escapar, mas são todos contornáveis, eu acho. (Entrevista PA1)

Assim, reconhece os jogos de poder que confirmam as resistências no processo de cuidar. Na relação cuidador-profissional, há o uso de estratégia para o enfrentamento das

barreiras, com cumplicidade e diálogo, pela porosidade dos trabalhadores para lidar com a vulnerabilidade social que coloca o cuidador com dificuldades para assumir todos os cuidados, mas, ainda, os faz como pode.

Em outra cena, evidenciam-se as estratégias de controle que resultaram em efeitos distintos. Essa cena apresenta um momento de piora da usuária no qual profissionais e cuidadora tentam buscar a melhor alternativa para o cuidado. É possível captar o uso de uma estratégia humanizada e o “burlar” das normas para se fazer presente no cuidado.

Devido à situação da paciente, a equipe decide entrar em contato com a família para pedir que ela encaminhe a paciente para a unidade sede da equipe. As técnicas cancelam as visitas agendadas para o dia para poder acompanhar o caso da paciente.

Ao chegar à UPA, a paciente estava cianótica e entrando em parada cardíaca.

- CA23: COMO A MINHA MÃE ESTÁ? Não deixa ela morrer antes da dentadura dela chegar, pois era um desejo da mãe. [...]

PA6 entra e verifica que a paciente havia falecido, mas diz para a cuidadora: “Pode buscar, acho que dá tempo”. (Nota Observacional, 3ª visita, A23, 07-03-2015, p.84)

Foi de extrema importância para mim. A equipe me deu amparo num momento tão difícil, atendendo à minha mãe, independente da hora ou do dia. [...] Eu recomendo o programa; [...] Eles me prestaram apoio psicológico nesse momento tão difícil. Não posso ficar falando muito que fico emocionada. É isso. (Entrevistada CA23, cuidadora)

Os profissionais apresentam seu discurso para além da cientificidade do cuidar, rompendo com as regras e estabelecendo a verdadeira produção do cuidado, com a atuação que visa a atender o usuário nas suas necessidades subjetivas. De forma prudente, utilizam o conhecimento para estabelecer a produção do cuidado por meio de ações que contribuíram para a paciente e cuidadora. A relação de poder é inerente às relações humanas, mas elas podem ser mais produtoras de saber e, nesse caso, da produção do cuidado. A equipe precisou se desvincular das estratégias de poder que padronizam as condutas e construir a singularidade do cuidado.

Como consequência, percebe-se a satisfação, por parte da cuidadora e de sua família, no que se refere ao atendimento ofertado. Este contentamento refere-se ao sanar das dúvidas sobre o cuidado com a

SilvaYC, Silva KL, Brito MJM.

Relações de poder na atenção domiciliar...

paciente e ao amparo no momento de intensos sentimentos.

Pode-se afirmar que, na transitoriedade das relações, a cuidadora confia na equipe quando esta é capaz de se desvincular das regras da grade estabelecida pela rede de urgência e, de fato, se entregar ao exigido na ruptura do acontecimento. Ali está a produção do cuidado singular.

A singularidade do cuidado exige estratégia. Os profissionais reconhecem a importância da comunicação e do saber lidar com as diferenças.

[...] temos uma boa comunicação. [...] temos que saber lidar com as dificuldades do paciente, da família. Quando existe esta coesão, nós conseguimos ajudar a família a crescer. [...] nós ensinamos, mas, também, aprendemos com a família, eles têm muitas coisas para ensinar. Tenho, como foco, o paciente, temos que atuar para a melhora dele. (Entrevistada PB3)

A cena descrita a seguir aponta para a utilização de estratégias que visaram à continuidade das práticas em saúde. Num contexto de dificuldade do usuário e cuidador para seguir a prescrição nos horários indicados, foram confeccionadas caixas para a separação dos medicamentos, segundo o tipo e horários, numa forma de orientar a cuidadora.

Os profissionais elaboraram três caixas com identificações simbólicas: um sol para os remédios que devem ser ingeridos na parte da manhã; o desenho do fogão para os remédios que deveriam ser tomados na parte da tarde, após o almoço, e uma lua com estrelas indicando os remédios que deveriam ser tomados antes de dormir. Essa estratégia foi pensada em conjunto para poder seguir os horários estipulados pelo médico.

A técnica que realiza a assistência pergunta a que horas eles acordam, almoçam e vão dormir.

A cuidadora fica falando o tempo todo.

- Técnica de Enfermagem (PA3): Fique tranquila, pois vamos organizar a medicação e, depois, vamos explicar como funciona.

- Cuidadora (CA12): Estou ficando desorientada. [O tom foi de piada, mas com um fundo de verdade]

Em seguida, pega caixa por caixa e explica à cuidadora o que o usuário deverá pegar dentro de cada caixa, respeitando os símbolos, e que deveria ingerir apenas um medicamento de cada cartela.

A cuidadora escuta e, quando indagada se entendeu, ela diz que sim.

Ao finalizar o atendimento, os profissionais se despedem.

- Paciente (A12): Desculpa pelo trabalho que dou.

- (PA3): Que isso: este é o nosso trabalho. (Nota Observacional, 1ª visita, A12, 21-02-2015, p.27)

Após essa visita, o paciente foi acompanhado pelo programa por mais 12 dias para monitorar os valores que se encontravam descompensados (glicemia, pressão e saturação) e avaliar a evolução da cicatrização da ferida. Durante esse período, o médico realizou o pedido de um aparelho para aferir a glicemia.

Os achados indicam que os profissionais consideraram os hábitos do cotidiano identificando e respeitando a rotina da família. Nesse processo de trabalho, coloca-se o cuidador-usuário no centro das ações realizadas para atender às necessidades de saúde. Os profissionais assumem a posição de cuidadores e buscam atender às necessidades no interior do processo de intersecção partilhada, do cuidado profissional e cuidado familiar.

Mas entrelaçada à forma humanizada e criativa, expressa pelo simbolismo das caixas, há, também, a normalização das condutas do usuário e cuidador. Existe a vigilância permanente das ações do usuário por meio da supervisão. As caixas têm esse propósito: os profissionais podem não ver, de forma direta, se os medicamentos estão sendo ingeridos no momento indicado e na quantidade estabelecida, mas possuem visibilidade, por meio dos mecanismos de controle, utilizando, como tática, a mensuração dos índices glicêmicos, da pressão e da cicatrização.

As tecnologias utilizadas visaram à educação e à transformação dessa família para exercer o governo de si a sua governamentalidade. Para isso, existiu o imbricamento da equipe em treinar e modificar a conduta da cuidadora para a aquisição de habilidades e de atitudes para com o cuidado do usuário.

As ações de monitoramento e vigilância também são observadas em outras cenas. No relatado a seguir, o usuário tenta convencer a médica (PA10) de que necessita de outra receita para comprar o restante dos remédios. No entanto, a médica tende a não acreditar no discurso do paciente, pois conhece seus hábitos e já vivenciou cenas similares com o mesmo no que se refere à aquisição de mais remédios. Existe o comando que se direciona ao controle de enunciados às condutas tidas como inconformes pelo Programa e pelas normas que regem a sua vida.

A22 pergunta à médica: Você pode dar outra receita, pois, no posto, não tinha a

quantidade pedida na receita. Com isso, só peguei a quantidade que tinha.

- PA10: *Receitei o remédio para 60 dias. Deixe-me ver a receita.*

- A22: *A farmácia popular reteve a receita.*

- PA10: *Te entreguei duas vias, uma fica com a farmácia e outra fica com o paciente.*

O paciente informa onde se encontra a receita e a técnica Enfermagem pega.

- PA2: *Se a farmácia não tinha a quantidade de remédio na hora, eles devem dar o restante na hora que ele voltar para pegar.*

- A22: *Ah, sim, entendi! Fiquei com medo deles não aceitarem esta receita. (Nota Observacional, 1ª visita, A22, 10-02-2015, pág. 11)*

No caso apresentado, a equipe adota condutas que revelam as estratégias de controle do corpo e da vida. Os achados do estudo demonstram que, para a prevenção e correção, ocorrem punições. O controle das ações representa a ditadura do como, quanto e qual produto utilizar construída como prática de responsabilização dos profissionais para com o indivíduo. Por isso, a equipe tenta modular a conduta do usuário por meio da hipervalorização das técnicas de formação normativa e normalização do corpo. Em contraposição, o paciente também revela a resistência na tentativa de burlar e subverte o controle normalizador estabelecido pela equipe e pelas normas de liberação da medicalização.

Diante da resistência ou indisciplina do paciente, o efeito produzido é a dúvida da equipe, que passa a questionar a conduta do usuário, estabelecendo a punição, caso ele não a corrija.

Existe o biopoder aplicado sobre a vida dos indivíduos, por intermédio de métodos minuciosos sobre o corpo, para obter a utilidade e a docilidade. Mas não se pode negar que esta relação de poder se dirige para além do corpo, passa a agir na vida dos homens. Ocorre, assim, o poder sobre a vida, por meio da passagem das disciplinas para a biopolítica, o que determina o controle do consumo dos medicamentos, da aquisição, da forma e do tempo de consumo dos fármacos.

A estratégia punitiva emerge quando não são atendidos os comandos normativos e disciplinares determinados pela equipe ao longo de todos os atendimentos. Isso é percebido no caso do paciente A2. Os profissionais, em todas as visitas, informaram sobre a necessidade do cuidador, em tempo integral, decorrente das condições da paciente: pouca visão e amputação do pé estando, assim, impossibilitada de colocar o pé no chão. A cuidadora principal (CA2)

menciona não ter condições de acompanhar a paciente em tempo integral. A tarefa de cuidar é árdua e de grande responsabilidade. Por isso, centralizar o cuidado em um único cuidador fica penoso.

A cuidadora (CA1) diz: “Cheguei agora, estava levando o filho para a escola”. A enfermeira pergunta (PA1): “Ela está andando?” CA2: “Um pouco”. PA1: “Em hipótese alguma ela pode colocar o pé no chão”. (Nota Observacional, 1ª visita, A2, 24-02-2015, p.37)

[...]

- PA9: *Como tinha explicado no início, ela precisa de um cuidador. Ela não pode ficar só e deve seguir as orientações do programa para que a paciente não seja desligada do programa. O que a família poderia estar fazendo nesta situação? Você não pode levar para a sua casa?*

- CA2: *Não pode. Tem rampa. Não tem como descer. Nem cadeira de roda entra. São dois cômodos.*

- O neto diz: *“Na minha casa também não, lá eles estão reformando, agora, não tem condições”. (Nota Observacional, 2ª visita, A2, 03-03-2015, p.70)*

Verifica-se, no relato da paciente, o não cumprimento do acordo. Também foi averiguado, como problema, a não continuidade das orientações transmitidas pelos profissionais, o que comprometia a evolução do tratamento. Em entrevista, a profissional PA1 menciona a importância da confiança e do seguimento das orientações.

A assistente social (PA9): Desde a primeira visita que a família é orientada sobre a necessidade de um cuidador em tempo integral. Todas as visitas foram reforçadas, nós demos um tempo para a família se organizar. Fizemos contato com a família, mas nada disso resolveu. Temos que seguir as orientações do programa, senão a equipe poderá ser prejudicada. Além disso, a evolução da paciente está boa e o caso dela pode ser acompanhado pela UBS.

A enfermeira senta no sofá e faz o pedido de encaminhamento para a UBS. (Nota Observacional, 5ª visita, A2, 17-03-2015, p.114)

A presença do cuidador em tempo integral suscita discussão. É possível perceber que a exigência desse cuidador gera embates na relação e ocasiona a interdição do cuidado. Os profissionais tentam dialogar e buscar alternativas para sanar essa questão. Verificam a possibilidade de a paciente ir para a residência de um dos filhos. No entanto, eles se negam, dizendo que não possuem estrutura para receber a paciente.

Durante as visitas, é possível perceber que a cuidadora se sente cobrada pela equipe no

SilvaYC, Silva KL, Brito MJM.

Relações de poder na atenção domiciliar...

que se refere à presença em tempo integral e aos cuidados assistenciais com a paciente. Isso acarreta uma estafa. A cuidadora é, então, subjetivada pela sujeição a si mesma, pela ação moral de si sobre si. Essa ação moral não se distingue das ações morais pelas quais o sujeito é submetido nas relações estabelecidas com os outros.

Na situação relatada, verifica-se a tríade poder, verdade e discurso. O poder é estabelecido pelo e no discurso e extrai uma verdade por meio do comportamento, linguagem e valores. A ruptura da atenção ocorreu em diversos momentos por meio de experiências que expuseram a vulnerabilidade. Nessas cenas, foi possível captar relações de poder emanadas tanto pelo paciente, cuidador, quanto pelos profissionais.

O poder emana de quem controla e comanda as normas. São realizadas incontáveis estratégias para manter a ordem, como demonstrado com a vigilância que, ao mesmo tempo em que domestica os corpos e mente, produz saber. Por esse mecanismo, pode-se realizar visitas nas quais a paciente encontrava-se sozinha e, em outro momento, a própria paciente informa que não está sendo cumprido o combinado.

Os cuidadores criaram, assim, rotas de fugas e subterfúgios para garantir a continuidade da assistência. Para isso, utilizaram discursos de explicação e justificativa para a ausência de cuidado ou para o não seguimento das orientações em uma tentativa de convencer os desvios do que havia sido indicado. Essa rota de fuga refere-se à resistência quanto aos comandos solicitados, que surgem para fins de defesa e reação por meio de estratégias que invertam a situação, esquivando-se dos comandos, do determinado.

DISCUSSÃO

As cenas analisadas permitiram compreender que os profissionais consideram as condições econômicas, culturais e sociais da família e do cuidador, mas exigem ordem e respeito aos comandos orientados durante a assistência. Para tal, utilizam estratégias de estímulo, amparo, envolvimento, vigilância e monitoramento por meio de táticas focadas no controle dos corpos, das ações e na internalização das normas.

Entremeada nas cenas de cuidado na AD há uma relação de poder disciplinadora. Existem diversos mecanismos de monitoramento, de rastreamento das ações e condutas que revelam essa lógica. De maneira geral, a

aplicação dessas técnicas tem como objetivo a produção de corpos dóceis e úteis.¹¹ “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”.^{11:14}

Para isso, a disciplina possui vários intentos e atua de diversas formas para superar ou restringir as regalias e opções por regular, moldar, em estritas regras, para que haja a sobrevivência. Isso significa adestrar as pessoas para que essas se adequem às normas estabelecidas nas instituições.¹¹ É graças à vigilância que o poder disciplinar se torna um sistema integrado, uma vez que o poder se faz presente de forma múltipla, automática e anônima.¹¹

Assim, os efeitos das disciplinas não são ruins, mas podem ser perigosos dependendo da forma, do contexto, do local em que essas forem utilizadas. Elas governam os sujeitos operando a partir de sua subjetividade, por meio de técnicas sutis de persuasão, agindo de forma indireta sobre as escolhas dos sujeitos: profissionais, usuários e cuidadores.

Mas esses sujeitos precisam da liberdade para escolher o que desejam, mesmo que estejam constantemente envolvidos por uma forma de viver regida por modelos de verdade padronizados e normativos na relação consigo.¹⁹

A análise permitiu compreender, também, que a AD apresenta um terreno de dualidades que, por vezes, enfatiza ações de autonomia e, ao mesmo tempo, exige a responsabilização de quem cuida ou de quem recebe o cuidado punindo-os e culpabilizando-os pelo não cumprimento das orientações e normas. Dessa forma, a normatização impede ou dificulta a autonomia do modo de vida dos sujeitos. A normalização impede a diferenciação dos indivíduos atuando, portanto, como um processo que impõe a homogeneidade e estabelece tensão pelo discurso que esta produz.¹⁷ O domicílio passa a ser um local controlado por políticas, pela normalização.²⁰

Os profissionais também se rendem às normas, principalmente, no que se refere à exigência de um cuidador em tempo integral e no cumprimento dos fluxos da rede e das divisões das funções do cuidador e do profissional. Até porque a normalização e a vigilância são combinadas no exercício da disciplina. Para a extração da verdade, este mecanismo é inseparável da busca de um comportamento moralmente correto.¹¹ Deve-se considerar que esses mesmos profissionais também são vigiados e punidos quando burlam ou não seguem as normas. Tudo para que se produzam sujeitos moldados às ordens

estabelecidas transformando-os em um indivíduo dócil, útil e disciplinado.¹¹

É possível resistir até porque a resistência é intrínseca às relações de poder e a sua existência possibilita criar e recriar. O embate e o enfrentamento possibilitam a transformação, uma luta que se desenrola em torno do poder. Isso deixa de colocar a questão do poder em condições de bem ou mal, mas, sim, em condições de existência.²¹

A escolha e a oposição não ocorrem sem implicações. Pelo contrário, elas são procedidas de sanções, punições ou rupturas das relações estabelecidas. Na visão foucaultiana, o corpo se apresenta acorrentado no interior de poderes muito apertados que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações.¹¹ E uma das obrigações refere-se à presença do cuidador, que representa o principal elo para a equipe. Se esse elo é rompido, ocorre o comprometimento da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, mantém-se o profissional de saúde refém das condições inadequadas. Por isso, os profissionais visam a manter essa ligação para que não ocorra a piora do paciente ou a desvinculação do paciente do programa. Isso ocorre pelo poder disciplinar e seu mecanismo de vigilância que institui ações de coerção e manipulação calculadas de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos.

Nesse sentido, quem, mesmo assim, não deseja cumprir as normas ou não quer ser disciplinado recebe uma sanção, a exclusão/alta do programa, como um dos aspectos que se destaca como instrumento de punição. Para Foucault, os métodos e mecanismos de punição e de coerção têm como objetivo bloquear a intensidade das forças contrárias.¹¹

Contudo, os cuidadores, por sua vez, estabelecem outros efeitos ao fazerem uso de rotas de fuga e subterfúgios. Isso inflige um processo de resistência às normas provocando um embate ou confronto com o sujeito desejante no anseio de exercer sua particularidade enquanto modo de existência.¹⁹ A resistência se revela, nas cenas, como uma forma de desvencilhar-se do aprisionamento, da dominação ou para se reestabelecer no poder. A resistência ocorre por meio do espírito de luta, uma atividade de força que se subtrai das estratégias efetuadas pelas relações de forças do campo do poder. A liberdade está no exercício ininterrupto da resistência, da revolta e da recusa, da ética de si, do seu reconhecimento, de defesa da liberdade.¹¹

Os achados permitiram constatar que o grau de instrução dos cuidadores e o gênero influenciam nas relações na atenção domiciliar. No que diz respeito ao grau de instrução, é possível aludir que existe um carecimento de conhecimento por parte dos cuidadores e, portanto, de poder, o que faz com que os discursos sejam relativamente impotentes, face aos discursos dos profissionais.²² Quanto ao gênero, verifica-se que as mulheres encaram as responsabilidades com cuidadora como uma prioridade sobre outras responsabilidades incluindo a responsabilidade de cuidar de si mesmas.²³

Para tentar lidar com essas situações, os profissionais devem fazer uso de discursos que considerem e estimulem o desenvolvimento e a compreensão da identidade e das subjetividades dos usuários e cuidadores.²⁰ Para isso, devem entender que as práticas estão fortemente influenciadas por valores e ideais coletivos que envolvem o cuidado e que se deve encontrar novos mecanismos para proporcionar melhores escolhas para cuidadoras sem negligenciar suas preocupações morais.²³

CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho, compreende-se que a sua realização possibilitou, ao pesquisador, adentrar o cotidiano da AD, captando aquele que há de mais singular, com seus conflitos e tensões durante a prática do cuidar.

As atividades no SAD podem parecer rotineiras, mas decorrem da intensidade e complexidade das relações estabelecidas, o que desencadeia a produção ou a interdição do cuidado. É importante, nesta conclusão, destacar que esses processos se conformam pelas experiências subjetivas e subjetivantes dos sujeitos em cena que ora expressam sua capacidade de agir com abertura movendo-se para o novo, capilarizando escutas e atendendo a anseios e desejos. Esses mesmos sujeitos também cerceam, punem, são violentos e bloqueiam os atos construtivos de cuidado, sejam profissionais, cuidadores ou usuários.

Captar essa realidade é também perceber o seu subjetivismo, sem juízos morais ou de valores, uma vez que foi realizada procurando atentar para a imensa riqueza de detalhes que cercam esse modo de produzir cuidado.

A relação entre família-cuidador-profissional-paciente é estruturada de forma a moldar os comportamentos para que os cuidados sejam realizados. Assim, mais que o conhecimento, os profissionais transmitem as

regras de conduta para a realização das atividades.

Frente às resistências, são aplicadas ações disciplinares e, se necessário, o castigo e a punição que se apresentam na exclusão ou no desligamento do programa. No entanto, quando a equipe supera os enfrentamentos das ordens, ou seja, quando se desvincula das normas e regras, é possível estabelecer a produção do cuidado. Frente a essa situação, realizam intervenções que visem a um olhar para o sujeito cuidador, pois o mesmo possui anseios, desejos e medo, agregando o cuidador como parte do cuidado.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

REFERÊNCIAS

1. Siqueira JE. SUS (Unified Health System) after 25 years: is there anything to celebrate? *Mundo Saúde* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Dec 12];37(1):56-64. Available from: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/101/5.pdf
2. Organização Pan-americana da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e Saúde: contribuições para análise da situação e tendências [Internet]. Brasília: OPAS; 2009 [cited 2016 Nov 10]. Available from: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=458-informe-situacao-e-tendencias-demografia-e-saude-8&Itemid=965
3. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012 Dec;21(4):529-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>
4. Benjamin AE. An historical perspective on home care policy. *Milbank Q*. [Internet]. 1993 [cited 2017 Jan 05];71(1):129-66. PMID: 8450819
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Caderno de atenção domiciliar: volume 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2017 Jan 10]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf
6. Paiva FFS, Rocha AM, Cardoso LDF. Professional satisfaction of nurses working with home care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dec;45(6):1452-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600025>
7. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Von Randow RM, Montenegro LC, Lara K. The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013 Jan/Mar;5(1):3383-93. Doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3383
8. Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011 July/Sept;15(38):677-86. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000041>
9. Gomes IM, Faver L, Hermann AP, Lacerda MR. Aspectos éticos nas redes sociais de apoio no cuidado domiciliar à luz do pensamento complexo. *Enferm Foco* [Internet]. 2012 July [cited 2017 Jan 9];3(1):110-3. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/292/154>
10. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. Care provided to patients with hypertension and health technologies for treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Feb;4(1):107-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100014>.
11. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 27th ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
12. Foucault M. Ditos e escritos volume IV: estratégia, poder-saber. 3rd ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
13. Castro E. Vocabulário de Foucault. 2nd. ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
14. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/cadastro-nacional-de-estabelecimentos-de-saude>
15. Malinowski B. Uma teoria científica da cultura. 2nd ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
17. Foucault M. A arqueologia do saber. 7th ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
18. Koch IGV. Interferências da oralidade na aquisição da escrita. *Trab Ling Apl* [Internet]. 1997 July/Dec [cited 2017 Jan 15];(30):31-8. Available from: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8639269/6865>

19. Galvão BA. Ethics in Michel Foucault: from the self's care for aesthetics of existence. *Intuitio*. 2014 June; 7(1):157-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-4012.2014.1.17068>
20. Nagington M, Walshe C, Luker KA. A poststructural rethinking of the ethics of technology in relation to the provision of palliative home care by district nurses. *Nurs Philos*. 2016 Jan;17(1):59-70. Doi: 10.1111/nup.12099
21. Foucault M. *Ética, sexualidade, política: ditos e escritos*. 2nd. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
22. Nagington M, Walshe C, Luker KA. Quality care as ethical care: a post-structural analysis of palliative and supportive district nursing care. *Nurs Inq*. 2016 Mar;23(1):12-23 Doi: 10.1111/nin.12109
23. Eriksson H, Sandberg J, Hellström I. Experiences of long-term home care as an informal caregiver to a spouse: gendered meanings in everyday life for female carers. *Int J Older People Nurs*. 2013 May; 8(2):159-65. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00340.x

Submissão: 04/10/2017

Aceito: 04/03/2018

Publicado: 01/04/2018

Correspondência

Yara Cardoso Silva

Rua Ipomeia, 87

Bairro Caiçara

CEP: 31230-160 – Belo Horizonte (MG), Brasil