

Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde

Home care in the Brazilian National Health System (SUS)

Kênia Lara Silva, Roseni Sena, Juliana Carvalho Araújo Leite, Clarissa Terenzi Seixas e Alda Martins Gonçalves

Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Descritores

Serviços de assistência domiciliar. Cuidados domiciliares de saúde. SUS (BR). Planos e programas de saúde.

Resumo

Objetivo

Analisar o funcionamento dos Programas de Internação Domiciliar implantados em três municípios, identificando elementos que sinalizam a inserção desses programas na mudança da atenção à saúde.

Métodos

Estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa realizado em Marília e Santos, SP, e em Londrina, PR. Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com cinco enfermeiras e um assistente social que atuam nos serviços de Internação Domiciliar e da análise de documentos dos referidos programas. Para o tratamento dos dados das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de discurso.

Resultados

Os achados permitem afirmar a importância do serviço de Internação Domiciliar como estratégia para a desospitalização e humanização do cuidado. Identificaram-se elementos que caracterizam a prática nos serviços de Internação Domiciliar voltada para a construção de modelo assistencial com ênfase nas tecnologias leves e na atuação multiprofissional e intersetorial. Pôde-se constatar avanços na implantação de serviços de Internação Domiciliar, bem como obstáculos para que a mudança do modelo de atenção se processe. Dentre esses, destaca-se a ineficiência dos mecanismos de referência e contra-referência e dificuldades na relação dos profissionais da equipe de saúde com usuários, familiares e cuidadores.

Conclusões

O cuidado com os Programas de Internação Domiciliar representa uma estratégia na reversão da atenção centralizada nos hospitais para a construção de nova lógica com enfoque em promoção e prevenção à saúde, diminuição de riscos e humanização da atenção e, como tal, devem ser engendradas estratégias para permitir sua implantação na rede pública.

Keywords

Home care services. Home nursing, organization administration. SUS (BR). Health plans and programmes.

Abstract

Objectives

To assess home care programs implemented in three cities and to identify components indicating the integration of these programs into the reform of health care.

Methods

An exploratory descriptive study with a qualitative approach was carried out in the

Correspondência para/ Correspondence to:

Kênia Lara Silva
Rua Corumbá, 214 Carlos Prates
30710-280 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: kenialara17@yahoo.com.br

O presente artigo é parte da pesquisa "o cuidado de enfermagem no domicílio: a internação domiciliar", desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq - Processo n. 469728/2000-0).
Recebido em 3/11/2003. Reapresentado em 16/7/2004. Aprovado em 1/2/2005.

cities of Marília and Santos, state of São Paulo, and Londrina, state of Paraná, Brazil. Empirical data was obtained from interviews with five nurses and one social worker who worked in home care services, and through analysis of reports on these programs. The data was analyzed using the discourse analysis technique.

Results

The findings show the importance of home care services as a strategy for dehospitalization and humanization of care. Components were identified showing that home care focused on building up a health care model based on light technology, and multiprofessional and intersectorial work. It was found that, despite advances in the implementation of home care services, there are obstacles for an effective health care model change, such as ineffective referral and counter-referral mechanisms and complex relationship of health care providers with service users, their families and caregivers.

Conclusions

Care provided by home care programs is a strategy to decentralized care based on hospitals and to build up a new approach focused on health promotion and prevention, reducing risks and humanizing care. Strategies must be drawn up to allow its implementation in the public health network.

INTRODUÇÃO

O estudo justifica-se por entender-se que o Programa de Internação Domiciliar (PID) representa uma estratégia na reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de nova lógica de atenção, com enfoque na promoção e prevenção à saúde e na humanização da atenção. Entende-se que a análise dos programas em funcionamento pode contribuir para a definição de políticas públicas de saúde rumo à efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Buscou-se conhecer e analisar essa realidade, partindo do pressuposto de que a experiência de municípios brasileiros que implantaram os PID oferece subsídios para a discussão sobre políticas públicas de saúde relacionadas à esse Programa e serve como exemplo a outros municípios que optem por implantar programas semelhantes.

Nas últimas décadas tem sido crescente no mundo inteiro um movimento que busca respostas para o fenômeno dos altos custos sociais com a atenção hospitalar e a insatisfatória resposta comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações.

A análise dos gastos públicos com atenção à saúde, revela que há disparidade entre os gastos hospitalares e os gastos na atenção básica e de média complexidade. O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

Mendes⁹ afirma que “é necessário ir construindo,

na prática social, os papéis do novo hospital, que tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica”. Assim, para que haja mudanças na qualidade da prestação de serviços, fazem-se necessárias novas formas de atuação e novos espaços e processos de trabalho que incluam: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, tudo isso incorporando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades.

No final do século XVIII, na Europa, antes do surgimento dos grandes hospitais e da modalidade de assistência ambulatorial, os cuidados domiciliares já eram largamente empregados. Hoje, a utilização do domicílio como espaço de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de construir uma nova lógica de atenção centrada na vigilância à saúde e na humanização da atenção.

O modelo de atenção ou modelo assistencial é o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços se organizam para produzi-las e distribuí-las.⁵ Assim, pensar em modelo assistencial implica uma análise crítico-reflexiva sobre todos os espaços e sobre a organização das tecnologias utilizadas, as relações de trabalho, a organização e gestão das ações. Implica, também, revisar o conceito de saúde e os determinantes históricos e culturais que incidem sobre as intervenções técnicas e sobre os problemas e necessidades de saúde da população.

O modelo de atenção à saúde ainda hegemônico na nossa sociedade prioriza a prática da atenção médica, procurando oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzidos a ser-

viços médicos ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou reabilitar os usuários portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias.⁹

A discussão sobre o modelo assistencial requer dos profissionais de saúde a superação do modelo hegemônico centrado na doença, para construir um pensar e um fazer sustentado na produção social do processo saúde-doença. Assim, a formulação de políticas e estratégias de mudança nos modelos de atenção deve tomar como ponto de partida a identificação e a análise dos problemas e necessidades de saúde contemporâneas da população e deve ser centrada no usuário e no cuidado.¹⁵

A construção do novo modelo assistencial tem como meta a redução do tempo de internação hospitalar, valorizando novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família, o PID e os espaços para cuidados paliativos apontam-se como estratégias para a diminuição dos custos hospitalares, para a humanização da atenção, para a diminuição de riscos, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial da enfermagem.⁷

Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº 10.424 que estabelece, no âmbito do SUS, o atendimento e o PID. Essa Lei inclui, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio.³

O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que a mesma não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do usuário e a situação da família o permitirem.⁴

O presente estudo teve por objetivos conhecer o processo de implantação e funcionamento dos PID, bem como identificar os elementos que sinalizam a inserção desses programas na mudança de paradigma da atenção à saúde e subsidiar a discussão sobre políticas públicas de saúde para sua implantação.

MÉTODOS

Para compreender os modelos de serviço de internação domiciliar, optou-se por estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Questiona-se

se a proposta de internação domiciliar representa um referencial na mudança de paradigma da atenção à saúde, rumo à consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

Para definição dos cenários da pesquisa, foi realizado contato telefônico com as secretarias municipais de saúde de 20 municípios brasileiros com população acima de 200.000 habitantes, no período de dezembro de 2001 a março de 2002, buscando-se identificar aqueles que possuíam serviços de internação domiciliar implantados como política pública. Nesse sentido, foram identificados e estudados os municípios de Marília, SP, Londrina, PR e Santos, SP, os quais se constituíram como cenários desta pesquisa. Para coleta de dados, os municípios foram numerados aleatoriamente, de um a três, a fim de preservar o anonimato dos informantes.

O caminho metodológico construído buscou a captação e a compreensão da realidade em sua dinamicidade e as contradições presentes nos serviços de internação domiciliar nos cenários do estudo.

A coleta dos dados primários foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada. As perguntas foram dirigidas individualmente ao gerente e a uma enfermeira do Serviço de Internação Domiciliar de cada cenário, totalizando seis informantes, dos quais cinco são enfermeiras e um é assistente social. Previamente à realização das visitas aos cenários, foram coletados dados de fonte documental e de bibliografia disponível sobre a modalidade assistencial de internação domiciliar.

A análise dos dados seguiu a metodologia proposta por Bourdieu.² As idéias centrais, ou seja, aquelas mais evidentes e que descreviam de forma sintética e precisa o sentido das falas, foram identificadas e registradas. Do agrupamento das idéias emergiram as categorias empíricas.

O processo de tratamento do material consistiu em ordenamento do material empírico e classificação dos dados. Os discursos dos profissionais foram o insumo que resultou nos dados interpretados a partir da associação aos referenciais teóricos. A análise buscou a confluência do material empírico com o teórico para se compreender a práxis e revelar o que vai além das idéias, como propõe Minayo,¹¹ procurando contribuir para o enfrentamento dos problemas e a transformação da prática da internação domiciliar.

O presente projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, seguindo as normatizações presentes na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética.

RESULTADOS

Município cenário 1

O PID do cenário número um foi implantado em 1999 em parceria entre o um hospital geral e a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde (SMHS) do município. Nessa parceria, a gerência, a aquisição de equipamentos e o pagamento dos profissionais são de competência da SMHS. A capacitação dos profissionais, fornecimento de materiais de consumo, medicamentos e esterilização de materiais ficaram sob responsabilidade do hospital.

Nesse município-cenário, o Programa de Internação Domiciliar tem como objetivo a melhoria na qualidade de vida dos usuários do serviço, a humanização do atendimento realizada por equipe interdisciplinar no domicílio e a desospitalização precoce. Destina-se aos usuários residentes no município, com o propósito de atenção àqueles que receberam alta hospitalar ou são referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde ou pelas Unidades de Saúde da Família, propondo envolver a família e os cuidadores na atenção à saúde.

Os recursos mensais disponibilizados ao serviço são provenientes do Fundo Municipal de Saúde, somado aos mesmos o pagamento feito pelo SUS referente às Autorizações de Internação Hospitalar. Esses recursos cobrem os gastos com deslocamento da equipe, materiais de consumo, medicamentos e dietas especiais para os usuários do serviço.

A referência para o PID é o hospital geral ou o Ambulatório de Especialidades do município. Constatou-se que ainda há dificuldades quanto ao fluxo das informações entre o PID e os hospitais.

No Programa desse município-cenário, os usuários podem ser encaminhados por instituições públicas ou privadas, independentemente do nível de complexidade. A identificação de casos potenciais para o PID, chamada pelos sujeitos entrevistados de busca ativa, é ocasional.

Nesse cenário, os critérios de admissão do usuário são moradia fixa, presença do cuidador, condições de saúde que se enquadrem no tipo de atendimento prestado pelo PID e o fato de não haver a necessidade de exames e procedimentos de maior complexidade. Segundo relatos dos entrevistados, o programa vem passando por mudanças. Vários profissionais do serviço discordam de critérios iniciais de elegibilidade do usuário, como a obrigatoriedade de se ter um diagnóstico fechado, a necessidade de

o cliente ter vínculo com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e a exigência de que não sejam necessários exames complementares.

Município cenário 2

O PID desse município foi implantado em março de 1992, pela Secretaria Municipal de Higiene e Saúde da Prefeitura. Os objetivos do PID são: aliviar a carência de leitos hospitalares, reduzir o custo assistencial, proporcionar assistência humanizada e integral, resgatando a relação entre equipe de saúde, família e usuário. Nesse programa, a desospitalização foi adotada com respaldo na tendência mundial de organização da estrutura dos serviços de saúde com enfoque e na estratégia de qualidade da assistência.

Inicialmente, a implantação do Serviço de Internação Domiciliar se restringia à assistência a portadores de Diabetes mellitus; atualmente atende pessoas com vários agravos ou patologias, desde que se enquadrem nos critérios para admissão no programa.

A referência para o PID é o Pronto-Socorro Central do município. O número insuficiente de leitos hospitalares no serviço público de referência leva os usuários e seus familiares a utilizarem os seus planos de saúde privados, quando necessitam de internação hospitalar. Tal fato evidencia as deficiências do sistema de referência do programa, comprometendo o impacto do PID como fator de mudança do modelo assistencial.

Ainda nesse município-cenário, existe o Programa de Assistência Domiciliar (PAD), dirigido ao cuidado de usuários cuja assistência não exige a disponibilização de equipamentos. A referência e contra-referência do PAD e do PID acontecem sistematicamente. De forma similar ao cenário número um, os recursos financeiros utilizados pelo programa no cenário número dois são repassados pelo Fundo Municipal de Saúde.

O PID só recebe usuários encaminhados pelos hospitais, policlínicas, pronto-socorros ou do PAD. Não há busca ativa de pacientes e o encaminhamento só pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro. Na admissão, o médico avalia o usuário para assegurar se o mesmo apresenta os critérios condizentes com o serviço. É imprescindível a presença do cuidador domiciliar, disponibilizado pela família, para a admissão do usuário no programa. O usuário deve estar acamado ou com dificuldades de deambulação. Também são verificadas as condições do domicílio, incluindo-se as condições de higiene. Quando mudanças se fazem necessárias, é papel da enfermeira conversar com a família para promovê-las.

Município cenário 3

A prefeitura deste município-cenário criou o PID em 1996. O usuário e sua família contam com uma equipe interdisciplinar que oferece cuidado integral e contínuo durante o período do PID. Aqui, a proposta da internação domiciliar é oferecer uma alternativa de cuidado prestado por equipe de médicos e de profissionais de enfermagem, em total conformidade com os princípios do SUS. Sua política é promover a melhoria na qualidade de vida dos usuários e de seus familiares, por meio de uma atenção diferenciada e humanizada.

Quanto aos recursos materiais, as equipes contam com cinco veículos adquiridos exclusivamente para o PID, equipados com telefone celular para uso interno. Compõe, ainda, a frota uma ambulância, que faz o transporte dos usuários desse serviço para exames e consultas especializadas. Os equipamentos e medicamentos utilizados no PID são fornecidos integral e gratuitamente aos usuários, para proporcionar a integralidade do cuidado. Assim como nos municípios anteriores, os recursos financeiros utilizados pelo programa são repassados pelo Fundo Municipal de Saúde.

Neste programa não há dificuldades quanto à referência para internação hospitalar de usuários em internação domiciliar. Apesar disso, a contra-referência é um problema constatado nos três programas. Foi relatado que há falhas no processo de comunicação entre as equipes de internação domiciliar, o usuário e as famílias.

Nesse cenário o encaminhamento pode ser feito por todos os níveis de serviços de saúde, públicos ou privados, inclusive de outros municípios. O encaminhamento também pode ser feito para a rede ambulatorial intermunicipal. A presença do cuidador também é indispensável para a admissão do usuário no programa. Outro critério é o diagnóstico médico. Após a admissão do usuário, a equipe do PID define um plano terapêutico com identificação dos profissionais envolvidos no cuidado, segundo as demandas e necessidades do usuário e a frequência das visitas da equipe. De modo geral, as visitas médicas se processam uma vez por semana e, havendo alguma intercorrência, o usuário é encaminhado a um dos serviços de referência.

A necessidade da humanização da assistência foi reiteradamente citada nos discursos, constituindo-se a mais importante justificativa para a implantação dos Serviços de Internação Domiciliar na rede pública de serviços de saúde.

DISCUSSÃO

A análise dos dados primários permite afirmar que, quanto aos espaços e tecnologias utilizados no PID, o domicílio constitui-se no lócus do cuidado, sem desconsiderar a existência de espaços institucionais e as necessidades dos usuários e das famílias.

Os entrevistados dos três cenários informaram que existe um vínculo entre o PID e o Programa de Saúde da Família sem ocorrer conflitos na atuação. Eles entendem que o objeto de trabalho do Programa de Saúde da Família é a família, na perspectiva da prevenção e o objeto de trabalho do PID é o indivíduo com agravo à saúde. Essa idéia revela a contradição presente no processo de trabalho nos PID, pois, muitas vezes, o domicílio é utilizado apenas como um espaço físico e geográfico onde se presta o cuidado, mantendo-se a lógica hegemônica do modelo hospitalo-cêntrico, curativo e individual.

Apreende-se que prevalece a dicotomia da concepção de saúde/doença e que o foco do PID é a doença, sem sinalizar a construção do paradigma da produção social da saúde, em que a prioridade da atenção deve se deslocar do eixo recuperação da saúde dos indivíduos para o eixo prevenção de riscos e agravos e promoção da saúde. Isso implica organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas ações e serviços, como tem acontecido nos PID nos municípios-cenário, onde o foco da atenção incide sobre a doença, a incapacidade e a morte, mas, sobretudo, desenvolver ações dirigidas ao controle dos agravos à saúde, ou seja, os modos e estados de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais.^{12,14}

As relações do PID com as UBS restringem-se à prestação de cuidados e fornecimento de recursos materiais. Não foi possível identificar elementos que caracterizam a articulação desses serviços para garantir a complementaridade das ações e a integralidade da atenção.

Dessa forma, aponta-se a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a atenção básica e os PID. Faz-se necessário maior vínculo com as UBS e as Equipes de Saúde da Família, bem como sistematizar a referência e a contra-referência entre os PID e a rede de cuidados progressivos dos municípios. Essas articulações permitirão novas relações técnicas e sociais e a organização dos processos de trabalho na lógica da vigilância à saúde.

Para que o sistema de referência e contra-referência seja efetivo e eficaz, torna-se necessária a construção de parcerias entre instituições públicas e privadas. A

parceria pode ser entendida como trabalho articulado e participativo, mantendo-se uma relação horizontal entre as instituições, respeitando e preservando a identidade de cada uma,¹³ e estabelecendo-se uma rede progressiva de cuidados, rompendo com a concepção da hierarquia e níveis de atenção.

Os discursos dos entrevistados apontam a existência de uma parceria positiva e efetiva entre os PID e os demais âmbitos da rede de cuidados. Entretanto, não foram identificados elementos que caracterizem essa parceria, apreendendo-se que ainda é incipiente. Também nesse sentido, a intersectorialidade é citada nos discursos como se fosse uma realidade concretizada, entretanto, não foram encontrados elementos que mostrem a sua ocorrência de forma efetiva para resolver os problemas que os profissionais enfrentam na internação domiciliar.

Tomando-se a definição de tecnologias adotada por Merhy,¹⁰ que as distingue em tecnologias leves, tecnologias leves-duras e tecnologias duras, identificou-se que o PID organiza o processo de trabalho com ênfase nas tecnologias leves. Para esse autor, as tecnologias leves envolvem as relações entre os sujeitos, implicando vínculo, acolhimento e gestão; as tecnologias leves-duras se referem aos saberes estruturados que operam o processo de trabalho, tais como o conhecimento da epidemiologia, do taylorismo, da comunicação social e outros; as tecnologias duras, por sua vez, englobam os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, normas, estrutura organizacional, entre outros.

Na internação domiciliar as relações cuidador/usuário, equipe/usuário, família/usuário, cuidador/família são otimizadas pelo vínculo cotidiano que se estabelece e são vistas como positivas na implementação do cuidado e melhoria do usuário, reafirmando a importância das tecnologias leves na qualificação do cuidado.

Identificou-se a necessidade de utilização de tecnologias leves-duras sustentadas por protocolos para o cuidado na internação domiciliar. Apesar de referidos nos discursos, os documentos fornecidos pelas instituições-cenário não podem ser classificados como protocolos, mas como normas e rotinas que orientam os profissionais, os cuidadores e a família, para a atenção na internação domiciliar.

Os protocolos sistematizam tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado com qualidade. A necessidade de construção e utilização de protocolos emerge da complexidade da organização do processo de trabalho

em saúde, uma vez que esse trabalho se sustenta nas seguintes características fundamentais descritas por Almeida:¹

- consome-se no ato de sua realização com pequena capacidade de acumulação de atos/procedimentos para consumo *a posteriori*;
- está sustentado em relações de subjetividade entre o sujeito do cuidado e os cuidadores, mediadas por valores sociais, culturais e interesses econômicos;
- não há uma acumulação tecnológica significativa. Há o consumo simultâneo das tecnologias disponíveis e das novas tecnologias existentes;
- o sujeito que tem a centralidade do cuidado é determinado histórica e socialmente;
- é uma prática social realizada por diferentes profissionais com diferentes níveis culturais e de formação.

Com essa compreensão do trabalho em saúde, os protocolos constituem um instrumento para orientar e balizar os diferentes profissionais na realização de suas funções assistenciais, gerenciais e educativas e garantem a qualidade do cuidado. O PID é uma modalidade de organização dos recursos tecnológicos que, utilizados para o cuidar de pessoas em seu hábitat, exigem um monitoramento do cuidado contínuo e, muitas vezes, intensivo. A improvisação na instalação e na realização do cuidado domiciliar deve ser substituída pela utilização de protocolos para a organização do processo de trabalho que se apresenta com complexidade diferente dos ambientes de internação hospitalar ou de atendimento ambulatorial.

Independentemente das controvérsias e das contradições sobre essa modalidade de cuidado, é fundamental a garantia de sua qualidade, na qual os protocolos tornam-se instrumentos de grande apoio para os cuidadores, os profissionais e os familiares.

Considerando, ainda, a “novidade” do PID no País é – tão antiga quanto a própria sociedade – prestada por instituições públicas e privadas e pela própria família, verifica-se que existe nesse espaço a reprodução dos modelos hegemônicos, ou seja, a aplicação dos modelos/técnicas/procedimentos dos cuidados prestados nas instituições tradicionais, principalmente nos hospitais.

A análise dos dados permite afirmar que, na modalidade internação domiciliar, permeia o cuidado, um agir pautado nas normas e rotinas fortemente institucionalizadas, sem considerar a individualidade e os hábitos de vida do usuário e da família.

É referida pelos profissionais a necessidade de “mudança de valores” dos cuidadores e usuários. Enten-

de-se que os profissionais são produtos do modelo formador biomédico e não são capazes, ainda, de transformar suas práticas em ações voltadas para o ser humano em sua integralidade. Dessa forma, permanecem ações que reafirmam o modelo hegemônico da assistência, pois, como citam Levcovitz & Garrido⁸ “*se a formação dos profissionais, principalmente do médico e do enfermeiro não for substitutiva no aparelho formador, o modelo de atenção também não será na realidade do dia-a-dia*”.

Nessa perspectiva, faltam aos PID o reconhecimento e a construção do papel ativo do usuário na produção de sua própria saúde, o que Campos⁶ reconhece ser o elemento central dos modelos de atenção sustentados no paradigma da produção social da saúde.

Para avançar na organização dos PID, como uma modalidade do Sistema Único de Saúde, é fundamental que se façam estudos sobre os custos para o Sistema e para a família. As análises de custo, realizadas pelos municípios cenários do estudo, confirmam que o PID tem uma relação custo/benefício positiva em compa-

ração à internação hospitalar, contudo as análises não contemplam os custos gerados para as famílias.

Considerando-se que essa modalidade de assistência se pauta num conceito em que as relações interpessoais e as questões ambientais são os principais determinantes, espera-se que venha a constituir-se, de fato, um novo modelo assistencial à medida que a lógica das necessidades de saúde determine a organização tecnológica e política dos PID.

Apesar das lacunas, os PID constituem um espaço para construção de uma modalidade de atenção com ênfase no trabalho em equipe, na utilização de tecnologias leves que permitem a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando, sobretudo, a prestação de uma assistência de qualidade.

Reafirma-se a necessidade de reestruturação dos PID e de se repensarem os saberes e fazeres nessa modalidade de atenção, para que a mesma se configure como uma modalidade de assistência que valorize uma experiência antiga na solução de problemas atuais.

REFERÊNCIAS

1. Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
2. Bourdieu P, organizador. A miséria do mundo. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
3. Brasil. Lei 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8080, 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. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 16 abr 2002. p. 1.
4. Brasil. Portaria n 1892, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a internação domiciliar no SUS e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 22 dez 1997.
5. Campos GWS, organizador. Razão e planejamento. São Paulo: Hucitec; 1989.
6. Campos GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. In: Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 103-21.
7. Freitas AVS, Bittencourt CMM, Tavares JL. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. *Rev Baiana Enfermagem* 2000;13(1/2):103-7.
8. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da família: a procura de um modelo enunciado. *Cad Saúde Família* 1996;1(1):3-15.
9. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
10. Merhy EE, organizador. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
11. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
12. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 455-66.
13. Silva RF, Pereira SMSF, Padilha RQ. Os serviços e a comunidade como parceiros: inovando conteúdos e cenários. In: Almeida M, Feuerwerker L, Lhanos CM, organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 193-9.
14. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998;7(2):7-28.
15. Teixeira CF. Modelos de atenção para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 79-99.