



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



ALISSON JORGE THOMÉ MONTENEGRO

**VISITA E CUIDADO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: uma
análise sobre o acompanhamento no cuidado domiciliar na
estratégia de saúde da família da vila do Louro.**

CASTANHAL – PA

2020

ALISSON JORGE THOMÉ MONTENEGRO

**VISITA E CUIDADO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: uma
análise sobre o acompanhamento no cuidado domiciliar na
estratégia de saúde da família da vila do Louro.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Margarete Feio Boulhosa

CASTANHAL – PA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M772v MONTENEGRO, ALISSON JORGE THOMÉ
VISITA E CUIDADO DOMICILIAR NA
ATENÇÃO BÁSICA: uma análise sobre o acompanhamento no
cuidado domiciliar na estratégia de saúde da família da vila do
Louro. / ALISSON JORGE THOMÉ MONTENEGRO.
— 2020.
27 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Margarete Feio Boulhosa Trabalho de
Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da
Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Assistência domiciliar. 2. Visita domiciliar. 3.
Processo de trabalho. 4. Cuidado domiciliar. I. Título.

CDD 610

ALISSON JORGE THOMÉ MONTENEGRO

**VISITA E CUIDADO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: uma
análise sobre o acompanhamento no cuidado domiciliar na
estratégia de saúde da família da vila do Louro.**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____
Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Margarete Feio Boulhosa
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Tereza Sanches Figueiredo

Dedico este trabalho a Deus, minha família que é a base de tudo e ao meu filho Benício.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Ao meu pai Jorge Harrison Montenegro, minha mãe Jeane Gomes e aos meus irmãos.

Ao meu filho Benício Montenegro por vê-lo crescer e poder contribuir para que seja um cidadão honesto, de bem e com caráter.

Aos inúmeros amigos que cultivei em Garrafão do Norte, cidade que me acolheu como profissional e como ser humano, onde estou tendo a oportunidade de construir a minha carreira profissional.

Aos colegas do Curso de Especialização em Saúde da Família 2019.2 pela troca de conhecimentos e fortalecimento de amizades que vão além do cunho profissional.

À Equipe de Saúde da ESF da Vila do Louro, que contribuíram para a realização deste trabalho, onde em quase um ano exercendo meu trabalho na localidade, pude perceber que com todos os problemas que a maioria dos estabelecimentos de saúde enfrentam, estamos fazendo um trabalho ao qual a população é a maior beneficiada. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos e colegas nesses espaços fizeram e foram uma das melhores experiências da minha formação profissional.

“Ninguém conseguirá trabalhar em equipe se não aprender a ouvir. Ninguém aprenderá a ouvir se não aprender a se colocar no lugar dos outros.”

(Augusto Cury)

RESUMO

A assistência domiciliar à saúde tem sido integrada ao exercício da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de acesso da atuação profissional em saúde a comunidade e ao domicílio, ambiente de vida dos pacientes e familiares. Assim, realizou-se esta pesquisa-ação, visando reconhecer como a falta de processos de trabalho organizados dificultam a não realização da assistência e cuidado domiciliar à saúde na ESF da Vila do Louro, devendo ser realizada pelos profissionais das equipes. Os dados para formulação das ações foram coletados através de oficinas realizadas como parte integrante do Curso de Especialização em Saúde da Família, com participação da equipe e comunidade local para formulação de um plano de intervenção. Observou-se que esse tipo de assistência não é realizada dentro do território, embora a visita domiciliar se apresente como instrumento potente para o planejamento das ações de saúde e a reorientação das práticas, ainda encontra importantes entraves para sua consolidação tendo em sua importância e em suas diferentes dimensões pelos profissionais, que a exercem de modo a buscar a continuidade do cuidado domiciliar.

Palavras-chave: assistência domiciliar, cuidado domiciliar, visita domiciliar, processo de trabalho.

ABSTRACT

Home health care has been integrated into the exercise of the Family Health Strategy (FHS) as a way of accessing professional health care to the community and to the home, the living environment of patients and families. Thus, this action research was carried out, aiming to recognize how the lack of organized work processes makes it difficult to not provide home health care and care in the FHS of Vila do Louro, and must be carried out by the team professionals. The data for formulating the actions were collected through workshops held as part of the Specialization Course in Family Health, with the participation of the team and the local community to formulate an intervention plan. It was observed that this type of assistance is not carried out within the territory, although the home visit presents itself as a powerful tool for planning health actions and reorienting practices, it still finds important obstacles to its consolidation considering its importance and in its different dimensions by professionals, who exercise it in order to seek continuity of home care.

Keywords: home care, home visit, work process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

VD – Visita domiciliar

PS – Postos de saúde

VDs – Visitas domiciliares

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Justificativa	14
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivos Gerais	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 Implicações Éticas.....	16
3.2 Delineamento do Estudo	16
3.3 População de Estudo.....	17
3.4 Variáveis do Estudo.....	17
3.5 Análise Estatística dos Dados	17
4. RESULTADOS	18
5. DISCUSSAO.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
7. REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO

O município de Garrafão do Norte tem população de 26.066 habitantes. A história do município, está estreitamente vinculada aos capítulos recentes da história política, econômica e administrativa do Município de Ourém. O nome deste Município advém da mesma denominação que recebe o igarapé que passa pela sua sede municipal. Nos relatos da sua história indica-se que, originalmente foi conhecido pelo nome de Povoado do Garrafão, mas, como no Estado de Espírito Santo, existe um núcleo urbano com a mesma denominação, lhe foi acrescentado o topônimo do Norte.

O povoado que lhe deu origem teve como primeiros moradores, quase na sua totalidade, descendentes de nordestinos e imigrantes, que constituíram as chamadas frentes pioneiras na década dos anos 50 que receberam auxílio do governo estadual para a construção de uma estrada que ligou Garrafão a Mamorana, assim como para a construção de cinco pontes consideradas de importância vital para o escoamento da produção agrícola.

Posteriormente, devido ao dinamismo da sua economia, foi elevado à categoria de distrito do Município de Ourém, já com o nome de Garrafão do Norte. No ano de 1988, mediante os dispositivos contidos na Lei nº 5.445, de 10 de maio, foi-lhe outorgado o reconhecimento como Município do Estado do Pará. Foi constituído com áreas patrimoniais do território do Município de Ourém.

No ano de 2019, o município alcançou 100% de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF), totalizando 8 equipes distribuídas em 4 na zona urbana e 4 em zona rural; 5 equipes de saúde bucal, sendo 3 em zona urbana e 2 em zona rural. O município também dispõe de 5 PS (postos de saúde) localizados em zona rural, que funcionam como apoio à saúde, com atendimentos emergenciais de técnicos em enfermagem.

Dentro do cenário, a ESF da Vila do Louro concentra alguns pontos importantes na realização de visitas domiciliares, cuidado e acompanhamento domiciliar, com ferramentas e dispositivos para consolidação do mesmo para implementação de um processo de trabalho consolidado.

E possui um hospital municipal de pequeno porte, funcionando 24 horas com regime de plantão médico e de enfermagem integral com serviços de Urgência e

Emergência, clínica média, pediatria, obstetrícia. Além disso, como todo estabelecimento de saúde da atenção primária à saúde (APS), encontram dificuldades no cumprimento de processos de trabalhos eficazes para a qualidade do atendimento.

Contudo, com a necessidade da ampliação dos serviços através da estratégia tem encontrado algumas barreiras e limitações para promover as mudanças do modelo assistencial. Em sua formulação, deveria ter caráter substitutivo por ampliar o envolvimento da participação da comunidade e assim traduzir em mudanças a rede tradicional de saúde, bem como desenvolver com base na população adstrita no território, definido de acordo com o planejamento e diagnóstico situacional. Entretanto, encontramos ainda, em muitos municípios, sobretudo nos grandes centros urbanos, a concomitância dos dois modelos (GIOVANELLA et al., 2009; CONILL, 2008; ESCOREL et al., 2007, p. 784).

Com base na APS os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) vem se apropriando de estratégia para a organização do sistema de saúde e de acordo com às necessidades de saúde da população. Neste contexto, as medidas devem atender com base em ações de saúde que atenda as famílias, anteriormente voltadas à cobertura de pequenos municípios, com foco em áreas de maior risco social, e como política de governo que passam a fazer parte da agenda do governo federal, a partir de meados da década de noventa, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF).

A produção de novos modos de cuidado, envolve uma equipe multiprofissional e que fossem capazes de valorizar os serviços da ESF que propõe a visita domiciliar (VD) como instrumento central no processo de trabalho das equipes (BORGES, D'OLIVEIRA, FILGUEIRAS, SILVA, 2011, p. 470).

Os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. Esse modo de organização denomina-se redes de atenção à saúde, definindo assim a singularidade de seus processos descentralizadores ante outros setores sociais (MENDES, 2009).

O presente trabalho analisa o processo de trabalho das equipes da estratégia de saúde da família da vila do Louro durante as visitas domiciliares, e discute os

desafios na VD por vir a contribuir para a reorientação do trabalho em equipe e para a produção do cuidado em saúde.

1.1 Justificativa

A necessidade da reorganização dos serviços de saúde através da APS ou atenção básica a saúde é notória da importância de garantir que os serviços de saúde estejam preparados e organizados a fim de atender e/ou assistir sua população. É neste momento que se busca realizar um acolhimento que permita uma atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência.

Após realizar encontros com a equipe de saúde da Unidade da ESF da vila do Louro, em Garrafão do Norte, objetivou-se discutir as oficinas realizadas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família percebemos que um dos principais entraves estavam na Organização dos Processos de Trabalho com objetivos traçados, realização de visitas domiciliares, e a continuidade do cuidado e acompanhamento domiciliar. Um estudo baseado em análise de percepções de entraves pela equipe de saúde, quase sempre sem ser realizados, dificultava conhecer a realidade e a partir do estudo almejar o que se queria alcançar.

Deu-se que, ao depararmos com a realidade e colocarmos os problemas em questão podemos perceber que nossas dificuldades vão muito além da falta de um processo de trabalho consolidado, mas na maneira em que estamos trabalhando: sem organização e sem saber onde queremos chegar.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar como o processo de trabalho está organizado para a continuidade, acompanhamento do cuidado domiciliar e realização de visitas domiciliares na ESF da Vila do Louro.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o cenário para realizar as devidas intervenções incentivando e fortalecendo a produção do cuidado;
- Implementar medidas relativas à consolidação de processos de trabalhos eficazes para continuidade no cuidado domiciliar;
- Desenvolver estratégias para realização de visitas domiciliares;
- Garantir a continuidade do cuidado no âmbito domiciliar com vinculação da equipe de saúde da família;
- Analisar a eficiência destas medidas de intervenção como parte integrante do plano de ação desenvolvido pela comunidade e equipe.

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

Para este trabalho, não houve implicações éticas, mas seguiu os princípios éticos de uma pesquisa com seres humanos, pois foram analisados dados secundários, impossibilitando identificação de participantes da pesquisa, de acordo com art. 1º, parágrafo único, inciso V, VI da resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Trata-se de um projeto de intervenção e se pautou nos protocolos do Ministério da Saúde e não realizou ensaios clínicos.

A análise sobre as relações de processos de trabalho, com a percepção de um diagnóstico e formulação de medidas transformadoras que foram implementadas em benefício da produção de ferramentas de trabalho foram as norteadoras desse projeto.

3.2 Delineamento do Estudo

Para este estudo, o método de trabalho realizado foi por meio de uma intervenção na forma de trabalho da ESF com a comunidade, sendo feita uma análise de como eram as visitas e cuidados com os pacientes em domicílio.

Dessa forma, buscou-se análise a existência e aplicação dos seguintes recursos de trabalho: a formulação com a equipe de um processo de trabalho adequado à rotina e realidade da ESF e da comunidade; planejamento das ações a serem desenvolvidas para retomada, bem como continuidade das visitas domiciliares; controle da demanda de pacientes que necessitam de cuidado domiciliar; realização de visitas domiciliares como rotina de trabalho; aquisição ou locação de transporte adequado com definição de papéis para os atores inseridos dentro deste plano, traçando ações de intersetorialidade, firmando parcerias para que o plano seja viável e atinja os objetivos propostos. Para a ausência de todos ou somente de alguns recursos, esse presente trabalho se propõe a criar e aplicar tais ferramentas de trabalho.

Ressalta-se que a intervenção visou atingir tanto os pacientes como também os membros da equipe da ESF, o que necessitou da colaboração de todos.

3.3 População de Estudo

Para a realização deste trabalho, foram contemplados dois grupos de trabalho: população (200 pessoas) e funcionários da ESF (20 pessoas). Para o primeiro público, foram utilizados como critérios de inclusão serem maiores de idades, ambos os sexos, estar cadastrado na ESF, bem como estar em atendimento e/ou acompanhamento pela própria ESF. Já como exclusão foram considerados os pacientes com a Covid-19 ou ausentes da comunidade durante o presente trabalho. Já para o segundo público, foram vistos como critérios de inclusão os funcionários cadastrados e ativos da ESF, ambos os sexos e atuante nas visitas domiciliares. Já como exclusão, considerou-se funcionários com Covid-19 e/ou ausente da comunidade no momento das atividades.

3.3 Variáveis do Estudo

Para o desenvolvimento deste trabalho e como produto o plano de ação, foi realizado um diagnóstico situacional nos momentos de interação entre equipe e comunidade com a realização de oficinas mediadas pelo médico da ESF, onde através da observação de entraves e nós críticos, então foi possível delimitar as variáveis como: existência de planejamento das visitas domiciliares; há ou não controle da demanda de pacientes que necessitam de cuidado domiciliar; existe ou não realização de visitas domiciliares como rotina de trabalho; há ou não a aquisição ou locação de transporte adequado com definição de papéis para os atores inseridos nas visitas. Essas variáveis qualitativas foram também as norteadoras acerca da intervenção.

3.4 Análise Estatística dos Dados

Todas as variáveis como sendo qualitativas foram colocadas em tabelas e analisadas por meio de interpretação em programa Excel, a fim de gerar melhor visualização e análise. Ressalta-se que o plano de ação é um produto totalmente dinâmico, mutável, que pode se adaptar conforme as intercorrências encontradas no decorrer da implementação.

4. RESULTADOS

Como resultados, nota-se que por meio da análise das formas de trabalho acerca das visitas domiciliares na ESF do Vila do Louro existiam vários assuntos a organizar. Infelizmente, ficou claro durante as oficinas que a equipe não tinha uma organização e/ou metas a cumprir quando se fala sobre as visitas domiciliares. Vários funcionários como ACS, enfermeiros e técnicos de enfermagem foram questionados a respeito de como faziam tais visitas. Sendo que todos foram unânimes em admitir que as visitas ocorriam de acordo com pedidos dos pacientes e/ou quando alguém ficava muito ausente da ESF, mas sem considerar rotina de visitas, cronogramas e prioridades (Tabela 1). Ressalta-se que essa análise foi feita por meio de uma série de reuniões e oficinas antes e durante a pandemia causada pela Covid-19, mas se seguiu os protocolos de segurança acerca do distanciamento social e presença de álcool em gel.

Tabela 1 – Análise de variáveis acerca das visitas domiciliares da ESF da Vila do Louro.

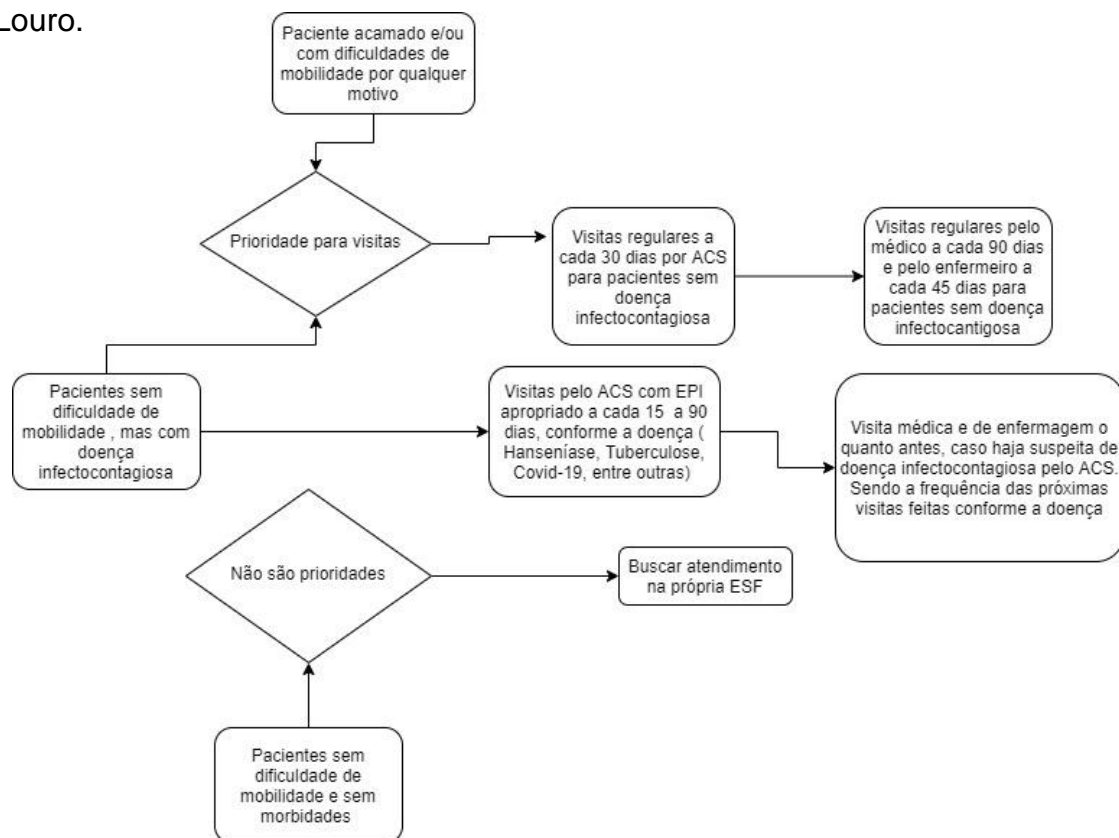
Variável	Realização	Observação
Formulação de um processo de trabalho adequado à rotina e realidade da ESF e da comunidade sobre visitas.	Nunca foi feito.	A equipe se mostrou bem disposta a mudar essa realidade.
Planejamento das ações a serem desenvolvidas para retomada, bem como continuidade das visitas domiciliares.	Já foi feito no passado, mas atualmente não.	Será retomado essa ação
Realização de visitas domiciliares como rotina de trabalho.	Não é feito dessa forma, mas somente quando necessário.	Será feito como rotina, priorizando os pacientes acamados
Aquisição ou locação de transporte adequado com definição de papéis para os atores do trabalho.	Nunca foi discutido sobre isso.	Pretende-se buscar ajuda com a secretaria do município para existir meio de transporte para atingir as comunidades mais carentes.

Fonte: Arquivo do autor.

Por tratar-se de uma comunidade rural, onde a maioria das famílias residentes sobrevivem da agricultura de subsistência e de benefícios dos governos, com baixo índice de escolaridade e outros determinantes sociais, a situação sócio econômica desta população, muitas vezes, torna-se precária. Afinal, além dos fatores descritos acima, trata-se de uma comunidade distante da sede urbana (em torno de 60km), pouco vista pelas autoridades locais, sendo pouco beneficiadas com projetos, os quais promovam a qualidade de vida ou incentivo as suas incrementações financeiras.

Sendo assim, levando em consideração a situação da comunidade, buscou criar estratégia de como melhorar as visitas domiciliares, por exemplo, foi elaborado um fluxograma para visitas (Figura 1), além disso foram determinadas metas a cumprir pelos próximos 6 meses, bem como a criação de uma organização de horário de reuniões acerca do tema e estabelecimento de assuntos a serem discutidos semanalmente com a equipe.

Figura 1 - Fluxograma de atendimento para visitas domiciliares da ESF de Vila do Louro.



Fonte: Arquivo do autor.

Metas a cumprir em até 6 meses.

- Visitar 100% dos pacientes considerados prioridades para visitas.
- Realizar semanalmente discussão de possíveis casos suspeitos de prioridades ao final dos expedientes toda sexta-feira.
- Ter todos os ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médico envolvidos nas visitas.
- Enviar ofício a secretaria de saúde do município, solicitando transporte, em caso de residências muito distantes da ESF (mais de 45 km).

Todas as reuniões semanais devem discutir casos suspeitos, problemas acerca das visitas, bem como dificuldades e melhor resultados obtidos com as visitas. Deixa-se claro que todas essas orientações, oficinas de análise e atualização foram feitas na própria ESF, bem como nas próprias visitas aos pacientes desde os meses de janeiro até julho, sendo os registros feitos, principalmente, antes da pandemia causada pela Covid-19 em 2020 (Figura 2,3).



Figura 2 – Médico e membros da ESF reunidos para discussão de novas estratégias para as visitas domiciliares.

Fonte: Arquivo do autor.



Figura 3 – Médico e membros da ESF reunidos em visita domiciliar.

Fonte: Arquivo do autor.

E para finalizar, os resultados estão articulados para análise e discussão no sentido de aprofundar com os referenciais teóricos sobre visitas, acompanhamentos e cuidados domiciliares da realidade da ESF da Vila do Louro, com vistas a constituição de um plano de ação organizado no trabalho

5. DISCUSSAO

Diante da análise desse presente trabalho, ficou claro que não temos uma visita domiciliar organizadas na ESF de Vila do Louro, pois se nota que durante as oficinas com a equipe, estes relataram não ter uma organização e/ou metas a cumprir quando se fala sobre as visitas domiciliares. Sendo assim, algo a se mudar.

No entanto, devemos compreender que para uma efetivação dos objetivos desse estudo, então foi fundamental a realização de um planejamento junto com a equipe e com a participação da comunidade, formando um tripé para entender, enfrentar e solucionar o problema proposto, algo que, sim, buscamos fazer.

Somado a isso, devemos compreender que as VDs são meios, os quais permitem conhecer, principalmente, as condições de vida e habitação das famílias, bem como as relações, as quais estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento, mas também o direcionamento das ações, cuja a intenção é a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado (CUNHA & SÁ, 2013). Fica claro o quanto importante é fazer as visitas domiciliares, mas também tê-las organizadas.

No entanto, devemos deixar claro e até mesmo destacar que somente a adoção da VDs pela equipe não é suficiente para melhorar e garantir assistência em saúde de qualidade entre a equipe com os usuários e comunidade. Afinal, para Neves et al. (2012), o trabalho das VDs é uma construção constante, que dificilmente vai acontecer em situações onde a VDs são utilizadas como algo improvisado.

No mais, sabemos que são diversas as dificuldades quando falamos em visitas domiciliares. Afinal, organizar tal tarefa precisa ser pensada e pautadas nas nos possíveis condicionantes das dificuldades de se entrar no território. Lá se encontram os desafios de estar diante de uma demanda de pacientes não diagnosticados, com necessidades ainda desconhecidas, entrar em contato direto com o imprevisível (doenças) prescrever estilos de vida e invadir intimidades de pessoas sem a mediação do consultório médico, bem como seus instrumentos tecnológicos (CUNHA & SÁ, 2013). Logo, tais empecilhos nos levam a pensar como é preciso ter metas e condutas diante de tal problemática a ser enfrentadas.

Ademais, para Pietroluongo e Resende (2007), as VDs devem ser vistas como um instrumento para buscar o acompanhamento e a reintegração social de vários pacientes, principalmente, os portadores de doenças mentais, os quais tem as VDs como um excelente momento de avaliação.

A VD é um instrumento, o qual dá um momento de permissão para conhecer a família, suas formas de trabalho e vida, relações interpessoais e como tudo isso pode contribuir para o cuidado, cura ou recuperação de problemas de saúde. No mais, possibilita reconhecer como está determinada situação familiar, sendo a prática da VD envolver como se entende as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade atualmente (SOUZA, LOPES, BARBOSA, 2004).

Dessa forma, esse presente trabalho buscou alternativas e estratégias, as quais pudessem melhorar as VDS, por exemplo, estabelecer pacientes como prioridades para uma VD. Afinal, para Mendes (2010), existe uma necessidade de critérios, os quais devem ser criados para organização da demanda dos pacientes e programação das ações de saúde com estabelecimento de prioridades como nas VDS.

Ademais, buscou-se a criação de metas a serem cumpridas em um prazo de até 6 meses, pois uma VD é uma forma de atuação terapêutica em domicílio para os pacientes acamados, bem como uma maneira, na qual a equipe realiza a busca ativa de pacientes ausentes, identificação da demanda reprimida, faz atividades de Educação em Saúde de maneira mais singularizada (ABRAHÃO & LAGRANGE, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de não haver visitas domiciliares organizadas frequentemente, as oficinas realizadas com a equipe mostraram a importância de conhecer todo o processo de trabalho e estabelecer metas, ficou claro que não temos uma equipe de saúde bem disposta a organizar as visitas domiciliares na ESF de Vila do Louro de forma periódica no curto prazo, pois se nota que durante as oficinas com a equipe, estes relataram não ter uma organização e/ou metas a cumprir quando se fala sobre as visitas domiciliares.

Assim, a implementação deste projeto refletiu como um grande avanço na condução de uma assistência ao cuidado domiciliar melhor, pois visa garantir a implementação de um processo de trabalho, o qual permita desenvolver as ações propostas de intervenção levando mais qualidade na oferta dos serviços de saúde.

Logo, todas as ações realizadas por esse trabalho puderam contribuir ainda mais com a qualidade de vida das pessoas da comunidade de Vila do Louro, permitindo acesso a uma assistência de qualidade.

7. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.151-71.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.461-72, 2011.

CUNHA, M.S.; SÁ, M.C. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.17, n.44, p.61-73, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, n.14, v.3, p.783-94, 2009.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. **Como planificar la investigación-acción**, Barcelona: Laertes, 1988.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NEVES, R. et al. A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. **Avances en Psicología Latinoamericana**, n.30, v.1, p.356-368, 2012.

SÁ, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, n.13, v.1, p.651-64, 2009.

SÁ, M.C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. 2005. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

SOUZA, C.R.; LOPES, S.C.F.; BARBOSA, M.A.A. Contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Rev UFG**, v.6, n1, p1-10, 2004.