

DANIELA SOARES ROSA FERREIRA

**A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COELHO PARA SISTEMATIZAÇÃO
DA VISITA DOMICILIÁRIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Lagoa Santa – Minas Gerais

2013

DANIELA SOARES ROSA FERREIRA

**A UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE COELHO PARA SISTEMATIZAÇÃO
DA VISITA DOMICILIÁRIA EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - Orientador

Prof^a Daniele Falci de Oliveira - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 06 / 07 / 2013

DEDICATÓRIA

A toda a população pertencente à Equipe verde por renovar em mim o desejo de ser
uma profissional e uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos dá a vida e faz renascer em nossos corações a fé nas pessoas e em um mundo melhor.

A todos os colegas do Centro de Saúde São Bernardo com os quais aprendo a cada dia, pelo companheirismo e acolhida.

Ao meu noivo Márcio por toda ajuda e companheirismo.

Em especial ao meu orientador Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena pela grande dedicação, paciência e orientação para conclusão deste trabalho.

“[...] Há diversas formas de casa e uma única forma de lar: aquele que abriga o descanso, o cansaço, o pensamento, a embriaguez, a raiva, a lembrança e o sonho de quem nele vive”.

Maria Amélia Medeiros Mano

RESUMO

Em janeiro de 2013 a Equipe de Saúde da Família, realizou o levantamento de problemas da comunidade. Após estudo sobre relevância dos problemas e capacidade de governabilidade da equipe, priorizou-se atuar sobre a situação “pouco tempo disponível na agenda da equipe para ações programadas, com ênfase na visita domiciliar”. Este trabalho visa apresentar o Plano de Ação para intervenção no problema citado. Tendo em vista que a equipe não tem governabilidade sobre todos os aspectos do problema, focou-se a ação sobre o Processo de Trabalho da equipe. Foi proposto utilizar a Escala de Coelho, um instrumento que se destina á classificar o risco das famílias da área de abrangência da equipe. A utilização de instrumento próprio para classificação de risco familiar, como a Escala de Coelho, visa estabelecer critérios objetivos para a priorização das visitas domiciliares, garantindo otimização dos recursos da equipe, sistematização do processo de trabalho e garantia de equidade nos serviços prestados. Utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional, foi estabelecido plano de ação, com vistas a sistematizar o processo de visitas domiciliares na Equipe de Saúde da Família e ainda a reorganização das agendas de trabalho. Diversos fatores foram identificados como detentores de recursos necessários para a realização do plano de ação e ações estratégicas foram definidas para que os mesmos pudessem contribuir para este fim. O plano de ação, entretanto não é um instrumento acabado e para alcançar efetivamente os resultados desejados deve ser acompanhado e reestruturado sempre que necessário.

Palavras chave: “Visita Domiciliar”, “Saúde da Família” e “Enfermagem Familiar”

ABSTRACT

In January 2013, the Family Health Team, conducted the data collection of community problems. After study about the relevance of problems and ability to governance team, it was prioritized to work on the situation "little available time on the team schedule to planned actions, with emphasis on home visits." This paper aims to present the Action Plan for intervention in the mentioned problem. Considering that the team does not have governance about all the aspects of the problem, the action focused on the process of team work. It was proposed to use the Escala de Coelho, an instrument that intends to classify the family risk of the team coverage area. The use of a suitable instrument for classification of family risk, as the Escala de Coelho, aims to establish objective criteria to the prioritization of home visits, ensuring the optimization of the team resources, the systematization of the work process and to ensure the equity in the performed services. Using the methodology of situational strategic planning, the action plan was established, with the aim of systematizing the process of home visits in the Family Health Team and also the reorganization of work schedules. Several agents were identified as having the needed resources to carry out the action plan and strategic actions were defined so that they could contribute to this goal. The action plan, however, its not just a ready instrument and to effectively achieve the desired results should be monitored and restructured whenever necessary.

Keywords: "Home Visit", "Family Health" e "Family Nursing".

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Número da população atendida pela Equipe Verde do Centro de Saúde São Bernardo/ Belo Horizonte de acordo com o sexo.14

Tabela 2- Número da população atendida pela Equipe Verde do Centro de Saúde São Bernardo/ Belo Horizonte, de acordo com as fases do ciclo de vida.....14

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Escala de Coelho - Savassi.....	26
Quadro 2- Relação de problemas Identificados na ESF.....	29
Quadro 3- Relação de causas, com destaque para o nó crítico do problema “Tempo Restrito para Realização de Visitas Domiciliares”.....	32
Quadro 4- Desenho de Operações para os “nós críticos” do problema Tempo Restrito para Realização de Visitas Domiciliares.....	33
Quadro 5 - Recursos Críticos para colocar em prática as operações para resolver o problema tempo restrito para realização de visitas domiciliares.....	34
Quadro 6- Análise de viabilidade das operações propostas para solucionar o problema de Tempo Restrito para Realização de Visitas Domiciliares.....	34
Quadro 7- Plano Operativo.....	36
Quadro 8- Planilha para acompanhamento de projetos.....	39
Quadro 9- Planilha para acompanhamento de projetos.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura1- Árvore explicativa do Problema Tempo Restrito para Realização de Visita Domiciliar.....	31
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CS- Centro de Saúde

ERF-CS- Escala de Risco Familiar Coelho- Savassi

ESF- Equipe de Saúde da Família

IVS- Índice de Vulnerabilidade à Saúde

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

NESCON- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBH- Prefeitura de Belo Horizonte

SEMUSA- Secretaria Municipal de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais

VD- Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1-	INTRODUÇÃO -----	12
2-	JUSTIFICATIVA -----	17
3-	OBJETIVOS	
	3.1- Objetivo Geral -----	19
	3.2- Objetivos Específicos -----	19
4-	METODOLOGIA -----	20
5-	REVISÃO DE LITERATURA -----	21
	5.1- Visita Domiciliar: Breve Histórico -----	21
	5.2- Visita Domiciliar: Aplicação, importância e desafios para a estratégia de Saúde da Família -----	23
	5.3- Escala de risco familiar -----	25
6-	PLANO DE AÇÃO -----	27
	6.1-Identificação do Problema-----	27
	6.2-Priorização do Problema-----	28
	6.3- Descrição e Explicação do Problema-----	30
	6.4- Seleção de nós Críticos-----	32
	6.5- Desenho das Operações-----	33
	6.6- Identificação de Recursos Críticos-----	34
	6.7- Plano Operativo-----	36
	6.8- Projeto “Verde Lar”-----	37
	6.9- Projeto “Pedras Grandes”-----	38
	6.10- Gestão do Plano-----	39
7-	DISCUSSÃO E RESULTADOS -----	41
8-	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	43
	REFERÊNCIAS-----	45

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde da família, iniciada no Brasil em 1994, propôs uma nova estrutura para os serviços de saúde, além de modificar a forma de relação com os usuários e com os demais níveis de complexidade assistencial. Visa prestar assistência integral, universal, equânime e resolutiva, no âmbito do Centro de Saúde e também do domicílio (SANTOS, 2008).

O Centro de Saúde São Bernardo foi inaugurado em 1955 e, inicialmente, funcionava com área física inadequada para a realização de todas as atividades inerentes a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Visando melhorias, passou por reformas no ano de 1979 e novamente em 2006. Ele fica localizado na Rua Vasco da Gama 334, Bairro São Bernardo, distrito sanitário Norte. Situa-se em uma área atrás do aeroporto da Pampulha, fazendo limites com o Centro de Saúde São Tomás, Heliópolis, Guarani e Primeiro de Maio. Possui uma população estimada de 10000 pessoas, que são atendidas por três Equipes de Saúde da Família (ESF), equipe Verde, Branca e Rosa.

Em Belo Horizonte, a implantação da Estratégia de Saúde da Família ocorreu no ano de 2002, e trouxe grandes avanços para a população como a ampliação do acesso aos serviços de saúde e diversificação das ações de promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2009). Por outro lado, desnudou questões delicadas como a extrema pobreza, violência e problemas familiares (MINAS GERAIS, 2009).

As condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam suas oportunidades à saúde, doença, e também sua expectativa de vida (MINAS GERAIS, 2009). Por isso em uma mesma cidade temos diferentes populações com diferentes riscos de adoecer. O índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) ajuda na organização assistencial a essas populações. Cenários socioculturais diversos exigirão distintas formas de atuação dos serviços de saúde:

[...] diferenças intra-urbanas no estado de saúde da população são muito evidentes. Através de um indicador composto, denominado Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), conhecido como “Indicador de Risco”, foram definidas quatro categorias de risco de adoecer e morrer para a população do município: risco baixo (28% da

população), risco médio (38% da população), risco elevado (27% da população) e risco muito elevado (7% da população) (MINAS GERAIS, 2009, p.16).

O Centro de Saúde São Bernardo foi inaugurado em 1955 e inicialmente, funcionava com área física inadequada para a realização de todas as atividades inerentes a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Visando melhorias, passou por reformas no ano de 1979 e novamente em 2006. Ele fica localizado na Rua Vasco da Gama 334, Bairro São Bernardo, distrito sanitário Norte. Situa-se em uma área atrás do aeroporto da Pampulha, fazendo limites com o Centro de Saúde São Tomás, Heliópolis, Guarani e Primeiro de Maio. Possui uma população estimada de 10000 pessoas, que são atendidas por três Equipes de Saúde da Família (ESF), equipe Verde, Branca e Rosa.

A autora deste trabalho é enfermeira e membro da equipe Verde há dois anos, anteriormente trabalhou como enfermeira em outra equipe da UBS, atendendo uma população com características diferentes da equipe Verde.

As equipes são classificadas de acordo com o índice de vulnerabilidade à saúde sendo: Equipe Rosa, médio risco, equipe branca, elevado risco e equipe Verde, muito elevado risco.

No centro de saúde São Bernardo, encontramos grandes diferenças entre as equipes. Ao mesmo tempo em que temos famílias de classe média, pertencentes às áreas das equipes Lilás e Rosa, temos famílias que vivem em extrema pobreza, pertencentes à área da equipe Verde.

A equipe verde é dividida em quatro microáreas, está localizada na região chamada de Vila Aeroporto, é uma comunidade empobrecida, marcada pela violência, e vive em ambientes com condições precárias. A área é denominada pela população como Vila, ou Ilha, e para chegar ou sair da mesma é necessário realizar a travessia de uma pequena ponte sobre o córrego que corta a região. Essa ponte é tida como ponto estratégico por traficantes de dentro e de fora da Ilha.

A equipe apresenta uma população composta por muitos adultos, crianças e jovens com leve predomínio da população feminina (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Número da população atendida pela Equipe Verde do Centro de Saúde São Bernardo/Belo Horizonte, de acordo com o sexo.

Sexo	N	%
Masculino	1090	48%
Feminino	1175	52%
Total	2265	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2013).

Tabela 2 - Número da população atendida pela Equipe verde do Centro de Saúde São Bernardo/Belo Horizonte, de acordo com as fases do ciclo de vida.

Ciclo de Vida	N	%
Crianças (<10 anos)	302	13%
Adolescentes (>=10 e <20)	424	19%
Adultos (>=20 e <60)	1305	58%
Idosos (>=60)	234	10%
Total	2265	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2013)

[...] A diferença entre essas populações pode ser observada ao analisarmos a mortalidade proporcional (%), segundo grupos etários, estratificada pelo IVS para o ano de 2000. Oitenta e dois por cento dos residentes nas regiões classificadas como “baixo risco” morrem com idade acima dos cinquenta anos, enquanto que **nas áreas de “risco muito elevado” cinquenta e dois por cento da população morrem antes de atingir essa idade** (MINAS GERAIS, 2009, p.16, Grifo Nosso).

Trata-se de uma população que tem em seu seio os problemas de violência, tráfico de drogas e miséria, arraigadas ao seu dia a dia. Certa vez uma catadora de recicláveis nos disse durante a realização de um curativo: “Não posso

deixar de ganhar meu dinheiro pra ficar vindo aqui renovar receitas e consultar se eu não tenho nada! Eu preciso trabalhar, isso sim”. Essa fala e postura não são únicas e nos desperta para a necessidade de tratar de forma diferente o usuário que tem necessidades diferentes.

Baseado em diagnóstico situacional prévio, fizemos um levantamento dos problemas. Entre os vários problemas citados, escolhemos iniciar pela questão da falta de tempo destinado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) para atuar junto à população em atividades programadas. E entre as várias atividades programadas que necessitam ser expandidas, destacamos a visita domiciliar (VD).

As VD constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família. Por meio desse recurso podemos entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário (REINALDO; ROCHA, 2002, p. 36).

Muitos usuários apesar de não terem restrição ao domicílio acabam por necessitar de atenção domiciliar tendo em vista a complexidade de seu quadro clínico associado a questões sociais como, baixo grau de instrução, alto número de dependentes, baixas condições de higiene, ou ainda medo de ter a vida em risco ao atravessar a ponte que separa a Ilha do restante do bairro. Todos os fatores citados contribuem para a criação de uma demanda reprimida de visitas domiciliares.

O pouco tempo disponível na agenda da ESF para as atividades programadas é inerente a fatores muitas vezes fora da governabilidade da equipe, como por exemplo, o quadro de profissionais incompleto, o que obriga os demais profissionais a permanecerem dentro da UBS para dar cobertura ao colega ausente ou ainda o excesso de demanda de casos agudos, entre outros.

Tendo em vista o problema posto, ou seja, demanda reprimida das Visitas Domiciliares e tempo restrito para a sua realização, optamos por realizar um plano de ação com o objetivo de sistematizar as visitas na equipe Verde para permitir a priorização das famílias mais necessitadas, de forma a garantir a reorganização do processo de visitas domiciliares e equidade na assistência prestada.

A visita domiciliária enquanto instrumento de trabalho da atenção primária à saúde ganhou força com a implantação da Estratégia Saúde da Família, uma vez que é o principal instrumento de atuação do agente comunitário de saúde (ACS) (SANTOS, 2008). Os ACS realizam, pelo menos, uma visita mensal para cada

família de sua área de atuação, oferecendo atenção especial para grupos prioritários como gestantes e crianças (BRASIL, 2001).

2 JUSTIFICATIVA

O Centro de Saúde São Bernardo é uma UBS que funciona 12 horas por dia. O horário de trabalho diário de seus funcionários, no entanto, é de apenas oito horas. O atendimento ofertado na UBS se divide em dois blocos principais, demanda espontânea e demanda programada. A demanda programada inclui consultas agendadas, atividades em grupo e visitas domiciliares. Cada ESF organiza sua agenda de atendimento programado de acordo com sua necessidade e características específicas da população. Como nenhum médico ou enfermeira permanece na UBS por todo seu tempo de funcionamento, o atendimento de casos agudos vindos por demanda espontânea se torna o grande desafio para todas as ESF.

A alternativa encontrada pelos profissionais da UBS foi criar escalas de coberturas para atendimento de casos agudos. O médico e a enfermeira escalados naquele horário são responsáveis pelo atendimento dos casos agudos de todas as ESF. Essa estratégia não só garante atendimento à toda população, mas permite ainda que todos os profissionais tenham, em suas agendas, horários protegidos para a realização das atividades programadas.

A ausência de um profissional, no entanto, em férias ou quando a ESF está incompleta, afeta diretamente a organização de trabalho das demais equipes, uma vez que os demais profissionais precisam cobrir o horário do colega ausente, e o fazem a custas de tempo antes destinado à demanda programada.

Nos últimos 08 meses o Centro de Saúde São Bernardo passa por este tipo de problema, com ausência de médico em uma das ESF e em alguns momentos em duas delas. Isso afetou diretamente a organização da equipe Verde, que reduziu muito o tempo disponível para as visitas domiciliares.

Tendo em vista esse contexto, a ESF viu a necessidade de organizar melhor seu processo de visitação, com vistas a aperfeiçoar o serviço ofertado e garantir equidade na assistência prestada.

Optamos pela utilização de um instrumento que permite a classificação do risco familiar – a Escala de Coelho, por sua facilidade de aplicação, uma vez que se baseia em dados colhidos da ficha A dos ACS. Essa, avaliando dados como condições de moradia, condições de saúde e psicossociais, estabelece três níveis

de risco familiar: risco um, dois ou três. Esse último nível indica a existência de maior número de fatores de risco (SCHLITHLER,2010).

Esta escala será aplicada em todas as famílias pertencentes à equipe Verde e a análise dos dados permitirá um diagnóstico mais preciso sobre quais e quantas são as famílias de maior risco na área. Além disso, acreditamos que a utilização da escala de Coelho irá nos ajudar a reorganizar o processo de trabalho da ESF, por permitir identificar quais famílias devem ser priorizadas neste processo de visitação, ajudando-nos na otimização dos recursos, sejam físicos ou materiais, disponibilizados para realização da VD.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Sistematizar o processo de realização de visitas domiciliares na Equipe Verde de Saúde da Família, do Centro de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte/MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Propor plano de ação que estabeleça estratégias para reorganização do processo de visitas domiciliares da equipe;
- Propor aplicação do instrumento de classificação de risco familiar (Escala de Coelho-Savassi) em todas as famílias cadastradas na área de abrangência da equipe;
- Propor a Identificação de quantas e quais são as famílias de maior risco na área de abrangência da equipe;
- Estabelecer junto à ESF uma rotina de visitação baseada no nível de risco da família.

4 METODOLOGIA

Campos, Faria e Santos (2010) afirmam que quando desejamos alcançar objetivos complexos, e quando necessitamos fazê-lo de forma coletiva, torna-se indispensável utilizar um método de planejamento.

Baseado em diagnóstico situacional prévio, foi feito o levantamento de alguns problemas que necessitavam de intervenção na ESF, e entre eles citamos: falta de saneamento básico, falta de adesão dos pacientes diabéticos aos tratamentos propostos, gravidez indesejada, violência, tráfico de drogas, e por fim, equipe de saúde da família com tempo restrito para a realização de visitas domiciliares. Este último foi priorizado para receber intervenção da equipe.

Visando a fundamentação teórica para a realização do presente trabalho, buscamos artigos que nos permitissem entender e conhecer novos processos de organização das visitas domiciliares nas equipes de saúde da família. Foi realizada uma busca junto a biblioteca eletrônica SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Google Acadêmico e LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe*), por artigos publicados em língua portuguesa e inglesa, no período de 2009 a 2012 e que tivessem relação com o tema proposto, sendo utilizados os seguintes descritores: “visita domiciliar”, “saúde da família”, “enfermagem familiar”.

Foi proposta a utilização da Escala de Risco Familiar Coelho-Savassi (ERF-CS), um instrumento de classificação de risco familiar, com vistas a estabelecer o grau de risco de cada família, e assim definir critérios objetivos para priorização das visitas. Mediante a análise dos dados de classificação de risco das famílias cadastradas na área de abrangência da equipe, objetivamos criar rotina de visita baseada no grau de risco estabelecido.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Visita Domiciliar: Breve Histórico

Os primeiros relatos sobre visita domiciliar no Brasil, datam do ano de 1921, quando o sanitarista Carlos Chagas, criou um curso de treinamento para visitadoras (AUGUSTO, 1980 *apud* SANTOS, 2008, p.223):

[...] No ano de 1921, por intermédio de Carlos Chagas, vem ao Rio de Janeiro um grupo de enfermeiras americanas, com a finalidade de desenvolver um curso para treinamento de visitadoras que deveriam prestar a assistência nos domicílios, levando em consideração, principalmente, um serviço de orientação às famílias no que se referia aos aspectos higiênicos de enfermidades como a tuberculose e ensinar sobre saúde infantil. Este curso se transformou alguns anos após, na Escola de Enfermagem Ana Nery. Simultaneamente a este curso, foi criado em São Paulo, o Curso de Educadoras Sanitárias que tinha exatamente as mesmas finalidades.

De 1920 a 1940, a visita domiciliar foi utilizada principalmente para mudar o perfil epidemiológico da época, onde tínhamos grande parte da população assolada por epidemias de doenças infectocontagiosas como a tuberculose (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), gerou anos mais tarde o Programa de Saúde da Família (PSF), efetivando a visita domiciliar como ferramenta de trabalho.

[...] O Programa de Saúde da Família teve início quando o Ministério da Saúde formula em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [...] A partir da experiência acumulada no Ceará com o PACS, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes nos serviços básicos de saúde no município e começa a enfocar a família como unidade de ação (ROSA; LABATE, 2005, p.1030).

Segundo Egry (2000, p. 223-239), a denominação do procedimento visita domiciliar pode variar.

[...] percebemos na literatura denominações diferentes, ora visita domiciliar, em outros momentos visita domiciliária. Diante disso, o

vocábulo exato para denominar esse procedimento é visita domiciliária, porque, domiciliar é um verbo transitivo direto, significando dar domicílio a; recolher em domicílio; fixar residência ou fixar domicílio, enquanto que domiciliário é um adjetivo relativo a domicílio, feito no domicílio e cujo feminino é domiciliária.

Nos artigos pesquisados para a construção deste trabalho, encontramos a utilização dos dois termos, e apesar do termo visita domiciliária ser o termo gramaticalmente correto, este procedimento é popularmente designado por visita domiciliar, por isso vamos respeitar a utilização de ambos, de acordo com a referência utilizada.

5.2 Visita Domiciliar: Importância, Aplicação e Desafios para a Equipe de Saúde da Família

A visita domiciliar é uma estratégia de grande importância, utilizada por toda ESF para abordar o indivíduo e a família de uma forma mais próxima e eficiente. Sossai (2010) descreve que as principais ações desenvolvidas durante as visitas são: cadastramento, orientações, vigilância à saúde e controle de casos clínicos julgados necessários.

Para que seja realizada de forma adequada é importante que seja feita de forma planejada, com vistas a otimizar os recursos da ESF. Segundo Gaíva e Siqueira (2011), a VD otimiza o cuidado, uma vez que explora tecnologias leves, permitindo aos profissionais de saúde vivenciar o contexto social e condições de vida da família, aumentando assim a resolutividade dos problemas apresentados.

Sossai (2010) reforça as seguintes contribuições da VD: Prevenção de doenças e promoção da saúde, promoção da qualidade de vida, além de contribuir para mudança de padrões de comportamento.

Segundo esse mesmo autor, vários são os problemas encontrados como, dificuldade de acesso às áreas, pouca disponibilidade de transporte oficial da prefeitura, restrição de tempo da equipe, entre outros.

O profissional deve ter cuidado na abordagem aos usuários, principalmente quando dentro de seus lares, pois o contato com a intimidade da família pode trazer desconforto, e até mesmo resistência da mesma para com a ESF. Segundo Mandu *et al.* (2008), deve-se respeitar a autonomia e cultura dos sujeitos envolvidos, pois o caráter compulsório da visita e práticas impositivas não são coerentes com a humanização da assistência.

Silva *et al.* (2007) relata ser importante ter instrumentos que habilitem o profissional a abordar a família como unidade de cuidado, não basta portanto que essa seja uma determinação institucional e política.

O processo de preparação e capacitação da ESF é importante para despertar no profissional a sensibilidade necessária para enxergar as implicações sociais e culturais implícitas nos fatos e rotinas da família. É no cerne da família e do lar que acontecem os processos de adoecimento e cura, sendo fundamental que os profissionais de saúde se apropriem dos elementos que interferem diretamente no

fluxo dessas relações, o que se torna possível através da visita domiciliar. Essa complexa relação das famílias e seus lares foram expressos poeticamente nas transcrições abaixo.

[...] Um lar é mais do que uma construção de tijolos que denominamos casa, é mais que um abrigo ou refúgio, é uma necessidade física e psicológica, um espaço que esteja em “harmonia com a nossa própria canção interior preferida” (BOTTON, 2006 *apud* MANO, 2009, p.461).

[...] Há diversas formas de casa e uma única forma de lar: aquele que abriga o descanso, o cansaço, o pensamento, a embriaguez, a raiva, a lembrança e o sonho de quem nele vive. Há indivíduos que têm uma casa e não têm um lar. Estes podem se distribuir nas diversas classes sociais visto que o lar em si ultrapassa o espaço. É uma construção onde a matéria principal é o afeto (MANO, 2009, p. 466).

O mesmo autor mostra o quanto a privacidade é importante para a qualidade de vida das pessoas, e o quanto algumas famílias em condições de pobreza podem ver-se privadas disso.

[...] Meias paredes são “sinônimo de pobreza, de falta de privacidade, de sons que se escutam em uma única peça dividida: prazeres, choros de filhos, lamentos de velhos, brigas de casais, vida sob os mesmos sons, cheiros e dores, meia parede, meia vida” (MANO, 2004 *apud* MANO, 2009, p.466).

5.3 Escala de Risco Familiar

A escala de risco Familiar ou escala de Coelho-Savassi (ERF-CS) tem fácil aplicação pois utiliza dados já coletados rotineiramente pelos Agentes Comunitários de Saúde, na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Alguns pontos da Ficha A foram destacados como sentinelas de risco,

[...] A Escala de Coelho é uma estratégia desenvolvida em Minas Gerais para a ESF, por meio da qual podemos realizar uma leitura prévia sobre as famílias do nosso território de abrangência. Com base nos critérios de risco identificados na Ficha A (condições de moradia, número de entes etc.), podemos classificar as famílias entre Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (risco leve, moderado ou grave). Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade (SCHLITHLERB; CERON, GONÇALVES, 2010, p.57).

Segundo Savassi, e Coelho (2004) a ERF-CS é um instrumento objetivo e sua aplicação pretende determinar o risco social e de saúde das famílias adscritas à ESF. Os mesmos autores apontam ainda que a ERF-CS tem suas limitações de uso pois não abrange todos os riscos a que uma família pode estar exposta, e apesar de classificar o risco familiar, não tem a finalidade de abordar a dinâmica familiar, mas pode ajudar a selecionar as famílias que se beneficiariam dessas técnicas próprias da medicina de família e comunidade. Nas equipes de saúde da família em que foi aplicada, a escala mostrou-se útil na reorganização da demanda, impactando de maneira positiva o trabalho em equipe (COSTA *et al.*, 2009; SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Encontramos várias experiências de aplicação da ERF-CS em equipes de saúde da família, no entanto os autores deixam claro que este instrumento não está acabado, e que mais estudos e discussões devem ser feitos.

[...] A ERF-CS é um instrumento que precisa ser validado, ampliado e consolidado no âmbito da Atenção Primária brasileira, e para isto é fundamental o entendimento de suas sentinelas como marcadores de risco. Permanecem atuais os questionamentos acerca de pontos de

corde mais flexíveis, áreas de risco e inclusão de novas sentinelas. Com a nova conformação do SIAB, que inclui a opção de assinalar se a família é beneficiária do Bolsa-família e de outros programas sociais do governo federal, abrem-se novas possibilidades de pesquisa (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012, p.184).

O quadro abaixo mostra exemplo da Escala de Coelho-Savassi, as sentinelas de risco e possibilidades de classificação familiar (Quadro1).

Quadro 1 - Dados da ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco/
Classificação das famílias segundo pontuação.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão arterial sistêmica		1
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore 5 ou 6	R1	
Escore 7 ou 8	R2	
Maior que 9	R3	

Fonte: Schlithler, Ceron e Gonçalves (2010, p. 58)

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Identificação do Problema

Para realização do plano de ação foi utilizado como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG. Mediante diagnóstico situacional prévio, realizado junto à equipe, como uma das tarefas previstas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi feita uma avaliação dos principais problemas levantados pela equipe e pela comunidade.

Foram relacionados problemas de caráter socioambientais como: violência, tráfico de drogas, inundações sazonais, processo de desapropriação de parte da Vila Aeroporto, que se mostrou um fator estressante para as famílias desalojadas. Outros problemas identificados foram as gestações não planejadas, baixa adesão a tratamentos propostos pelo serviço de saúde, e ainda o problema de tempo restrito para realização de visitas domiciliares pela ESF.

A população tem pouca mobilização social e muitos moradores sentem-se acuados pela violência vinda do tráfico de drogas.

6.2 Problema Priorizado

Utilizando a metodologia da estimativa rápida criou-se planilha em que os problemas foram identificados e selecionados quanto à prioridade, da seguinte forma:

- *Atribui-se valor “alto, médio, baixo” para a importância do problema.

- *Distribuem-se pontos de acordo com sua urgência.

- *Definiu-se a resolução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro do espaço de governabilidade da equipe.

- *Numerou-se os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios acima relacionados (Quadro 2) .

Quadro 2 - Priorização dos problemas pela Equipe Verde.

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Escore	Seleção
Falta de saneamento	3	2	0	5	6º
Inundações Sazonais	3	3	0	6	5º
Violência	3	3	0	6	4º
Gravidez Indesejada	3	2	1	6	3º
Baixa adesão aos tratamentos	3	2	1	6	2º
Restrição de tempo para Visita Domiciliar	3	3	1	7	1º

Fonte: Autoria Própria (2013).

Por seu grande impacto na organização do serviço e na qualidade da assistência prestada foi priorizado o problema de restrição de tempo para realização da VD.

6.3 Descrição e Explicação do Problema

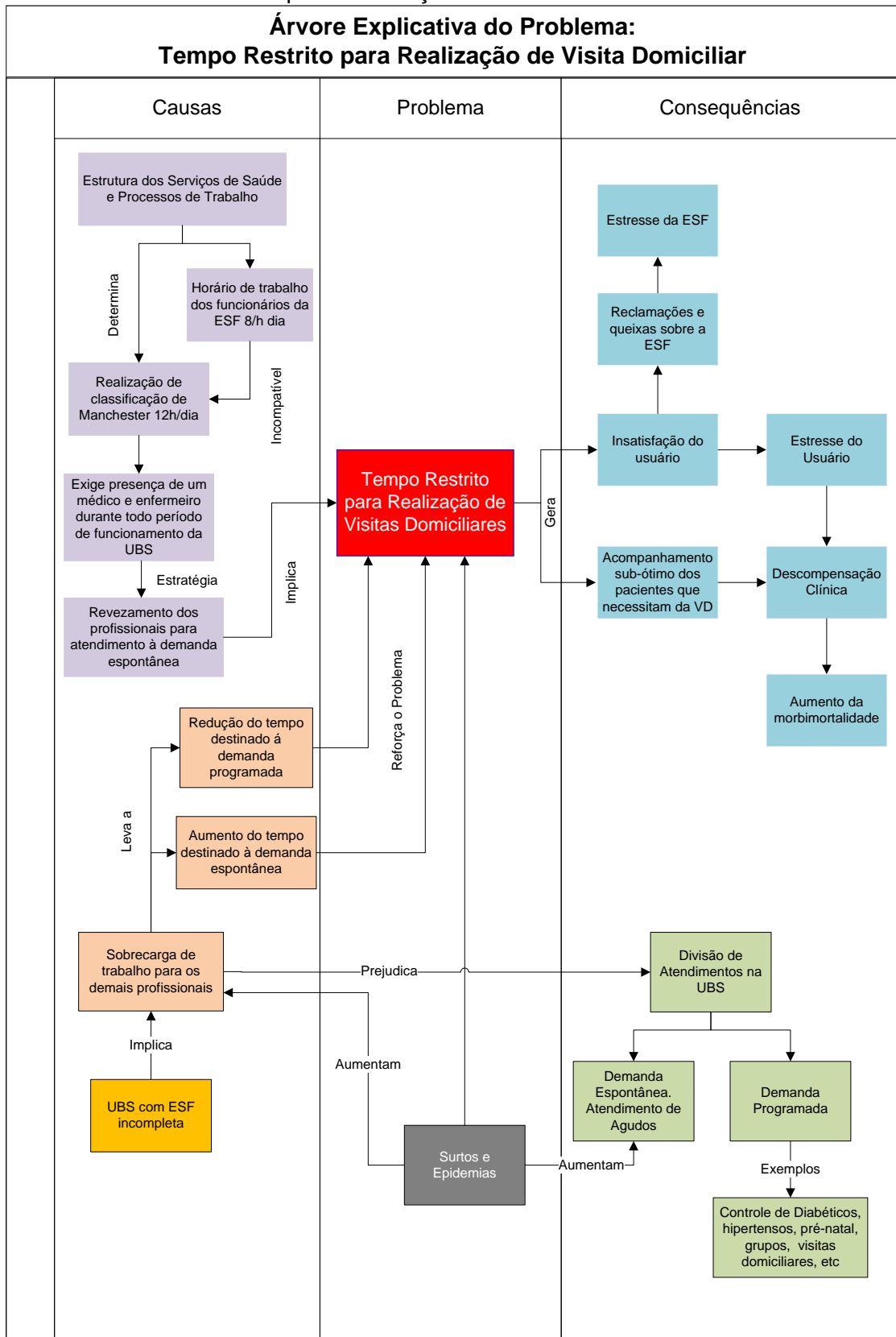
Problemas inerentes à estrutura organizacional do serviço de saúde, e ao processo de trabalho do Centro de Saúde São Bernardo, interferem diretamente na existência e manutenção do problema de tempo disponível para a realização das visitas domiciliares.

Tendo em vista que o horário diário de funcionamento da UBS é de 12 hs e que os profissionais das ESF trabalham apenas oito horas, buscaram-se alternativas para garantir o atendimento de toda a população.

A estratégia utilizada pelos profissionais da UBS foi criar escalas de coberturas para atendimento de casos agudos. O médico e a enfermeira escalados naquele horário são responsáveis pelo atendimento dos casos agudos de todas as ESF. Isso garante atendimento a toda população, e permite ainda que todos os profissionais tenham, em suas agendas, horários protegidos para a realização das atividades programadas.

A ausência de um profissional, no entanto, em férias ou quando a ESF está incompleta, afeta a organização de trabalho das demais equipes, uma vez que os demais profissionais precisam cobrir o horário do colega ausente, e o fazem à custa de tempo antes destinado à demanda programada. Atualmente no Centro de saúde São Bernardo faltam dois médicos de apoio, um clínico e um ginecologista gerando sobrecarga de trabalho aos demais profissionais. As causas e consequências do problema selecionado foram graficamente representadas na Figura 1.

Figura 1 - Causas e Consequências do Problema Tempo Restrito para Realização de Visitas Domiciliares.



6.4 Seleção de Nós Críticos

A identificação das causas de um problema é fundamental. Fazendo uma avaliação detalhada, poderemos identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas para impactar o problema principal e assim realmente transformá-lo. Para realizar essa análise utiliza-se o conceito de nó crítico (CAMPOS *et al.*, 2010).

Savassi e Dias (2007) apontam que para um problema ser considerado um nó crítico ele precisa ser capaz de mudar positivamente o vetor descritor do problema, ser politicamente oportuno e estar dentro da governabilidade dos atores envolvidos.

O quadro abaixo mostra a relação de causas do problema priorizado pela ESF, com destaque para a causa selecionada como nó crítico (Quadro 3).

Quadro 3 - Relação de causas para o nó crítico destacado acima

Nº	CAUSAS RELACIONADAS
1	Equipe de Saúde da Família Incompleta.
2	Estrutura dos Serviços de Saúde
3	Processo de trabalho da ESF: 3.1-Falta de Sistematização das Visitas Domiciliares na ESF. 3.2- Agenda de trabalho da ESF inadequada às necessidades de visitação.
4	Pouca disponibilidade de veículos da PBH para realização de VD
5	Surtos e Epidemias

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.5 Desenho das Operações

Para que seja possível atuar sobre um problema é preciso desenvolver ações que possam modificá-lo. É importante traçar operações voltadas a agir sobre os nós críticos, visto que agir sobre outros tipos de causas poderia não resolver efetivamente o problema e ainda causar desperdício de tempo e desgaste da equipe de trabalho. Deve-se ainda cuidar para que as ações propostas estejam dentro do espaço de atuação dos atores.

[...] Uma operação compreende um conjunto de ações destinadas a alterar um ou vários nós críticos do problema. Toda a operação – OP – depende de ações que estão na área de governabilidade do ator. [...] Cada operação deverá ter um responsável por sua execução (SAVASSI; DIAS, 2007, p.18).

Quadro 4 - Desenho de Operações para os nós críticos

Nó Crítico	Projeto	Resultado	Produto	Recursos
Falta de Sistematização das Vistas Domiciliares da ESF	“Verde Lar” Sistematizar o processo de VD na equipe Verde.	Ter o processo de Visita Domiciliar, reorganizado e sistematizado.	1-Mapeamento de Risco das Famílias (Escala de Coelho) 2-Rotina de Visitação baseada no grau de Risco.	1-Cognitivo: Pesquisa do tema, e técnicas para aplicação da Escala de Coelho. 2-Financeiro: Aquisição de impressos para aplicação da Escala de Coelho. 3-Organizacional: Elaboração de plano para reorganização do processo de VD
Agenda de Trabalho da ESF Inadequada às Necessidades de Visita Domiciliar.	“Pedras Grandes” Reconstrução da Agenda de trabalho do Médico e da Enfermeira da Equipe	Agenda de trabalho do Médico e Enfermeira, adequada às necessidades da equipe e população incluindo as Visitas Domiciliares.	Agenda do profissional médico e enfermeiro com horário protegido para Visita Domiciliar. Aumento de atividades Coletivas.	Organizacional: Reformulação da Agenda de trabalho. Político: Ampliar atividades coletivas com apoio dos demais setores da saúde, NASF, Academia da Cidade, etc...

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.6 Identificação de Recursos Críticos e análise de viabilidade do plano

A avaliação da viabilidade de execução de um plano de ação é fundamental. Uma das ações de análise da viabilidade das operações contempla a identificação dos recursos críticos, os atores que os controlam e seu grau de motivação para a realização dessas ações. Esses fatores estão representados abaixo. (Quadros 5 e 6)

Quadro 5 - Recursos Críticos para colocar em prática as operações para resolver o problema tempo restrito para realização de visitas domiciliares.

PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS
Verde Lar Sistematizar o processo de VD na equipe Verde.	Cognitivo: Realização de revisão literária sobre o instrumento Escala de Coelho, e forma de aplicação. Financeiro: Para Aquisição de cópias impressas da Escala de Coelho. Organizacional: Elaboração do Plano de reorganização da VD, incluindo treinamento dos ACS, construção do mapa de risco das famílias da área, construção de nova rotina de visitação baseada na classificação de risco familiar.
Pedras Grandes Reconstrução da Agenda de trabalho do Médico e da Enfermeira da Equipe	Organizacional: Redimensionar os diversos blocos de consultas programadas (Hipertensos, gestantes, crianças, etc...), de modo que atendam às especificidades da equipe Verde, e garantindo espaço na agenda para realização de Visitas domiciliares. Político: Articular com demais profissionais da equipe, e outros setores da Saúde a ampliação de atividades coletivas, solicitando apoio do NASF(Núcleo de Apoio à Saúde da Família), Academia da Cidade, Saúde Bucal e outros.

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 6 - Análise de viabilidade das operações propostas para solucionar o problema de Tempo Restrito para Realização de Visitas Domiciliares.

Operação	Recurso Crítico	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
	Cognitivo: Pesquisa do tema: Escala de Coelho/Técnicas de aplicação.	Enfermeira e Médico da ESF	Favorável	Não é necessária

Verde Lar	Financeira: Aquisição de impressos.	Secretaria municipal de saúde (SEMUSA)	Indiferente	Sensibilizar gerência a intermediar negociação com SEMUSA
	Organizacional: Plano de reorganização da VD, capacitação de ACS, construção do mapa de risco das famílias, elaboração de rotina de visitas, baseada na classificação de risco familiar.	Enfermeira e Médico da ESF	Favorável	Não é necessária
Pedras Grandes	Organizacional: Organizacional: Reestruturação de consultas na agenda com garantia de horários para VD.	Enfermeira e Médico da ESF Gerente da UBS	Favorável	Buscar apoio gerencial para corroborar as alterações propostas.
	Político: Articular com demais profissionais da equipe, e outros setores da Saúde a ampliação de atividades coletivas.	NASF, academia da Cidade, Saúde Bucal	Indiferente	Apresentar Plano de ação, sensibilizar equipes para buscar apoio. Selecionar os pacientes que possam se beneficiar de atendimentos em grupo.

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.7 Plano Operativo

O Plano Operativo mostra de forma prática, as ações necessárias para alcançar os objetivos propostos, os responsáveis por elas e o prazo definido para execução (Quadro7).

Quadro 7 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ação Estratégica	Responsáveis	Prazo
Verde Lar Sistematizar o processo de VD na equipe Verde.	Ter o processo de Visita Domiciliar, reorganizado e sistematizado	Mapeamento de Risco das Famílias através da (Escala de Coelho)	-Estudo do Tema (Escala de Coelho)	Enfermeira da ESF	15 dias
			-Capacitação de ACS para aplicação da Escala	Enfermeira e médico da ESF	07 dias
			-Construir mapa de risco das Famílias	Enfermeira e médico da ESF	90 dias
			-Construção de nova rotina de visitas baseado na classificação de risco.	Enfermeira e médico da ESF	120 dias
			-Buscar recursos para impressos e sensibilizar gerência a intermediar negociação com SEMUSA	Médico da ESF	Imediato
Pedras Grandes Reconstrução da Agenda de trabalho do Médico e da Enfermeira da Equipe	Agenda de trabalho do Médico e Enfermeira, adequada às necessidades da equipe.	Agenda do profissional médico e enfermeiro, atendendo necessidades da ESF e com horário protegido para VD.	Reservar na agenda horário fixo semanal para realização de VD.	Médico e enfermeira da ESF	30 dias
			Selecionar os pacientes que possam se beneficiar de atendimentos em grupo.	Médico e enfermeira da ESF	30 dias
			Buscar apoio para atividades coletivas.	ESF	30 dias

Fonte: Autoria Própria (2013).

6.8 Projeto “Verde Lar”

6.8.1 Descrição

Sistematizar o processo de Visitas Domiciliares da Equipe Verde de Saúde da Família.

6.8.2 Produtos Esperados

- Estabelecer mapa de risco das famílias residentes na área de abrangência da equipe Verde, através da utilização da Escala de Coelho-Savassi.
- Criação de rotina de visitas domiciliares baseada na classificação do risco familiar

6.9 Projeto “Pedras Grandes”

6.9.1 Descrição

Reorganização da Agenda da ESF baseado nas necessidades específicas da população da área de abrangência.

6.9.2 Produtos Esperados

- Agenda do profissional médico e enfermeiro atendendo a necessidades da população, com garantia de horário protegido para realização de Visitas Domiciliares.
- Aumento de atendimentos em atividades Coletivas.

6.10 Gestão do Plano

A elaboração de um sistema de gestão para o plano é crucial para o sucesso do mesmo. A disponibilidade de recursos e mesmo motivação favorável dos atores que os controlam podem não ser suficientes para atingir os objetivos propostos. Os quadros 7 e 8 trazem uma proposta de modelo para acompanhamento da implementação do plano de ação, com vistas a corrigir, se necessário, os rumos tomados.

Quadro 8 – Planilha para Acompanhamento do Projeto “Verde Lar”

Operação Verde Lar:					
Coordenação: Daniela Rosa- Avaliação após 03 meses de início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
1- Mapeamento de risco das famílias através da Escala de Coelho.	Daniela e Agentes Comunitários da ESF	03 meses	60% das famílias classificadas		30 dias
2-Rotina de visitação baseada no grau de risco das famílias.	Fabiano Guimarães e Daniela	04 meses	Aguardando termino do mapeamento		45 dias

Fonte: Autoria Própria (2013).

Quadro 9 – Planilha para Acompanhamento do Projeto “Pedras Grandes”

Operação Pedras Grandes:					
Coordenação: Daniela Rosa- Avaliação após 03 meses de início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Agenda do profissional médico e enfermeiro atendendo as necessidades da ESF e com	Fabiano Guimarães e Daniela	30 dias	Alcançado		

horário protegido para Visita Domiciliar					
Aumento das atividades Coletivas	Fabiano Guimarães, Daniela e Agentes de Saúde	30 dias	Negociação de parcerias em fase de finalização.		30 dias

Fonte: Autoria Própria (2013).

7 Discussões e Resultados Esperados

A visita domiciliar é uma ferramenta muito importante para a ESF e desde sua implementação, anterior à Estratégia de Saúde da Família, já era utilizada para fins de alterar o perfil epidemiológico da população (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Problemas comuns como falta de adesão aos tratamentos propostos, e resistência a mudanças comportamentais, podem ser enfrentados de forma mais eficaz por meio da VD (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A visita domiciliar pode ser vista como fator de otimização de recursos, uma vez que aproxima os profissionais da equipe da população, forma vínculos e aumenta assim a resolutividade dos problemas apresentados (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

O tempo restrito para realização de VD é um problema comum a várias ESF e sofre interferência direta de fatores como excesso de demanda e falta de profissionais na UBS. Conforme apresentado na árvore explicativa do problema, o acompanhamento domiciliar sub-ótimo dos pacientes que dele necessita, gera várias situações negativas como insatisfação do usuário, estresse do paciente e da família, e estresse da própria ESF. Pode ainda contribuir para descompensação de quadros clínicos prévios, e para aumento da morbimortalidade (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

Este trabalho visa apresentar uma proposta de enfrentamento para essa questão, para permitir reorganização do processo de trabalho da ESF, e garantir equidade nos serviços prestados.

A utilização da Escala de Coelho fornece à ESF uma visão mais ampla sobre as famílias da área, seus determinantes de saúde e as situações por ela vivenciadas. Sendo assim permite a aplicação de abordagens e intervenções diferenciadas, baseado no grau de risco daquele núcleo familiar (SCHLITTLER; CERON; GONÇALVES, 2010). A escala de Coelho mostrou impactos positivos nas ESF em que foi utilizada (COSTA *et al.*, 2009).

Apesar do grande potencial de auxílio nos processos de planejamento de trabalho das ESF, a Escala de Coelho apresenta suas limitações de uso, não abrange todos os riscos que podem estar presentes em uma família, nem se destina

a abordar a dinâmica familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Deve-se, portanto levar em consideração as particularidades de cada caso, contando para isso com o trabalho fundamental do agente comunitário de saúde, que traz informações detalhadas sobre as famílias da comunidade (COSTA *et al.*, 2009).

O questionamento sobre o que fazer para obter-se mais tempo disponível na agenda de trabalho da ESF trouxe a proposta de aumentar as ações coletivas na UBS. Para isso além de identificar os pacientes que se beneficiariam dessa modalidade de atendimento, deve-se também buscar apoio com outras instancias da atenção primária à saúde. Para aumentar a oferta de atividades coletivas será necessário o envolvimento de diversos atores como: NASF, Equipe de Saúde Mental, e Academia da Cidade, etc...

O uso adequado de instrumentos de gestão de trabalho, somado aos esforços conjuntos da ESF, e suas redes de apoio, são peças fundamentais para atingir os objetivos propostos, levando à população um trabalho de qualidade (MINAS GERAIS, 2009).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Visita domiciliar é um instrumento de grande importância para a Atenção Primária à Saúde. Por meio dela a ESF, consegue facilitar o acesso aos serviços de saúde a usuários com limitações físicas ou emocionais, permanentes ou transitórias, que estejam impossibilitados de se deslocar até a UBS.

Para além da assistência médica em domicílio, a Visita Domiciliar permite melhora na avaliação global dos usuários, pois favorece formação de vínculos entre paciente e ESF, criando relações de confiança que podem contribuir para mudanças de comportamento e melhora do estado de saúde. Vários aspectos familiares podem impactar diretamente na situação de saúde de um indivíduo contribuindo para melhora ou piora do quadro apresentado. Entender a dinâmica familiar torna-se muito útil para solucionar situações complexas, e a utilização da visita domiciliar como ferramenta de trabalho contribui para isso.

A sistematização da visita domiciliar é muito importante para melhorar a assistência ofertada pela Equipe de Saúde da Família, e a criação de uma rotina de visitação baseada em classificação de risco, garante o princípio da equidade no atendimento prestado reafirmando o compromisso de toda ESF para com a comunidade .

Baseado em reflexões e análises apresentadas neste trabalho pontuamos ainda algumas considerações complementares:

- O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família é de grande importância para toda ESF pois promove uma prática de trabalho reflexiva e transformadora;
- Este trabalho visou encontrar um caminho para solucionar um problema vivido pela Equipe Verde de Saúde da Família, e a busca de tal solução é de interesse não só da equipe envolvida mas também da comunidade por ela assistida;

- A visita domiciliar tem potencial para alterar práticas comportamentais e também o perfil epidemiológico da população;
- A VD deve ser, portanto, valorizada e realizada de forma sistematizada pelas ESF;
- A escala de risco familiar de Coelho-Savassi é um instrumento com grande potencial de auxílio nos processos de organização das visitas domiciliares mas necessita de estudos complementares que possam validá-la;
- O plano de ação não é um processo acabado e para que tenha sucesso em sua implementação é necessário o envolvimento de toda ESF, fazendo adequações em seu percurso sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF. 2001: Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/pacs01.pdf>> Acesso em: mar. 2013.
2. CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 114p.
3. COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Brasil,2004: Disponível em: <<http://www.rbmfcc.org.br/index.php/rbmfcc/article/view/104> > Acesso em : fev. 2013.
4. COSTA; A. C. I. *et al.* **Aplicabilidade e limitações da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi para o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica em saúde**. 2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica a Saúde. Recife: ABEn, 2009. [Anais]. P. 98-100. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id58r0.pdf>Acesso em: mar. 2013.
5. EGRY, E. Y; FONSECA, R. M. G. S. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: Revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34,n.3,p.233-9,set.2000. Disponível em <http://www.ee.usp.br/REEUSP> acesso em março 2013.
6. GAÍVA, M. A. M; SIQUEIRA, V. C. A. A Prática da Visita Domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.10, n.4, p. 697-704, 2011: Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ciencCuidSaude/article/view/18313>> Acesso em: mar.2013.
7. MANO, M. A. M. Casa de Família: Uma reflexão poética sobre a visita domiciliar e a produção do conhecimento. **Revista de APS**, v.12, n.4, p. 459-467,out./dez.2009: Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/download/660/270>> Acesso em: abr.2013.
8. MANDU *et al.* Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto Contexto-Enfermagem**,v.17,n.1,p.131-140, 2008: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttxt&pid> Acesso em: abr.2013.
9. MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte**: Oficina I- Análise da Atenção Primária à Saúde.1ed. Belo Horizonte, 2009.
10. REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**,v 4,n.2, p. 36-41, 2002: Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/758/827>> Acesso em: fev.2013.

11. ROSA, W. A. G; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um Novo Modelo de Assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**,v.13, n.6,p.1027-1034, 2005: Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf> Acesso em: mar.2013.
12. SANTOS, E. M; KIRSCHBAUM, D. I. R. A. Trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 220-227, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm> > Acesso em: fev.2013.
13. SAVASSI, L. C. M; DIAS, R. B. Planejamento de Ações na Equipe. **Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF)**, 2007. Disponível em:< <http://www.smmfc.org.br/gesf>> Acesso em: mar.2013.
14. SAVASSI, L. C. M; LAGE, J. L; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care** , v.3, n.2, p.179-185, 2012: Disponível em: <www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/65.> Acesso em:fev.2013.
15. SCHLITHLER, A. C. B; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão. Especialização em Saúde da Família, Módulo Psicossocial, Unidade 18. São Paulo: 2010: Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/unidade_18>Acesso em: mar.2013.
16. SILVA, L; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em uma casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.4, p.397-403,2007: Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103>> Acesso em: mar.2013
17. SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A. visita domiciliária do enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.9, n.3, p.569-576, jul/set.2010, Disponível:<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6856/6633>> Acesso em: mar.2013.