

Resumo: Caracterizar o acesso à visita domiciliar do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, em uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com 25 enfermeiros. Para análise dos dados utilizou-se a técnica hermenêutica-dialética. O acesso à visita domiciliar ocorre através da demanda de agentes comunitários de saúde, observações na consulta de enfermagem e pelo próprio usuário. São visitas voltadas às principais linhas de cuidado, acamados e com dificuldades de deambulação. O acesso à visita domiciliar do enfermeiro volta-se principalmente a agravos específicos e não às práticas de promoção da saúde. Essas informações podem apoiar a construção de estratégias voltadas à ampliação do acesso dos usuários a visita domiciliar do enfermeiro.

Descritores: Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Pública, Visita Domiciliar.

Analysis of cognitive ergonomics in nursing in hemodialysis clinic

Abstract: To characterize the access to home visits by nurses in the Family Health Strategy, in a planning area in the city of Rio de Janeiro. A descriptive study, with a qualitative approach, whose data collection was carried out through semi-structured interviews, with 25 nurses. For data analysis, the hermeneutic-dialectic technique was used. Access to home visits occurs through the demand for community health agents, observations in the nursing consultation and by the user himself. They are visits aimed at the main lines of care, bedridden and with walking difficulties. Access to the nurse's home visit is directed mainly to specific problems and not to health promotion practices. This information can support the construction of strategies aimed at expanding users access to nurses home visits.

Descriptors: Family Health, Nurses Public Health, House Calls.

Características del acceso a visitas domiciliarias: visión de las enfermeras

Resumen: Caracterizar el acceso a las visitas domiciliarias por parte de enfermeras en la Estrategia de Salud Familiar, en un área de planificación en la ciudad de Río de Janeiro. Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, cuya recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, con 25 enfermeras. Para el análisis de datos, se utilizó la técnica hermenéutica-dialéctica. El acceso a las visitas domiciliarias se produce a través de la demanda de agentes de salud comunitarios, observaciones en la consulta de enfermería y por el propio usuario. Son visitas dirigidas a las principales líneas de atención, encamadas y con dificultades para caminar. El acceso a la visita domiciliar de la enfermera se dirige principalmente a problemas específicos y no a prácticas de promoción de la salud. Esta información puede apoyar la construcción de estrategias destinadas a ampliar el acceso de los usuarios a las visitas domiciliarias de las enfermeras.

Descritores: Salud Familiar, Visita Domiciliar, Enfermería en Salud Pública.

Luciana Valadão Vasconcelos Alves

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente do Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia Fluminense (IFF),
Macaé, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: lucianavvalves@hotmail.com

Sonia Acioli

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva.
Professora Associada do Departamento de
Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: soacioli@gmail.com

Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Professora adjunta do Departamento de
Enfermagem de Saúde Pública da
Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro.
E-mail: vanessa.correa@unirio.br

Juliana Roza Dias

Enfermeira. Mestre em Enfermagem.
Doutoranda em Enfermagem do Programa de
Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem
da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: jullyroza2003@yahoo.com.br

Submissão: 13/04/2020
Aprovação: 08/08/2020

Como citar este artigo:

Alves LVV, Acioli S, Corrêa VAF, Dias JR. Características do acesso à visita domiciliar: visão de enfermeiros. São Paulo: Rev Recien. 2020; 10(31):57-64.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.57-64>

Introdução

O acesso dos usuários à visita domiciliar do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), apesar dos avanços nas práticas de vigilância de base territorial, ainda constitui um desafio. A atenção básica no Brasil volta-se para práticas em saúde desenvolvidas com o cuidado no território, família e comunidade, através da ESF¹, além da responsabilidade na prevenção de doenças e na promoção da saúde².

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada aos serviços de saúde e está fundamentada na organização do sistema que induz a entrada pela rede básica. Por isso, a ESF possui diretrizes que buscam organizar esse fluxo e o tornar resolutivo, tais como a integralidade do cuidado e a vinculação a uma rede de serviços de saúde com tecnologias diversas³.

A ESF prevê a cobertura populacional por meio de áreas geográficas, a qual deve considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, com isso, o território de atuação¹. Dentre as atividades realizadas pela equipe de saúde da família, a visita domiciliar é considerada uma prática central no processo de trabalho e destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação, mais especificamente, no domicílio do usuário.

Para o profissional enfermeiro, a visita domiciliar, as consultas de enfermagem e as atividades educativas são as práticas de cuidado mais realizadas no âmbito da ABS⁴. Sendo que a visita domiciliar permite ao enfermeiro um olhar *in loco* da realidade, possibilitando a identificação das necessidades de

saúde das famílias e uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença.

Durante esta prática, o enfermeiro pode investigar as necessidades de saúde, realizar atividades assistenciais (curativos, coleta de exames, verificação de sinais vitais entre outros), desenvolver atividades de educação em saúde, e observar a estrutura física, alimentação e relações familiares. Além disso, proporciona espaço de escuta e diálogo diferenciados, devido ao fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário⁴.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) não limita a realização da visita domiciliar do enfermeiro a grupos populacionais específicos, somente indica que os profissionais devem oferecer atenção à saúde às famílias cadastradas em domicílio quando indicado ou necessário¹. Em estudo desenvolvido no município de Assis (SP), avaliou a satisfação dos usuários das unidades de ESF na perspectiva da atenção domiciliar e identificou que a visita do enfermeiro só é realizada quando solicitado, apontando uma limitação na cobertura desta prática⁵.

Destaca-se na produção científica que a atuação do enfermeiro no espaço domiciliar é fundamental, aliada ao conhecimento científico e a reflexão prática⁶. Entretanto, algumas dificuldades como sobrecarga de trabalho devido à redução de profissionais e grande demanda de atendimentos na UBS limitam a realização das visitas domiciliares^{5,7}. Além disso, o acesso à prática em apreço é pouco descrito quanto aos fatores que o influenciam.

Neste sentido, o estudo em questão tem como objetivo caracterizar o acesso à visita domiciliar do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), em

uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro.

Material e Método

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, que utilizou como referencial teórico e metodológico a hermenêutica-dialética, a qual visa compreender as práticas sociais e suas contradições, entendendo a fala como resultado de um processo social e de conhecimento^{8,9}.

A cidade do Rio de Janeiro é dividida em cinco Áreas de Planejamento (AP), sendo que na área da saúde, as cinco AP estão organizadas em subáreas, sendo cada uma gerenciada por uma Coordenadoria de Área de Planejamento. Para eleger o cenário de estudo, foi utilizado o critério de maior número de visitas domiciliares dos enfermeiros por subárea de planejamento, sendo selecionada a subárea de planejamento 5.2, localizada na zona oeste da cidade. A seguir, foram escolhidas as seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) dessa subárea de planejamento que obtiveram os maiores índices de visita domiciliar de enfermeiros no mesmo ano.

Em 2015, as UBS elegidas no estudo possuíam 29 equipes no total. Considerando que cada equipe possui um enfermeiro, 29 profissionais foram envolvidos no estudo, realizando um fechamento amostral por exaustão. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 25 enfermeiros foram selecionados.

O critério de inclusão dos enfermeiros na pesquisa foi atuar na equipe de saúde da família de uma das unidades selecionadas no estudo há mais de três meses e os critérios de exclusão foram estar de férias ou de licença no período da coleta de dados da pesquisa, não concordar em participar da pesquisa e

não concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados utilizou como ferramenta a entrevista semiestruturada, as quais foram realizadas nas UBS e gravadas em equipamento de áudio; posteriormente, transcritas para o editor de textos *word* na sua íntegra. O tempo médio de entrevista foi de 32 minutos. Para análise dos dados das entrevistas e das observações simples, foi utilizada a técnica de análise hermenêutica-dialética⁹.

Para preservar o anonimato, os participantes enfermeiros foram identificados com a letra “E” (Enfermeiro), seguida de um número de identificação de 1 a 25. Esta pesquisa, que segue as determinações do Conselho Nacional de Saúde por meio da Resolução nº 466/2012, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), através do parecer nº 1.119.466 e CAAE nº 44501415.0.0000.5282. Também foi aprovada pelo CEP da Prefeitura do Rio de Janeiro, mediante parecer nº 1.155.379 e CAAE nº 44501415.0.3001.527, ambos no ano de 2015.

Resultados e Discussão

Os enfermeiros recebem as demandas de visita domiciliar por meio dos ACS, principalmente, nas reuniões de equipe ou em momentos diversificados durante a rotina de trabalho. O ACS é considerado o elo entre a UBS e a comunidade e os enfermeiros destacam essa característica como um diferencial que facilita a identificação dos usuários que necessitam de visita domiciliar, conforme observado nas falas:

Toda terça à tarde tem reunião de equipe, aí eles [ACS] me passam os casos, a gente organiza e tenta ver quem realmente está precisando mais da visita domiciliar (E7).

A demanda [de visita domiciliar] chega através deles [ACS], eles sempre chegam passando alguma coisa para mim ou então algum problema que surge ao longo da semana que eu precise ir na visita domiciliar (E8).

Ainda, os usuários que precisam receber visita domiciliar do enfermeiro podem ser definidos em conjunto com a equipe. Em alguns relatos, afirmou-se que os usuários eram selecionados na reunião de equipe, porém os enfermeiros não referiram quais profissionais participam desta reunião. Sendo assim, parte-se do pressuposto que toda a equipe básica da ESF, ou seja, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS, participem dessas reuniões e contribuam no planejamento da visita domiciliar.

[Discutimos] com a equipe os casos de famílias vulneráveis, pacientes que estão precisando de visita, [por exemplo] acamados que não conseguem vir à unidade (E6).

Este resultado tem significado relevante para uma proposta de atuação interdisciplinar. No entanto, é esperado que o ACS seja o profissional de referência na identificação de usuários que demandam visita domiciliar do enfermeiro, uma vez que ele possui um exercício mais intenso no território e no domicílio das famílias¹⁰. Porém, não justifica a pequena participação dos demais profissionais, já que apenas um dos enfermeiros citou a colaboração direta de outro profissional da equipe, no caso o técnico de enfermagem, na identificação de usuários que necessitam de visita domiciliar do enfermeiro.

A dificuldade de construção de uma prática interdisciplinar na ESF foi percebida neste e em outros estudos¹⁰⁻¹², mostrando que esse pilar ainda é um desafio para os profissionais, tanto na visita domiciliar quanto nas demais atividades desenvolvidas na ESF. O planejamento interdisciplinar na visita domiciliar, o qual inclui a organização dos usuários que devem ser

assistidos em domicílio, proporciona integração de saberes entre os membros da equipe e, conseqüentemente, contribui para uma atenção integral às famílias¹¹⁻¹². Por esse motivo, deve ser colocado como prioridade a ser discutida e aplicada.

Os enfermeiros também identificam usuários que necessitam receber a visita domiciliar ao longo da sua rotina de trabalho, ou seja, nas consultas de enfermagem programadas, na demanda livre, no acolhimento, na avaliação dos indicadores e prontuários eletrônicos, dentre outras atividades, como demonstra as falas abaixo.

A gente capta em consulta também, por exemplo, uma criança vem em demanda livre com lesões que podem me sugerir que a higiene não é adequada, então eu já sinalizo. Eu vou fazer uma visita para ver como é a casa, as condições de higiene e saneamento básico (E22).

Normalmente, eu busco pelos indicadores, quais usuários possuem número elevado de faltas [nas consultas], aí eu vou atrás deles (E13).

Este resultado sugere atenção integral do enfermeiro, na qual ele apresenta uma visão ampliada das necessidades de saúde do usuário, entendendo que, por vezes, é preciso expandir os cuidados para além dos muros da UBS a fim de compreender e auxiliar o usuário em todas as demandas. A integralidade é um atributo essencial da atenção básica e um dos princípios do SUS, que defende o direito do usuário acessar os serviços de saúde em todos os níveis de atenção¹³. Além disso, a integralidade refere-se à articulação entre a prevenção das doenças, promoção da saúde e assistência, considerando às demandas objetivas e subjetivas das pessoas em seu contexto social^{13,14}.

Outro modo de identificar usuários que precisam da visita domiciliar do enfermeiro é por meio das solicitações realizadas pelos próprios usuários ou seus familiares, uma vez que eles buscam a enfermeira na UBS ou a abordam no território e informam a necessidade de receber a visita domiciliar, conforme indicam os depoimentos a seguir.

Algumas vezes, a família vem solicitar também, principalmente quando chega idoso na família [...] aí vem avisar a gente (E19).

Às vezes, até mesmo o usuário vem para a demanda livre e fala que o paciente está necessitando de visita domiciliar (E4).

Tais acontecimentos apontam o reconhecimento por parte dos usuários dos benefícios da visita domiciliar. Para eles, a visita domiciliar tem importância pela facilitação do acesso, principalmente aos usuários com dificuldades de locomoção e a atenção individualizada e diferenciada recebida¹⁵. Além disso, possibilita o conhecimento do que seja a ESF para o usuário¹⁶, os princípios e as diretrizes que a embasam, como a atuação no território e a prática voltada para as condições de saúde. Neste sentido, infere-se que a visita domiciliar ganhou seu espaço com os usuários ao possibilitar equidade na atenção à saúde.

Segundo os enfermeiros, os usuários que mais recebem visita domiciliar são: acamados, pessoas com dificuldade de deambulação ou com restrições para se deslocar até a UBS, pessoas com hipertensão, crianças (geralmente com vacinação atrasada ou que faltaram à puericultura), pessoas com diabetes mellitus, idosos, gestantes (busca ativa de gestantes que faltaram à consulta de pré-natal), pessoas com deficiências físicas, puérperas, pessoas em pós-operatório ou pós-internação, pessoas com tuberculose, hanseníase ou HIV/AIDS e pessoas em estágio avançado ou terminal

de câncer. Logo abaixo encontra-se uma das falas que retrata essa questão.

Geralmente, a gente faz visita domiciliar nos usuários que são bem idosos ou aqueles que são acamados, cadeirantes ou que têm dificuldade de deambular, mas também faço visita em crianças, dependendo da situação que a criança esteja (E9).

Embora a PNAB não limite o acesso dos usuários à visita domiciliar do enfermeiro¹, constata-se que o próprio profissional é instado a restringir este acesso a grupos específicos. Existe uma rotina instituída pelos serviços, na qual o enfermeiro, em geral, volta à visita domiciliar para os usuários que pertençam às principais linhas de cuidado desenvolvidas na ESF, provavelmente, na tentativa de acompanhar as orientações dos protocolos do Ministério da Saúde.

A linha de cuidado relacionada ao pré-natal e puerpério menciona que o acompanhamento do último mês de gestação e da primeira semana após o parto podem ser realizados na visita domiciliar, assim como a busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta na primeira semana após o parto¹⁷. A linha de cuidado para atenção à saúde da criança também recomenda visitas domiciliares do enfermeiro às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, refere que a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades existentes¹⁸.

A linha de cuidado para controle do câncer de mama e prevenção do câncer de colo de útero coloca dentre as atribuições do enfermeiro a realização de cuidados paliativos, na UBS ou no domicílio, bem como a avaliação periódica, e sempre que ocorrer alguma intercorrência das pacientes acompanhadas em atenção domiciliar tipo 1, que é a modalidade de atenção domiciliar sob responsabilidade da equipe de

ESF¹⁹. A linha de cuidado para atenção à saúde do idoso também destaca como atribuição do enfermeiro a realização de assistência domiciliar, quando necessário²⁰.

Já as linhas de cuidado para atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes não fazem referência a visitas domiciliares do enfermeiro^{21,22}. Os acamados e pessoas com dificuldades de deambulação, que são os grupos que mais recebem visita domiciliar segundo os relatos dos enfermeiros, nem sempre estão vinculados a uma linha de cuidado própria, mas, geralmente, se enquadram nas linhas voltadas para uma faixa etária específica, como de idosos, ou voltadas para alguma comorbidade.

Com isso, constata-se que os protocolos do Ministério da Saúde correspondentes às principais linhas de cuidado trabalhadas na ESF indicam para o enfermeiro a definição dos usuários que devem, prioritariamente, receber a visita domiciliar. Entretanto, os protocolos são elaborados para guiar o processo de trabalho e não devem ser adotados como normas engessadas, ocasionando, nestes casos, barreiras de acesso dos usuários à visita domiciliar.

Os usuários que não se encaixam nestas linhas de cuidado também recebem visita domiciliar, caso apresentem, por exemplo, problemas sociais (vulnerabilidade), más condições sanitárias, relações familiares conflituosas, resistência em frequentar a UBS, risco de violência, alterações em resultados de exames, entre outros. Além disso, houve relatos de enfermeiros que alegam visitar todo tipo de usuário, sem definir prioridades a partir das linhas de cuidado ou distinguir grupo de risco, conforme expressa o depoimento a seguir.

Enfermeiro, geralmente, visita quem está precisando no momento, não tem assim, só

acamado, é quem, por algum motivo naquele período, está precisando de visita. Pode ter sido alguém que tenha saído de internação, pode ser algum acamado ou pode ser, até mesmo, de uma busca ativa de gestante ou criança faltosa à consulta (E10).

Apenas um dos enfermeiros afirma visitar sempre os mesmos usuários, dando indícios de dificuldades para identificar novas demandas. Ainda, grande parte dos enfermeiros citaram os acamados como usuários que devem receber visita domiciliar, seguido pelos usuários com dificuldades de deambulação ou com restrições para se deslocar até a UBS. São usuários que necessitam da visita domiciliar, mas, ao mesmo tempo, representam uma parcela mínima da população adscrita. Em alguns momentos, esses usuários são os únicos citados pelo enfermeiro, apontando uma limitação no escopo de usuários que recebem a visita domiciliar.

Todo mês eu vou nos mesmos pacientes, não vou em novos entendeu (E12).

Estudos com profissionais da ESF mostram resultados equivalentes ao citarem que a visita domiciliar é direcionada para grupos prioritários de atenção à saúde e que não são realizadas para indivíduos que estejam saudáveis^{7,11,23}. Embora o acesso dos usuários à visita domiciliar, nestes casos, tenha respaldo em protocolos do Ministério da Saúde e indicadores de saúde da população brasileira, ressalta-se que essa opção pode impossibilitar as equipes a identificarem demandas reprimidas, além de criar barreiras desnecessárias de acesso a essa atividade e ferir um dos pilares básicos da ESF, a promoção da saúde.

Conclusão

Identificou-se que o acesso à visita domiciliar do enfermeiro ocorre por meio de demandas dos ACS e,

em menor escala, dos próprios usuários. Ainda, os usuários que precisam receber visita domiciliar do enfermeiro podem ser definidos durante a rotina de trabalho do enfermeiro ou em conjunto com a equipe, embora não seja prática frequente. É esperado que o ACS seja o profissional de referência na identificação de usuários que demandam visita domiciliar do enfermeiro, uma vez que ele possui um exercício mais intenso no território. Porém, a atuação interdisciplinar precisa ser fortalecida para que o acesso do usuário à visita domiciliar do enfermeiro seja definido de modo integral e participativo.

Além disso, constatou-se que uma parte importante dos profissionais restringe o acesso da visita domiciliar a usuários pertencentes às principais linhas de cuidado desenvolvidas na ESF e também a acamados, usuários com dificuldades de deambulação ou com restrições para se deslocar até a UBS. Sendo assim, somente uma parcela específica da população recebe visita domiciliar do enfermeiro, impossibilitando a identificação de demandas e a prestação de cuidados aos demais usuários.

Esta pesquisa apresentou limitações no que se refere ao estudo em uma área programática do município do Rio de Janeiro (RJ), o que dificulta a generalização dos achados para outros contextos sociais e, apesar de encontrar potencialidade na discussão sobre o acesso à visita domiciliar, não abordou os usuários e a equipe de saúde em sua pesquisa.

Destaca-se que, atuar com um público específico coloca a visita domiciliar na linha tênue entre a restrição no acesso e a equidade na saúde, sendo necessário que esta estratégia de cuidado possa ser pensada a partir do acesso dos usuários do SUS. Neste

sentido, sugere-se novos estudos que possam contribuir para a reflexão do acesso à visita domiciliar do enfermeiro e pensar em tecnologias em saúde que abordem a sistematização do acesso na construção de uma rede de cuidado resolutive, integral e de qualidade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 183, 22 set. 2017. Seção I, p. 68.
2. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. Rev Latino Am Enferm. 2015; 23(5):979-987.
3. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saúde Pública. 2018; 34(8):1-14.
4. Kebian LVA; Acioli S. Práticas de cuidado de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família. Ciênc Cuid Saúde. 2015; 14:893-900.
5. Machado BC, Fracolli LP, Gomes MFP. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. Mundo Saúde. 2015; 39(4): 470-75.
6. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Nursing practice in home care: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 2017; 70(1):199-208.
7. Garcia MRL, Sacramento DS, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Visitas domiciliares do enfermeiro e sua relação com as internações por doenças sensíveis à atenção básica. Esc Anna Nery. 2019; 23(2):1-9.
8. Acioli S, Kebian LVA, Dias JR, Corrêa VAF, Daher DV, Martins ALX. Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. Online Braz J Nurs. 2016; 15(4):644-54.
9. Taquette SR, Minayo MCS, Rodrigues AO. The perceptions of medical researchers on qualitative

methodologies. Cad Saúde Pública. 2015; 31(4):722-32.

10. Magalhães KA, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. Ciênc Saúde Colet. 2015; 20(12):3787-96.

11. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Ciênc Cuid Saúde. 2011; 10(4):697-704.

12. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. Trab Educ Saúde. 2018; 16(1):141-162.

13. Asensi FD, Aidar A, Ramos F, Pinheiro R. Judicialização, direito à saúde e prevenção. RECIIS - Rev Eletr Comun Inf Inov Saúde. 2015; 9(1):1-10.

14. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc Saúde Colet. 2018; 23(3):861-70.

15. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(1):131-40.

16. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no nordeste do Brasil. Interface. 2017; 21(61):321-32.

17. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em 13 abr 2020.

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde

da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em 10 abr 2020.

19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlo_canceres_colo_uterio_2013.pdf>. Acesso em 10 abr 2020.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em 10 abr 2020.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em 13 abr 2020.

22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em 10 abr de 2020.

23. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. Saúde Debate. 2018; 42(1):361-378.