2019 jan.- jun.; 13(1): 63-68 Guid Arte Enfermagem

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR SOB A PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA QUANTO A NEGLIGÊNCIA À PESSOA IDOSA

SINGULAR THERAPEUTIC DESIGN ABOUT NEGLECT OF THE ELDERLY UNDER THE PERSPECTIVE OF ACADEMICS OF MEDICINE

TERAPÉUTICO SINGULAR BAJO LA PERSPECTIVA DE ACADÉMICOS DE MEDICINA EN PROJECTO CUANTO LA NEGLIGENCIA A LA PERSONA MAYOR

Israela Schmidt Berndt*, Fernanda Aparecida Novelli Sanfelice**

Resumo
Introdução: A Atenção Básica em saúde constitui porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Considerando situações clínicas e de vulnerabilidade social, acadêmicos do curso de Medicina de uma instituição de ensino superior do interior paulista construíram em parceria com uma Unidade Básica de Saúde da Família um Projeto Terapêutico Singular para maior efetividade de resolução dos casos clínicos, especialmente quando há vulnerabilidade social. Objetivo: Relatar a experiência vivenciada por graduandos de um curso de Medicina do interior paulista através da construção de um Projeto Terapêutico Singular e sua aplicação a uma idosa de uma Unidade Básica de Saúde da Família. Material e Método: Estudo descritivo, tipo relato de caso, elaborado após cuidadosa análise do prontuário de uma cliente de uma Unidade Básica de Saúde da Família e realização de três visitas domiciliares. Resultados: O comparativo entre as informações coletadas no prontuário e as observações realizadas em campo mostram agravamento da situação de vulnerabilidade, pois, identificaram-se um retrocesso significativo no quadro clínico da idosa e riscos para sua saúde-doença. Conclusão: A aplicação do Projeto Terapêutico Singular possibilitou identificar a falta de adesão familiar às propostas elaboradas em parceria com os profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família, condições de dependência e falta de habilidade para o autocuidado diante do agravamento do caso, além da necessidade de se acionar órgãos superiores na tentativa de resolutividade do estado de saúde da paciente.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Idoso. Vulnerabilidade em saúde. Dependência.

Abstract
Introduction: Basic Health Care is a gateway to the Unified Health System in Brasil. In order to contemplate clinical situations and social vulnerability, medical students of a Higher Education Institution of São Paulo state developed a cooperation with a Family Health Unit the Unique Therapeutic Project, for greater effectiveness in the resolution of clinical cases, especially those in situation of social vulnerability. Objective: To report the experience undergone by undergraduates of the medical course through the construction of a Unique Therapeutic Project and its application to an elderly female patient belonging to a Family Health Unit. Material and Methods: This is a case report, elaborated after careful analysis of the medical records of a Family Health Unit user and three visits to this female patient. Results: The comparison between information collected in the medical record and observations made by the students showed a worsening of the patient's vulnerability situation, with significant regression in her clinical condition. Conclusion: In this case, the Unique Therapeutic Project was not successful due to family non-adherence to proposals developed in partnership with the health unit professionals, since it is no longer the user's responsibility to manage her self-care in the face of the aggravation of the case and the need to resort to other professionals to try to resolve her health status.

Keywords: Primary health care. Aged. Health vulnerability. Dependency.

Resumen
Introducción: La Atención Básica en salud constituye una puerta de entrada al Sistema Único de Salud. Considerando situaciones clínicas y de vulnerabilidad social, académicos del curso de Medicina de una institución de enseñanza superior del interior paulista, construyeron en asociación con una Unidad Básica de Salud de la Familia un Proyecto Terapéutico Singular para mayor efectividad de resolución de los casos clínicos, especialmente cuando hay vulnerabilidad social. Objetivo: Comunicar la experiencia vivenciada por graduandos de un curso de Medicina del interior paulista a través de la construcción de un Proyecto Terapéutico Singular y su aplicación a una anciana de una Unidad Básica de Salud de la Familia. Material y Método: Estudio descriptivo, tipo relato de caso, elaborado después de un cuidadoso análisis del prontuario de una cliente de una Unidad Básica de Salud de la Familia y realización de tres visitas domiciliarias. Resultados: El comparativo entre las informaciones recogidas en el prontuario y las observaciones realizadas en el campo muestran agravamiento de la situación de vulnerabilidad, pues se identificaran nun retroceso significativo en el cuadro clínico de la anciana y riesgos para su salud-enfermedad. Conclusión: La aplicación del Proyecto Terapéutico Singular posibilitó identificar la falta de adhesión familiar a las propuestas elaboradas en asociación con los profesionales de la Unidad Básica de Salud de la Familia, condiciones de dependencia y falta de habilidad para el auto cuidado ante el agravamiento del caso, además de la necesidad de accionar órganos superiores en el intento de resolución del estado de salud de la paciente.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Anciano. Vulnerabilidad en salud. Dependencia.

*Acadêmica do curso de Medicina da FACERES, São José do Rio Preto-SP.
**Enfermeira, mestre em Promoção da Saúde, docente do curso de Medicina da FACERES, São José do Rio Preto-SP. Contato: picmed@faceres.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades[1].

Já a Atenção Domiciliar, um dos instrumentos da Atenção Básica, cujo propósito é ser uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar, desenvolve-se por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, com plena continuidade do cuidado, integrada às Redes de Atenção à Saúde. Vigora através da Portaria nº 2.527 de outubro de 2011, atualizada para os parâmetros atuais do país pela Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, executada pelo Serviço de Atenção Domiciliar e as estratégias em saúde que o constituem[1,2].

Tradicionalmente, o modelo de atenção utilizado junto ao usuário do sistema de saúde não considerava o sujeito como pessoa ativa em seu tratamento, pois não envolvia a família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e qualidade de vida, uma vez que seu foco era, primordialmente, a doença. Esse modelo vem sofrendo modificações desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas vertentes, como a já mencionada Atenção Domiciliar, agregando características de valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do projeto terapêutico[3].

A humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do SUS são metas que vêm sendo almejadas pelos trabalhadores e profissionais da saúde pública atual. Assim, são repensadas estratégias de ação e produção do cuidado, tendo em vista colocar o usuário no centro da atenção e sua saúde como fim, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular (PTS)[3].

O PTS representa uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, e definida a partir da singularidade do indivíduo. Assim, como principal estratégia para o cuidado em domicílio, adota um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas. A atuação é conjunta à equipe da Atenção Básica visando ajudar a entender o sujeito em seu contexto e a definir propostas de ações[2].

Nesse cenário, o PTS compõe-se de quatro fases, assim definidas: primeira – diagnóstico e momento em que se realiza a avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, visando facilitar a conclusão, ainda que provisória, acerca dos riscos e vulnerabilidade do usuário; segunda - definição das metas pelas quais a equipe multidisciplinar trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito "doente" e as pessoas envolvidas; terceira - divisão de responsabilidades, com a definição exata das tarefas de cada membro da equipe e, por último, reavaliação, momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados durante o acompanhamento[2].

A primeira área da saúde a adotar o PTS foi a da saúde mental, fortemente influenciada pelo modelo de Atenção Psicossocial que procura, entre outras concepções, trabalhar sob a perspectiva da transversalidade de saberes e a isonomia de poderes entre os diferentes profissionais. Assim, formaram-se bases da clínica ampliada e da equipe de referência, caracterizadas por alicerces instituídos ao PTS[4].

A clínica ampliada considera fundamental alargar o "objeto de trabalho", ou seja, o encargo - aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças, porém, na clínica ampliada, há necessidade de se ampliar esse objeto, agregando-se a ele, além das doenças, também problemas de saúde - situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico, ou seja, além de buscar a produção de saúde, por distintos meios: curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos, a clínica pode também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários através da ampliação da capacidade destes em lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. Já o grau de autonomia é medido pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros[5].

A clínica ampliada, portanto, valoriza o tratamento, o conhecimento e o atendimento de todo profissional que compõe um serviço de saúde e não somente o tratamento biopatológico, comum aos profissionais médicos. Trata-se de um novo modelo de atuação e gerência da saúde, promovido de modo qualificado através de uma equipe de referência[4]. O "profissional ou a equipe de referência" seria aquele com a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, a exemplo do arranjo adotado na Estratégia Saúde da Família (ESF)[6]. As equipes de referência têm composição multiprofissional de caráter transdisciplinar e são responsáveis pela assistência à "saúde de um número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos"[2].

Desse modo, considera-se que a clínica ampliada, a equipe de referência e o PTS compõem o tripé de uma nova articulação de se fazer saúde de modo a atingir resultados mais resolutivos e qualificados, sem a necessidade de ampliar serviços, recursos humanos e/ou materiais, mas qualificando os recursos existentes[4].

Considerando-se a procura crescente de cuidados de uma população de indivíduos que envelhecem com características diferentes, e no que concerne ao sistema de saúde, é importante ressaltar as seguintes questões: Como as necessidades de cuidado dos idosos devem ser avaliadas? Centrado nas doenças e incapacidades resultantes ou nas capacidades remanescentes para atender às suas necessidades no contexto?[7].

Relevante em seu escopo, o PTS enquanto uma ferramenta útil deve ser utilizada em situações complexas de vulnerabilidade e de prognóstico fechado. Vulnerabilidade é compreendida como uma associação de fatores individuais e coletivos que culminam em uma elevada suscetibilidade ao adoecimento e à morte, bem como em uma menor possibilidade de enfrentamento perante a vida. Perpassa aspectos que envolvem desde a fragilidade biológica até a forma de disposição dos programas de saúde, alcançando questões comportamentais, políticas e culturais. Neste contexto, verifica-se, na concepção de vulnerabilidade, uma forma necessária para compreender as especificidades que englobam o cuidado integral e fundamental para a população idosa[6].

Além disso, como instrumento constituinte da Lei Orgânica da Saúde, o conhecimento do PTS deve ser unânime entre os profissionais da área da saúde e requer do SUS a garantia de sua vigência entre a população brasileira[3].

Considerando as características desta estratégia, sua perpetuação positiva e que a atenção domiciliar conquiste o espaço que merece na saúde pública, é fundamental que a área da Saúde Coletiva seja objeto de estudo dos acadêmicos dos cursos da área da saúde, principalmente do curso de Medicina. O contato precoce dos alunos de Medicina com a clínica por períodos breves de alguns dias a várias semanas, logo no início do curso, pode lançar as bases que permitem ao estudante apreender o sentido da formação médica, aprendendo junto às pessoas no contexto dos seus problemas de saúde[8].

Com base nesses conceitos, na instituição onde o estudo se desenvolveu, por meio da disciplina Programa de Integração Comunitária (PIC), propõe-se a inserção precoce do acadêmico no âmbito do SUS, desafiando-o na quarta etapa do curso a auxiliar uma equipe de uma Unidade de Saúde da Família (USF) na construção de um PTS. Neste estudo, por meio do desenvolvimento de um PTS, o foco é a vulnerabilidade da pessoa idosa.

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência vivenciada por graduandos de um curso de Medicina do interior paulista através da construção de um PTS e sua aplicação a uma idosa de uma USF.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de caso, no qual se utilizou a análise de prontuário de uma paciente idosa de uma USF e realização de três visitas domiciliárias. Os dados do estudo são apresentados descritivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do PTS pelos acadêmicos do curso de Medicina foi realizada em parceria com a equipe de uma USF no município de São José do Rio Preto - SP, dividida em três etapas, cujos objetivos eram específicos e a serem alcançados.

A primeira etapa foi realizada no dia 27 de fevereiro de 2018, quando os acadêmicos receberam da preceptora o prontuário referente a Sra. ZMS, 76 anos, moradora do bairro Jardim Yolanda, município de São José do Rio Preto (área adstrita da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Americano).

Inicialmente, foi realizada a análise do prontuário,

o qual continha como informações: acompanhamento na unidade de saúde desde 2012 por ulceração em membros inferiores e necessidade de realização de curativos, duas vezes por semana; sempre que frequenta a unidade a usuária encontra-se em situação de higiene pessoal precária, apresentando odor fétido, destituída de acompanhamento familiar, sendo trazida pelo serviço de remoção; relatos dos profissionais de saúde da unidade mostram que a paciente apresenta dificuldade para deambular e déficit neurológico, com indicativo de consulta com especialista, porém como a cliente não possui acompanhante, o serviço de saúde não prestará este tipo de atendimento; as diversas vezes que os funcionários da unidade entraram em contato com a filha da usuária, esta alegou que a mãe oferece resistência quanto ao cuidado por ela oferecido; apesar de receber os insumos e ser orientada quanto a necessidade de trocar os curativos em domicílio, a cliente apenas o faz na unidade de saúde. Além disso, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi acionado nos anos de 2016 e 2017 e o caso notificado à Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) ao ser constatada a situação de negligência e falta de cuidados para com a idosa; foram realizadas visitas domiciliárias à cliente pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), especialmente pela psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional.

Dessa forma, após a compreensão do quadro clínico e constatação da situação de vulnerabilidade em que se encontrava a paciente, os acadêmicos dirigiram-se até a sua residência a fim de executarem a visita domiciliária anteriormente proposta. Foram recebidos pela usuária que, apresentando dificuldade para deambular, abriu o portão da residência e os convidou para adentrarem ao lar. A partir deste momento, foi possível observar a entrada e o quintal da casa, ambos necessitados de limpeza, com presença de pelos no chão devido aos três gatos de estimação que ali são mantidos.

Na residência, a usuária estava sentada no sofá com os pés elevados, referindo que esta posição trazia benefícios ao processo de cura das suas lesões. Ao seu lado havia um dos gatos de estimação ao qual referia gostar muito. No início do diálogo, esta informou corretamente sua situação de saúde, referiu possuir lesões cutâneas nos membros inferiores e estar em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Americano há anos, referindo ainda que nos últimos meses houve melhora significativa do seu quadro clínico, principalmente após ter ganho um andador que a auxilia a caminhar – neste momento, elogiou os profissionais da unidade que realizam os cuidados.

Entretanto, observou-se na sequência que a cliente começou a apresentar falas repetitivas questionando os acadêmicos umas seis vezes em um curto espaço de tempo, especialmente ao indagar se estes conheciam a unidade do Jardim Americano, além de apresentar aparente confusão mental em relação à sua idade, às atividades de vida diária que dizia realizar e os cuidados oferecidos pela família.

Dessa maneira, realizaram-se questionamentos mais pontuais durante a conversa, além de observar que a situação de higiene pessoal era adequada, pois se encontrava devidamente vestida e sem odor fétido, com curativos também aparentemente limpos. Já quanto à residência, constatou-se que o chão estava limpo, apenas com poeira sobre os móveis, o piso e as paredes tinham alguns buracos necessitando de reforma, mas, de modo geral, o domicílio estava aparentemente organizado.

Logo, quando a cliente foi perguntada se possuía alguma queixa e ela negar, foram aferidos os sinais vitais. De volta a USF, os graduandos conversaram com a enfermeira responsável pelos curativos da paciente a fim de certificar-se da veracidade dos fatos apurados durante a visita domiciliária. A mesma alegou que a situação de vulnerabilidade em que a cliente vivia havia melhorado após as duas notificações realizadas pela equipe da ESF e do NASF, além do fato de que a filha havia contratado uma profissional para realizar a limpeza da residência e estar mais atenta ao quadro clínico da mãe. Além disso, foi confirmado o déficit neurológico com prejuízo temporo espacial e dificuldade para deambular.

Portanto, foi possível constatar que a condição de vulnerabilidade relatada no prontuário da usuária mostrava relativa melhora, apesar da necessidade de cuidados para as lesões cutâneas nos membros inferiores, a dificuldade para deambular e o déficit neurológico, observados durante a visita domiciliária e confirmados junto à equipe da ESF.

Na segunda etapa do projeto, realizada no dia 20 de março de 2018, marcadamente a segunda visita domiciliar a cliente, a filha se encontrava no local, após a mesma haver trocado os curativos da mãe e alegar que

não poderia nos receber porque estava de saída devido a uma cirurgia marcada na mesma data, impossibilitando assim o diálogo. Dessa maneira, o contato se deu apenas com a paciente, sendo observado que a mesma estava devidamente higienizada e caminhava no quintal exposta ao sol com o auxílio de andador. Após um breve período de diálogo com a cliente, percebeu-se que ela estava confusa, especialmente por alegar não ter visto sua filha no presente dia quando a mesma havia acabado de sair da residência. Apesar de a paciente referir sentir-se bem e não ter nenhuma queixa.

Já na última etapa do projeto, no dia 8 de maio de 2018, os acadêmicos realizaram em um primeiro momento a análise das atualizações do prontuário cujas informações indicavam ter a pacientes comparecido à unidade para a realização dos curativos em membros inferiores, todos os dias da semana anterior. Ainda estava registrado que a mesma apresentava-se desde o dia 03 de maio com o mesmo vestuário, urinada, confusa e com relativa fraqueza.

Munidos destas informações, os acadêmicos dirigiram-se até a residência da paciente, sendo recebidos pela usuária, após insistência. Ao contato, esta referiu estar sentindo-se sonolenta por haver dormido mais que o usual naquela manhã.

Ao diálogo com a cliente se observou que esta se apresentava extremamente confusa e relapsa, relatando não ter nenhuma queixa e que nos últimos dias não havia frequentado a ESF por acreditar que os profissionais estivessem de férias, realizando ela mesma os curativos em domicílio. Quando questionada sobre sua filha e a cirurgia que esta informou à unidade que realizaria, a usuária não soube informar. Quando perguntada se poderiam tentar um contato com a filha ou se a neta estava nos fundos da residência naquele momento, novamente a usuária não soube responder aos questionamentos. Ainda assim, houve uma tentativa de contato com a neta, porém sem sucesso.

Também foram avaliadas as condições do ambiente domiciliar, estando a sala com odor fétido e com manchas de urina no sofá onde a paciente encontrava-se sentada; a cozinha com restos de alimentos sobre a mesa e a pia, insetos mortos e possivelmente urina no chão e nos fundos da casa; um grande acúmulo de lixo reciclável contendo latas de cerveja, ração e pelos de gatos espalhados pelo quintal.

Logo, foi possível concluir que houve uma acentuada regressão quanto à situação de vulnerabilidade da paciente, possivelmente devido ao comprometimento do seu estado mental, bem como ao abandono e negligência da família. Ao retornar à ESF e relatar as condições em que se encontrava a paciente, os acadêmicos foram notificados que os profissionais da unidade haviam feito uma denúncia à delegacia do idoso sobre o estado real da idosa.

CONCLUSÃO

Em virtude dos fatos mencionados é possível concluir que a Sra. ZMS apresentava quadro clínico e lesões por deficiência de retorno venoso em membros inferiores, comprometendo a deambulação, além de um estado neurológico debilitado não diagnosticado por profissional médico. Também não oferecia condições de gerir seu autocuidado, bem como de manter a residência em condições adequadas para uma vivência em condições salutares, evidenciando condição de dependência total.

A mudança evidenciada entre a primeira visita domiciliar realizada no dia 27 de fevereiro em que a cliente encontrava-se higienizada e levemente confusa, para o quadro de perda quase que total da capacidade de se situar no tempo/espaço e de manter os mínimos cuidados por ocasião da terceira visita domiciliária em 08 de maio, tanto pessoal quanto do ambiente domiciliar, diagnosticada posteriormente, é uma forma de alerta para o abandono e negligência vivenciados pela paciente.

Todavia, cabe aos elaboradores do PTS junto aos profissionais da ESF, envolvidos direta ou indiretamente no curso do acompanhamento dos cuidados a esta senhora, conduzirem decisões efetivas que envolvam esferas mais elevadas da saúde pública na busca de amparo e responsabilização dos familiares ante a omissão e situação de vulnerabilidade enfrentada pela paciente.

A formulação de um PTS, enquanto instrumento de apoio e resolutividade de casos de alta complexidade e vulnerabilidade na atenção primária à saúde, requer, além de conhecimentos, uma postura comprometida dos profissionais responsáveis, na tentativa de preservar a autonomia dos usuários do SUS, bem como para motivar a participação familiar e dos profissionais da área da saúde no processo saúde-doença e na corresponsabilização pelo processo de controle/cura da enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF; 2013. [Internet]. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

3. Silva EP, Melo FABP, Sousa MM, Gouveia RA, Tenório AA, Cabral AFF, et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013; 17(2):197-202.

4. Ferreira AB. Entendendo o processo de construção de um projeto terapêutico singular em CAPS. [Internet]. 2014. [citado em 13 jul. 2018]. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2014/32181/32181-789.pdf

5. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [citado em 13 jul. 2018];12(4):849-59. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles

6. Barbosa KTF, Costa KNFM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [citado em 13 mar. 2018];26(2):e2700015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e2700015.pdf

7. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev Latino-Am Enferm [Internet]. 2013 [citado em 17 mar. 2018]; 21(spe):52-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700008&lng=en

8. Souza CFT, Oliveira DLL, Monteiro GS, Barboza HMM, Ricardo GP, Lacerda Neto MC, et al. A atenção primária na formação médica: a experiência de uma turma de medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2013 [citado em 03 jul. 2018]; 37(3):448-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/18.pdf

Envio: 12/11/18
Aceite: 03/02/19