

Experiência de estágio na atenção básica como meio de aprendizagem na graduação em medicina

Internship experience in basic care as a device of medical undergraduate learning

DOI:10.34119/bjhrv4n2-249

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 15/03/2021

Maria Caroline Galiza de Moraes

Ensino superior incompleto em Medicina

Instituição de atuação atual: Faculdade Ciências Médicas da Paraíba

Endereço: Av Índio Arabutã, 212, apto 510, Cabo Branco, João Pessoa- PB

E-mail: mariacarolsantiago1@gmail.com

Bianca Gonçalves Wanderley

Ensino superior incompleto em Medicina

Instituição de atuação atual: Faculdade Ciências Médicas da Paraíba

Endereço: Av. Argemiro de Figueiredo, 2586, Jardim Oceania, apt 202, João Pessoa, PB

E-mail: bianca.g.wanderley@gmail.com

Hilda Maria Silva Lopes Gama

Ensino superior incompleto em Medicina

Instituição de atuação atual: Faculdade de ciências médicas da Paraíba

Endereço: Rua Alzira Josefa Silva, 25, Centro, Ibirajuba-PE

E-mail: h.lopes1708@gmail.com

Layza de Souza Chaves Deininger

Doutora em modelos de decisão e Saúde-UFPB. Professora do curso de medicina da faculdade de ciências médicas da Paraíba

Instituição de atuação atual: Faculdade Ciências Médicas da Paraíba

Endereço: Francisco de Assis frade 173. Manaíra, João Pessoa, Paraíba.

E-mail: layzadeininger@gmail.com

RESUMO

Este estudo visou apresentar as experiências de acadêmicas de Medicina relacionada ao estágio de atenção à saúde como instrumento da formação médica. Trata-se de um relato de experiência consistente em visitas a uma residência familiar escolhida previamente pela equipe de saúde, nos meses de fevereiro e março de 2020. Durante as visitas, observou-se que o paciente índice previamente indicado não demandava dos serviços dispostos na unidade de saúde como sua esposa, outra moradora da casa, embora tenha sido percebido que esta detinha conhecimentos acerca de cuidados com a saúde por ter sido cuidadora de seu esposo e por tê-lo acompanhado por muito tempo, contudo não se cuidava. Dessa forma, as visitas domiciliares proporcionaram as discentes o conhecimento da rotina dos moradores da residência, suas relações com a equipe de saúde e os equipamentos sociais presentes no bairro, bem como as relações interpessoais

estabelecidas entre os membros da família e com os vizinhos. Com isso, é imperioso ressaltar a importância das atividades práticas que induzem as relações de vínculo responsáveis pela humanização do cuidado e favorecem o êxito da formação médica.

Palavras-Chave: Atenção Domiciliar. Visita Domiciliar. Atenção Básica.

ABSTRACT

This study aimed to show the medical academics experience related to the internship in the health attention as a medical formation instrument. It is an experience report consistent in visits to a familiar residence previously chosen by the health team, between February and March, 2020. During the visits it was observed that the previously chosen patient didn't demand the health unit services as his wife, the only other dweller in the house, although that was got that she had some knowledge about health care because she had been caring and her husband for a long time. This way, the domiciliar visits provided to the students to know the dwellers routine, their relation with the health team and the social instruments, as well as how they established their interpersonal relations with theirselves and the neighbours. White that, it's imperious to emphasize the importance of the practical activities that induce the bond relations responsible by the care humanization and favor the medical formation success.

Keywords: Home Care. Home Visit. Basic attention.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é a ferramenta utilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da atenção à saúde. Ela contribui para a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças por meio de ações governamentais que também estreitam as relações entre o usuário e a Unidade de Saúde, de maneira contínua e integrada à Rede de Atenção à Saúde¹.

A AD tem diferentes configurações dispostas no SUS, o que define o tipo de visita e a equipe que a realizará é a necessidade do usuário. Caso o paciente precise ser avaliado com baixa frequência, a visita é realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe de Saúde da Família/Atenção Básica. Em situações mais complexas, quem faz o acompanhamento são as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e de Apoio, EMAD e EMAP, respectivamente, componentes dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - Melhor em Casa².

Dessa forma, a Visita Domiciliar (VD), é considerado como principal mecanismo da AD; nela os profissionais designados entram na vida e rotina dos usuários do SUS, de maneira a prevenir ou entender e tratar doenças, bem como promover saúde e bem estar dos usuários³.

O cuidado desenvolvido pela AD tem relação direta com questões ligadas às estruturas familiar, domiciliar e a oferecida pelos serviços de saúde. Com isso, entradas desnecessárias nos serviços de saúde de urgência e emergência são evitadas, bem como há diminuição na superlotação desses setores².

A Atenção Domiciliar não só tem valia para o SUS como um programa, como também para o bem populacional que utiliza deste Sistema. Mudanças consideráveis na vida dos brasileiros foram observadas desde a criação da AD, especialmente na vida dos idosos⁴.

Na VD, outras ferramentas dispostas são utilizadas, como a Escala de Coelho e Savassi que visa estratificar os riscos familiares perante a sociedade, as estruturas sociais, infraestruturas internas à residência e como isso impacta no processo saúde/doença daquela família⁵. Ou o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que atua de maneira delimitadora nas condutas propostas para a família assistida; além de definir uma estratégia intervencionista na vida e cotidiano familiar perante os recursos disponíveis, separada em quatro fases⁶.

Com o envelhecimento da população, há o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, que conseqüentemente, majora a necessidade de cuidados continuados e intensivos. Dessa forma, há escritores que relatam este fato como um dos principais encarregados no processo de desenvolvimento das ações de cuidado em saúde domiciliar⁷.

No âmbito populacional e profissional, a Visita Domiciliar tem mudado o modo como se promove saúde. Conforme houve o estreitamento das relações entre serviços e usuários, concomitantemente houve a descentralização da doença e inclusão de aspectos variados, que indiscutivelmente têm influência no processo saúde-doença. Ou seja, os pacientes, que recebem a VD, têm seus aspectos sociais, psicológicos e espirituais avaliados para além apenas dos biológicos.

A partir do exposto, o estudo objetiva apresentar as experiências de acadêmicas de Medicina relacionada ao estágio de atenção à saúde como instrumento da formação médica.

2 MÉTODOS

O trabalho apresentado refere-se a um estudo descritivo, tipificado como relato de experiência, realizado pelos estudantes do 2º período durante a graduação em Medicina

na Faculdade Ciências Médicas do Estado da Paraíba, referente à disciplina de Atenção à Saúde II, nos meses de fevereiro e março do ano de 2020.

Vale salientar que os alunos foram divididos em três grupos, sendo duas duplas e um trio na Unidade Saúde da Família no município de João Pessoa-PB, campo de estágios da faculdade, em que a escolha das subdivisões dos grupos se deu pela preceptora.

É importante mencionar que as famílias visitadas foram definidas de maneira prévia pela equipe de saúde da USF. Os critérios utilizados para a definição das famílias foram o grau de vulnerabilidade econômica e social, além de núcleos familiares que necessitavam de um acompanhamento mais próximo e detalhado pelos profissionais de saúde, em que os discentes e equipe iriam construir um projeto terapêutico singular para que assim majorasse a qualidade de vida das famílias acompanhadas.

Ademais, o estudo teve sua divisão em duas visitas, em que ambas foram nas casas das famílias acompanhadas. As duas visitas foram relatadas em diários de campo com todas as situações vividas, já que os mesmos deveriam dispor acerca das ocorrências que aconteciam nas visitas, além de um aprofundamento no que tange a parte teórica sobre as temáticas relevantes em relação à família estudada e uma reflexão livre de maneira acerca do que foi tanto estudado como vivenciado.

Ainda, as atividades obtiveram seu desenvolvimento através de objetivos, que deveriam ser efetivados a cada dia, tendo sido determinados previamente pelas docentes do módulo. A primeira visita teve como objetivo de realizar a visita às famílias nos territórios, para assim conhecer as famílias, aplicando a escala de Coelho e Savassi (risco familiar) e o segundo encontro apresentou o objetivo de realizar a visita às famílias nos territórios, para assim conhecer os integrantes das famílias, avaliando as necessidades para abordagem no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Diante do exposto, por se tratar de um estudo do tipo relato de experiência não houve a necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba.

3 RELATO DA EXPERIÊNCIA

No primeiro dia de atividade na Unidade de Saúde da Família (USF), em fevereiro de 2020, conheceu-se a estrutura da USF bem como a preceptora que estava realizando o acompanhamento. As alunas foram divididas em três grupos, sendo duas duplas e um trio em que houve a orientação da preceptora supracitada. O trio em questão ficou responsável

por uma família localizada em área descoberta e, portanto, não há visitas nem acompanhamento de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Diante disso, quem retratou as informações acerca da família, disponibilizando os prontuários, levou as estudantes até a residência e apresentou a família foi a recepcionista da USF, essa família é constituída por um casal de idosos, que moram juntos e são aposentados.

É válido salientar que ao realizar a primeira visita, se tinha o intuito primordial de conhecer a família assim como construir um bom vínculo com a mesma, corroborando para gerar um bom acompanhamento e assim proporcionar melhorias no que tange à saúde da família.

De maneira inicial, acreditava-se que o paciente que iria precisar de um maior acompanhamento era o idoso, pois havia sofrido aneurisma e passou bastante tempo acamado, com sérios problemas de saúde, porém, de maneira surpreendente, ao chegar à residência deles, houve a excelente recepção pela idosa relatando que o marido não estava em casa, pois havia ido ao encontro de seus amigos como fazia todas as manhãs, sem dissonia, embora estivesse com dificuldade de deambulação, mostrando assim, apresentar melhor estado de saúde do que a esposa, que possuía dores crônicas na coluna cervical, muitas limitações motoras, além de ser hipertensa e ter falta de apetite constante.

Ademais, ela relatou que faz uso de diversas medicações e que está sempre renovando as prescrições de acordo com as orientações médicas. A partir dessa conjuntura, houve um debate com a preceptora sobre a possível mudança em relação ao acompanhamento domiciliar, pois, a esposa se encontrava mais necessitada de acompanhamento domiciliar do que o marido.

Quando houve o retorno à USF, todos os grupos falaram das informações colhidas. Com isso, a preceptora construiu um diálogo no que se refere à visita domiciliar ressaltando as inúmeras vantagens da mesma e retratando a relevância dela para cada paciente índice. Em seguida, ela orientou os grupos para realizarem evolução das visitas domiciliares nos prontuários dos pacientes, assim como retratou a importância dos mesmos para a Unidade de Saúde da Família (USF).

A visita domiciliar possui grande relevância para a equipe de saúde, uma vez que a partir dela cria-se um vínculo íntegro e fortalecido entre as famílias e a unidade, bem como com os profissionais de saúde. Ainda que forte, a relação do usuário com os serviços oferecidos também pode se destacar por conter um viés afetivo, em especial os que não podem ir até à USF, seja por dificuldade de deslocação, ou por humor esmorecido⁸.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) compreende o atendimento do indivíduo e da família de forma eficaz e constante, este é realizado com o intuito de envolver múltiplos profissionais de saúde na visita domiciliar, tornando-a mais íntegra e profícua⁹. Logo, dentre os profissionais da área que estão presentes na visita, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o que está mais próximo das pessoas, de suas casas, vida e convívio, e estão presentes no ambiente que o Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde 1991, quando o Ministério da Saúde implantou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁰.

A percepção acerca da maneira com que as famílias convivem é o objetivo determinante das visitas domiciliares. Os relacionamentos interpessoais existentes nas residências são fatores decisivos no processo saúde-doença, bem como, respectivamente, no processo de promoção-prevenção, o que está atrelado ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), que constroi uma ponte entre as dificuldades em saúde que existem no usuário para com a unidade, permitindo o acompanhamento extenso e longo de competência das equipes responsáveis¹¹.

Para tanto, a partir da tabela de Coelho & Savassi, podem-se analisar os fatores pertencentes à mesma, quais sejam: acamado (escore de risco 3), deficiência física (escore de risco 3), deficiência mental (escore de risco 3), baixas condições de saneamento (escore de risco 3), desnutrição grave (escore de risco 3), drogadição (escore de risco 2), desemprego (escore de risco 2), analfabetismo (escore de risco 1), menor de 06 meses (escore de risco 1), maior de 70 anos (escore de risco 1), HAS (escore de risco 1), Diabetes Mellitus (escore de risco 1), relação morador/cômodo maior que 1 (escore de risco 3), relação morador/cômodo igual a 1 (escore de risco 2) e relação morador/cômodo menor que 1 (escore de risco 0). Quando o escore total for 5 ou 6 será R1- risco menor, quando for 7 ou 8 será R2- risco médio e acima de 9 será R3- risco máximo¹².

Com isso, foi possível identificar que tanto o casal possui deficiência física devido as suas limitações, que o idoso possui mais de 70 anos e que a idosa é hipertensa. De acordo com a escala de Coelho & Savassi, a família se enquadra no risco médio (R2) com a pontuação 8, demonstrando a necessidade de visitas domiciliares quinzenalmente.

Já no que se refere ao segundo dia de visita, em março de 2020, o trio de estudantes de medicina tiveram o intuito de conhecer com mais fervor a paciente índice, conversando ainda mais sobre sua vida, sobre os usos dos seus medicamentos, assim como suas dificuldades rotineiras.

A idosa relatou que faz uso de Losartana 50mg, uma vez por dia em razão da hipertensão, Prolopa 100/25mg, duas vezes ao dia e Akineton 2mg, dois comprimidos ao dia, por causa do Parkinson, Toxina Botulínica 500mg, a cada três meses devido à distonia da cervical, Ensure (suplemento vitamínico) diariamente em razão da falta de apetite, Donaren 50mg, um comprimido ao dia devido à insônia, Fenofibrato 200mg, por conta do colesterol, óleo de Cannabis, oito gotas ao dia, em razão das dores cervicais e realiza fisioterapia duas vezes na semana na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Apesar de todas as medicações utilizadas, ela explana a insuficiência das mesmas para deixá-la confortável, ainda a toxina botulínica de 500mg estava em falta e a toxina de 1000mg, que seria ideal para seu tratamento, não é disponibilizada pelo SUS.

Ainda, foi referido pela mesma que não gosta de sair de casa, que fumou há 17 anos e que está ultimamente impossibilitada de realizar exercícios físicos em academias, praças públicas e projetos, mas sempre gostou muito de se exercitar. A esposa expõe não ter conhecimento sobre grupos de apoio na USF e também afirma conhecer as Práticas Integrativas e Complementares (PIC's), mas é muito distante de onde ela reside e ela não tem como se deslocar com muita frequência por depender de outras pessoas.

Ademais, a idosa conta com o companheirismo do seu esposo, o apoio da pessoa contratada para a realização das atividades do lar, além do apoio de familiares, das cunhadas que marcam as consultas e compram os medicamentos, e o sobrinho do seu esposo que auxilia no transporte a fisioterapia, afirma ainda que possui bom relacionamento com o filho e nora do seu marido, além de ter uma ótima relação com os vizinhos.

Ainda, é importante mencionar acerca das vulnerabilidades e potencialidades da usuária, ela é bastante religiosa, praticante do catolicismo, gosta muito de atividade física, hidroginástica, caminhadas e artesanato, todavia não pratica mais em razão das limitações. O único hobby que ainda é possível ser realizado por ela é o cuidado com seu jardim.

Ao retornar para USF, os grupos iniciaram a discussão com a preceptora acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS) em relação aos dados colhidos, havendo orientação para a evolução dos seus respectivos prontuários.

Diante da análise feita com a paciente, se chegou à conclusão de que há a necessidade de acompanhamento por um nutricionista, iniciando a cada 15 dias e depois mensalmente, em razão da falta de apetite e da perda de peso da paciente, ainda, que deverá continuar indo a fisioterapia duas vezes por semana na UFPB, além de começar a

participar do grupo de apoio de idosos, semanalmente, oferecido pela USF e, que é fundamental permanecer com as visitas domiciliares quinzenalmente:

No que tange o Projeto Terapêutico Singular (PTS), pode-se afirmar que está relacionado a uma junção de proposições de condutas terapêuticas de maneira articulada, com direcionamentos ao determinado indivíduo, a determinada família ou ao coletivo. Além disso, possui o intuito de delinear uma estratégia no que tange a intervenção para a pessoa em questão, diante dos recursos ofertados, quais sejam: a equipe, a família, o território e da própria pessoa, já que envolve um pacto entre os mesmos¹³.

Sendo válido ressaltar que o trabalho em equipe se trata de um elemento primordial para que se tenha estruturação de maneira pactuada e também de forma partilhada no que se refere o projeto terapêutico, resultando na partilha de reflexões e percepções entre profissionais de distintas áreas no âmbito do conhecimento com o intuito para compreender o problema ou a situação em tela. Para que seja construído o PTS, é necessário que se tenha tanto a presença como a colaboração de atores envolvidos com responsabilidade diante das condutas terapêuticas estruturadas e das propostas, através de quatro pilares, quais sejam: a hipótese diagnóstica, a definição no que tange às metas, o repartimento de responsabilidades e a feitura da reavaliação¹³⁻¹⁴.

O diagnóstico é definido pela observação e questionamento de vertentes orgânicas, psicológicas e sociais que torna possível a identificação de riscos, vulnerabilidades e potencialidades para produção de cuidado. A definição de metas consiste em traçar propostas a fim de serem cumpridas em curto, médio e longo prazo. A divisão de responsabilidades fundamenta-se na separação de tarefas que competem a cada profissional de saúde que será necessário para a realização das metas definidas, bem como do indivíduo, família ou grupo submetido ao PTS. Por fim, a reavaliação; este é o momento para discutir evoluções e correções, se necessário¹¹⁻¹⁵.

Diante do exposto, a vivência e aprendizado adquirido ao longo das visitas domiciliares, gerou a percepção da importância de se ter um vínculo com as famílias dos usuários, conhecendo eles em sua residência, com as suas singularidades e dificuldades, obtendo assim, o máximo de informações relacionadas aos aspectos biopsicossociais e espirituais para conseguir ver o paciente de um modo holístico, realizando o melhor tratamento e estabelecendo mudanças para melhorar sua qualidade de vida.

Ademais, houve momentos de emoção por parte das discentes, em razão de terem sido bem recebidas e bem tratadas pela família e como tudo isso era importante para a vida deles, ao expressarem sobre a alegria de receber pessoas que realmente se

importassem com eles. Saber que é possível fazer a diferença na vida dessas pessoas tornaram essas alunas ainda mais humanas e as fizeram perceber que podem ser pessoas ainda melhores ao dar o seu máximo para cuidar de seus pacientes. Por fim, as aulas práticas foram cruciais para observar e aprender como ocorre o funcionamento da USF, das visitas domiciliares, da Escala de Coelho e Savassi e do PTS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da vivência no âmbito dos estágios práticos no que tange a visita domiciliar, percebe-se a importância deste instrumento para todos os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, é imprescindível para criação de vínculo e prestação de cuidado adequado.

Dessa forma, tratou-se de momentos de relevância para os discentes do curso de Medicina, além da imprescindível importância para a formação médica de maneira humanizada. Assim, há percepção de que o aprendizado adquirido não teria eficiência se fosse apenas na sala de aula. Foi possível através dessa realidade, que os discentes conquistassem conhecimentos não apenas técnicos, mas para o crescimento enquanto ser humano, devido a prática de conhecer, de se relacionar, de ter o papel de escuta e também de auxiliar as famílias com base em suas realidades.

Foram vivenciadas algumas situações que lhe causaram inquietudes, em que se achavam impotentes diante dos problemas enfrentados pelas famílias, contudo, por meio das visitas domiciliares foi possível compreender que nem tudo pode ser resolvido pela equipe de saúde. Porém é válido salientar que, muito foi aplicado sobre empatia, humanidade e solidariedade, observou-se ainda a importância do vínculo para compreensão das vulnerabilidades das famílias, como dos relacionamentos entre os integrantes e também no que tange à comunidade.

Por fim, é salutar compreender a pertinência para que se tenha uma preparação adequada dos alunos de Medicina para que se tornem excelentes médicos e que saibam lidar com situações complexas sempre primando pela empatia e humanização, sabendo lidar e auxiliar com os problemas vivenciados pelas famílias, indo além da questão biológica e pensando na questão social, psicológica e espiritual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito MJM, Andrade AM, Caçador BS, et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc. Anna Nery [internet]. 2013 dez. [acesso em 2020 Jul 25]; 17(4):603-610. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400603&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130002>.
2. Castro EAB de, Leone DRR, Santos CM dos, et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev. Gaúcha Enferm. [internet]. 2018 [acesso 2020 Jul 26]; 39:e2016-0002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100401&lng=en. Epub May 28, 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>.
3. Cunha MS da, Sá M de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) [internet]. 2013 mar. [acesso 2020 Jul 27]; 17(44):61-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.
4. Dantas IC, Pinto Junior EP, Medeiros KKAS, et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. Revista Kairós Gerontologia [internet]. 2017 jan.-mar. [acesso 2020 Jul 27]; 20(1):93-108. Disponível em: <file:///C:/Users/Not/Downloads/32058-86126-1-SM.pdf>.
5. Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. J Manag Prim Health Care [internet]. 2013 jan. [acesso 2020 Jul 28]; 3(2):179-85. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>.
6. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, et al. Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Cogitare Enferm. [internet]. 2016 jul./set. [acesso 2020 Jul 28]; 21(3):01-08. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2260/45437-186756-1-pb.pdf>.
7. Andrade AM, Brito MJ M, Silva KL, et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. Rev. Gaúcha Enferm. [internet]. 2013 jun. [acesso 2020 Jul 29]; 34(2):111-117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200014&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200014>.
8. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. Psic., Saúde & Doenças [internet]. 2017 abr. [acesso 2020 Jul 29]; 18(1):170-185. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862017000100015&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>.
9. Drulla, A da G, Alexandre AMC, Rubel FI, et al. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Revista Cogitare Enfermagem [internet]. 2009 out.-dez. [acesso

2020 Jul 30]; 14(4):667-674. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16380/10861>.

10. Ministério da Saúde. Ações e Programas. Estratégia saúde da família (ESF). Agente comunitário de saúde. Brasília (DF): O Ministério; 2020.

11. Especialização Multiprofissional em Saúde da Família [internet]. Projeto terapêutico singular. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. [acesso 2020 Jul 30]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1089/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>.

AMA: helping doctors help patients [internet]. Chicago: American Medical Association; c1995-2007 [acesso em 2018 jan 2]. Disponível em: <http://www.amaassn.org>.

12. Melo RHV, Vilar RLA, Ferreira AF, et al. Análise de risco familiar na estratégia saúde da família: uma vivência compartilhada entre preceptores, discentes e agentes comunitários de saúde. R. Bras. Inov. Tecnol. Saúde [internet]. 2014 fev. [acesso 2020 Jul 30]; 3(4). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/4437>.

13. Hori AA, Nascimento A de F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2014 ag. [acesso 2020 Jul 31]; 19(08). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3561-3571/>.

14. Mororó, MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial. [dissertação] [internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010. 131 p. [acesso 2020 Jul 31]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-23062010-093626/publico/Martha_Mororo.PDF>.

15. Jesus, BA de, Muller K de TC, Machado AA et al. Avaliando o processo de trabalho das equipes NASF microrregião de Aquidauana, MS: Projeto Terapêutico Singular. Revista Multitemas [internet]. 2018. mai.-ag. [acesso 2020 Jul 31]; 23(54): 105-119. Disponível em:
<https://www.multitemas.ucdb.br/multitemas/article/view/1707/1521>.