

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN**  
**ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE**

**VISITA MULTIDISCIPLINAR COMO FERRAMENTA DE ENSINO-  
APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA**

**TATIANE LIMA AGUIAR**

**MANAUS/AM**

**2020**

**TATIANE LIMA AGUIAR**

**VISITA MULTIDISCIPLINAR COMO FERRAMENTA DE ENSINO-  
APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização de Preceptoría em Saúde, como requisito final para obtenção do título de Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientador(a): Prof (a). Cilene Nunes Dantas

**MANAUS/AM**

**2020**

## RESUMO

**Introdução:** A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação considerada o “padrão ouro” da especialização médica. Embora voltada à especialização profissional, suas atividades são desenvolvidas em ambiente multidisciplinar, sendo importante atuação interdisciplinar do residente. **Objetivo:** Este trabalho objetiva promover a interação do médico residente com atividades multidisciplinares. **Metodologia:** Foi desenhado um cronograma de visitas multidisciplinares a ser implantado na residência de Clínica Médica do HUGV. Os resultados serão avaliados pelos atores envolvidos. **Considerações finais:** A instituição de visitas multidisciplinares pode ser de extrema valia para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem e qualidade do cuidado no contexto da residência médica.

Palavras-chave: residência médica; visita com preceptor; comunicação multidisciplinar

## PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

### 1 INTRODUÇÃO

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação oferecida a médicos, sob a forma de curso de especialização, que foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, mesmo decreto criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (BRASIL, 1977). Este modelo de especialização consiste em uma forma de “aprendizagem em serviço” onde médicos não especialistas exercem atividades profissionais em instituições de saúde credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC), universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos especialistas na área escolhida, cujas qualificações ética e profissional são notórias. Os médicos de um Programa de Residência Médica (PRM), conhecido como residentes, são remunerados com um valor mensal, a bolsa de residência, que usualmente tem o mesmo valor em todo território nacional (BRASIL, 2016). A Residência Médica é considerada o “padrão ouro” da especialização médica (BRASIL, 1977).

À época de sua criação, os Programas de Residência Médica (PRM) deveriam ser desenvolvidos preferencialmente nas grandes áreas da Medicina: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia e Medicina Preventiva e Social. A duração mínima de um PRM era de um ano, correspondendo ao mínimo de 1.800 horas de atividade. Atualmente existem 46 especialidades médicas cujas matrizes de competência são aprovadas pela CNRM (PORTAL MEC, 2019b).

Embora o médico residente esteja engajado em um serviço marcadamente especializado, cujo objetivo é capacitá-lo a tornar-se especialista em uma área da Medicina, o ambiente de aprendizagem, seja hospitalar, ambulatorial, na atenção primária à saúde, entre outros, exige que o residente esteja em contato diário com uma equipe multidisciplinar. Este aprendizado interdisciplinar é estimulado desde a graduação em Medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Medicina, que em sua Seção III (Da Educação em Saúde) define como um dos objetivos para a formação do aluno:

*“[...]aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2014).*

Contudo, diferentemente das residências multiprofissionais em outras áreas saúde, criadas posteriormente em 2005, os PRM não são essencialmente estruturados de forma a oferecer ao médico residente atividades que envolvam o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2005). Na contramão das DCN, a formatação dos Projetos Pedagógicos de muitos PRM acaba por limitar a interação do médico residente com a equipe multidisciplinar e, assim, restringir as possibilidades do desenvolvimento de habilidades de comunicação interpessoal e trabalho em equipe, essenciais para qualquer profissional de saúde.

Em grande parte, os médicos residentes têm uma rotina extensa de trabalho, orientada primordialmente à prática assistencial em diversos cenários de atuação da especialidade, como enfermarias, ambulatórios, unidades básicas de saúde e centros cirúrgicos. Apesar da carga horária padrão estipulada pelo MEC, que em geral corresponde a 60h semanais, é comum que os residentes excedam o número de horas semanais trabalhadas (IGLEHART, 2008). Além disso, grande parte desta carga horária é consumida com a assistência direta ao usuário, enquanto atividades complementares acadêmicas, como sessões clínicas, discussão de artigos científicos e projetos de pesquisa, ocupam o restante do tempo, inclusive exigindo horários extras para sua execução. Cabe ressaltar que tais atividades assistenciais e acadêmicas são desenvolvidas preferencialmente entre os seus pares residentes e preceptores médicos, sendo excepcional a participação regular e efetiva de residentes e profissionais de outras áreas da saúde.

Portanto, a imersão completa nas atividades assistenciais e acadêmicas da especialização podem ser entraves à participação do médico residente no trabalho

multidisciplinar. Por outro lado, é reconhecido que a educação médica deve ser pautada na interdisciplinaridade como forma de permitir ao jovem médico desenvolver habilidades exigidas na matriz de competências dos PRM. Por exemplo, a Matriz de Competência (MEC) do PRM em Clínica Médica, proposta pelo MEC, tem com objetivo geral (destaques da autora):

*“Capacitar o médico residente em Medicina Interna para a executar o atendimento clínico, nos âmbitos individual e coletivo, com geração de vínculo na relação interpessoal e de identidade enquanto membro do sistema de saúde, [...] e de exercer a liderança horizontal na equipe interdisciplinar e multiprofissional de saúde”* (PORTAL MEC, 2019a).

Este objetivo da matriz de competência está alinhado a publicações que demonstram as vantagens do trabalho em equipe multiprofissional para a formação médica, ressaltando saberes e conhecimentos cuja aquisição só é possível com o envolvimento do residente em uma dinâmica de equipe (FERREIRA, 2009). O conhecimento pedagógico advindo das residências multidisciplinares demonstra que este arranjo é adequado para o treinamento no cuidado integral à saúde das pessoas e de comunidades, promoção da saúde e desenvolvimento de habilidades relacionadas à gestão e organização do trabalho, pouco trabalhadas na graduação em Medicina (RODRIGUES, 2018).

Afora o ganho no processo de ensino-aprendizagem dos médicos residentes, é sabido que visitas multidisciplinares podem promover melhorias referentes à qualidade da assistência, como diminuição do tempo de internação e melhora da performance no cuidado em patologias prevalentes, como insuficiência cardíaca e pneumonia (O’MAHONEY, 2016).

Apesar destas evidências, a interdisciplinaridade vem sendo pouco trabalhada nos PRM em geral, com exceção de PRM em Medicina da Família e Comunidade (FERREIRA, 2019). No Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), da Universidade Federal do Amazonas, o PRM em Clínica Médica, criado em 1985, forma atualmente 10 residentes a cada ano e mantém uma rotina de atividades baseadas na atuação dos residentes em atividades modulares, organizadas de acordo com as subespecialidades clínicas como Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, etc. Esta formatação deixa pouco espaço para a participação do residente na dinâmica multidisciplinar da assistência hospitalar, não existindo, por exemplo, atividades regulares previstas no projeto pedagógico junto à equipe assistencial, afora as

tarefas rotineiras de assistência médica. Também não existe uma cooperação formal com a residência multidisciplinar do hospital.

Diante deste cenário, foi elaborado Plano de Preceptoria (PP) que objetiva propor uma atividade de intervenção, capaz de promover a interação do programa de residência médica com atividades multidisciplinares. Considerando que este tipo de proposta pode ir de encontro aos processos de trabalho já existentes, o que pode gerar resistência a sua implantação, optou-se por uma ação que pudesse ser inserida no contexto pré-existente, a fim de não acarretar uma interferência radical na rotina de trabalho da residência de Clínica Médica. Assim, propõe-se a instituição da visita multiprofissional à beira do leito como forma de incrementar a visita médica com a perspectiva do trabalho interdisciplinar.

Para isso, serão convidados a participarem das visitas médicas os profissionais e residentes de outras áreas da saúde que atuem regularmente no HUGV. Apesar das barreiras previstas, especialmente no que se refere a questões éticas envolvidas, espera-se oportunizar os médicos residentes de Clínica Médica a vivência de uma cultura de interdisciplinaridade (GRINBERG, 2010).

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral:**

- Promover a interação do programa de residência médica com atividades multidisciplinares.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Estimular a participação de residentes e preceptores do PRM nas atividades já existentes, como passagem de plantão por categoria profissional, tornando-as multiprofissional;

- Promover atividades interdisciplinares, como visita multiprofissional à beira do leito.

## **3 METODOLOGIA**

### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi desenhado um estudo qualitativo, do tipo projeto de intervenção, que consiste em um Plano de Preceptoría (PP) a ser implantado como parte integrante de um programa de residência médica (PRM) em Clínica Médica.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O Plano de Preceptoría será implantado no programa de residência médica em Clínica Médica do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O público-alvo consistirá dos residentes e preceptores do PRM de Clínica Médica e equipe multidisciplinar do HUGV, entre os quais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais.

### 3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA (PP)

O PP consistirá em um cronograma de visitas multidisciplinares semanais, nas quais os residentes do primeiro e segundo ano do PRM em Clínica Médica deverão realizar apresentação de casos clínicos de pacientes sob seus cuidados à equipe multidisciplinar, sob orientação e supervisão do preceptor responsável pelo paciente.

Os casos clínicos deverão ser previamente acordados com o preceptor e devem priorizar pacientes cuja complexidade de seu problema de saúde exija a avaliação da equipe multidisciplinar na composição de um plano terapêutico abrangente. Exemplos de pacientes preferencialmente elegíveis são aqueles com algum tipo de vulnerabilidade social (imigrantes, indígenas, pessoas em situação de rua, vítimas de abandono social, de violência doméstica etc.), idosos, portadores de necessidades especiais (deficientes visuais, auditivos ou com algum grau de prejuízo cognitivo), quadro demenciais avançados, transtornos relacionados à saúde mental (incluindo drogadição), portadores de doenças raras ou de sequelas de doenças debilitantes, pacientes com internação prolongada por qualquer motivo, entre outros.

As apresentações devem seguir os preceitos éticos previstos no Código de Ética Médica, onde informações sensíveis e sigilosas deverão ser omitidas durante a exposição dos

casos clínicos, de forma a preservar os direitos do paciente ao sigilo e confidencialidade de seus dados pessoais.

### 3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

Espera-se que a implementação da visita multidisciplinar contribua na formação do médico residente, promovendo o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de gerenciamento, como identificação, discussão dos problemas e elaboração de intervenções pactuadas com a equipe e o paciente. Além disso, proporcionará a oportunidade de troca de saberes com outros profissionais da área da saúde e o estímulo à colaboração interdisciplinar, visando à assistência integral à saúde do paciente.

Estima-se, também, que haverá ganho considerável ao paciente, através da melhoria da assistência em geral, possibilitada por melhor integração da equipe assistencial e pela otimização do plano de cuidado, advinda de ações assistenciais coordenadas que previnam procedimentos desnecessários e otimizem os recursos terapêuticos utilizados.

Para este intuito, vislumbra-se como fator positivo a existência prévia de atividades bem estabelecidas no PRM de Clínica Médica, como são as visitas à beira do leito e a interação de várias especialidades médicas na modalidade de consulta via parecer do especialista. A cultura de discussão de casos clínicos e consulta ao especialista podem ser utilizadas como base para a sensibilização de atores-chave, no sentido da participação da intervenção proposta.

Além disso, o cuidado centrado na pessoa, que é parte dos valores do HUGV e especialmente do Serviço de Vigilância em Saúde Segurança do Paciente (SVSSP), pode ser um argumento oportuno que facilitará a adesão de todos os profissionais participantes da intervenção.

Como possíveis barreiras ao PP, destacam-se questões éticas relacionadas ao sigilo médico e conflitos inerentes ao cuidado não integrado, caracterizado por responsabilização pontual de cada categoria profissional por uma parte específica da assistência hospitalar, ainda arraigada nos processos de trabalho em nível hospitalar.

### 3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do impacto do PP será feita através da avaliação das impressões dos atores envolvidos, a serem coletados em roda de conversa virtual, ao final do segundo mês da implantação da visita multidisciplinar. As reuniões serão realizadas através de plataformas de



teleconferência, como Google Meet, haja vista a necessidade de seguir os protocolos de segurança devido à pandemia (COVID-19), evitando, assim, o agrupamento de muitos indivíduos em um mesmo ambiente. Além disso, a reunião virtual poderá aumentar a adesão, pela comodidade da participação à distância, fora do ambiente de trabalho e em horários mais flexíveis,

A roda de conversa virtual, será proposta a todos os participantes que concordarem em expor voluntariamente suas observações sobre a intervenção. Estes serão solicitados a expor verbalmente os aspectos positivos e negativos de sua experiência e uma avaliação geral do processo. Será estimulada a participação de pelo menos um representante por classe profissional e do maior número de residentes.

Após a gravação da roda de conversa, o conteúdo será transcrito e após será submetido à técnica de avaliação qualitativa, com análise de conteúdo. A avaliação do conteúdo das falas dos atores será realizada por dois pesquisadores distintos e eventuais divergências das avaliações serão resolvidas por consenso.

Os resultados da intervenção serão expostos à equipe multidisciplinar como devolutiva em reunião a ser anunciada e comunicada com antecedência.

A avaliação das impressões do paciente sobre a intervenção não será objetivo de coleta nesta primeira fase. No entanto, uma segunda parte do trabalho poderá ser realizada contemplando a avaliação pelo usuário e também desfechos quantitativos, como a observação do impacto da intervenção nos indicadores de qualidade da assistência (óbito, tempo de permanência, ocorrência de eventos adversos e outros incidentes de segurança do paciente, entre outros).

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS E BUROCRÁTICOS

O projeto de intervenção será submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do HUGV com vistas à anuência para sua realização. Como trata-se de intervenção em um PRM com atividades estruturadas, o PP será enviado, via Comissão de Residência Médica (COREME), ao coordenador do PRM de Clínica Médica para apreciação e concordância com a inserção da intervenção no cronograma de atividades do programa. Os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a fim de serem incluídos no estudo.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A residência médica é a metodologia de escolha para a formação de especialistas médicos. Sua formatação como treinamento em serviço é capaz de promover inúmeras oportunidades de reflexão ao aprendiz sobre os casos observados na sua prática diária. A partir da observação desta realidade, o residente é impulsionado à busca por soluções dos problemas observados, confrontando as hipóteses com modelos teóricos existentes e, de volta à realidade, empregando as ferramentas aprendidas na sua práxis, a fim de resolver as demandas de cada indivíduo que busca seu cuidado. Ou seja, é um modelo marcadamente apoiado em teorias de ensino-aprendizagem consagradas, como a problematização de Paulo Freire e a Metodologia do Arco de Maguerez.

Ao longo dos anos, contudo, o cuidado em saúde tornou-se mais complexo em todos os níveis da assistência, mas especialmente no nível hospitalar, exigindo dos profissionais de saúde, incluindo residentes, não apenas o domínio das ditas tecnologias duras como definidas por Mehry (MEHRY, 2005), mas também das habilidades de comunicação interpessoal, da capacidade de empatia quanto às preferências do paciente e da promoção de um cuidado seguro e de qualidade.

Neste contexto de novas demandas de cuidado, novos desafios são impostos à formação médica, como, por exemplo, a segurança do paciente em um ambiente de ensino, onde profissionais em formação dentro de uma especialidade (portanto inexperientes) são pressionados por uma carga de trabalho intensa, associada à necessidade de domínio teórico e prático de habilidades cognitivas complexas em curto espaço de tempo. Os conflitos oriundos destas duas prioridades em um hospital de ensino, *i.e.*, garantir oportunidades para o aprendizado dos residentes bem como a segurança do usuário, têm grande pertinência na atualidade e demandam soluções mais complexas que exclusivamente o aprimoramento da formação do especialista.

A responsabilização profissional pela qualidade do cuidado (e pelos desfechos clínicos em geral) deve ser estimulada desde a graduação em todos os cursos de saúde, devendo ser reforçada nos programas de residência em saúde, seja multiprofissional ou médica. Neste contexto, a integração da equipe que presta assistência a um usuário, em qualquer ponto do sistema de saúde, é imprescindível para que todos os atores e todas as ações do cuidado estejam convergindo harmonicamente em prol do usuário e de sua saúde.

No ambiente hospitalar, a visita médica tradicionalmente sempre foi uma oportunidade para a interação residente-preceptor-paciente/acompanhante, que permite não apenas a troca de experiência e informações entre os profissionais em formação e seus orientadores, mas também, quando inclusiva, entre estes e o centro do cuidado, ou seja, o próprio paciente.

Quando a visita clínica se torna multidisciplinar, como é o cuidado na prática clínica diária, as oportunidades de ganho de aprendizado e de qualidade no cuidado aumentam de forma proporcional à participação dos diversos profissionais responsáveis pela assistência.

Desta forma, intervenções que promovam a interdisciplinaridade no ambiente da residência médica devem ser encorajadas até se tornarem a regra, não a exceção, nos processos de trabalhos e em todos os pontos de cuidado em que residentes e demais profissionais estejam inseridos. O ponto de partida deve ser a formação médica na graduação, com reforço na especialização *lato sensu*, o que pode ser garantido com a inserção de atividades interdisciplinares nos planos de preceptorias das residências médicas, como já é inerente aos programas de residência multiprofissional.

Espera-se, portanto, que a intervenção proposta no presente PP possa ser o estímulo para uma mudança de paradigma no PRM de Clínica Médica do HUGV e no próprio modelo de cuidado do hospital, com sensibilização de todos os profissionais envolvidos. Também se almeja contribuir para a construção coletiva e centrada no paciente de uma assistência mais efetiva e segura.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 115. n. 106, 06 jun. 1977.

BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, ano 142. n. 125, p.1, 01 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. **Brasília**: seção 1, Brasília, DF, ano 151. n. 107, p.17, 6 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial de nº 3, de 16 de março de 2016. Altera o valor da bolsa assegurada aos profissionais de saúde residentes. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153. n. 52, p.8, 16 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2020.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

IGLEHART, John K. Revisiting Duty-Hour Limits — IOM Recommendations for Patient Safety and Resident Education. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 359, n. 25, p. 2633-2635, 2008. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp0808736>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

GRINBERG, Max. Acerca da Bioética da beira do leito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 632-635, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n6/v56n6a06.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MATRIZES de competências em Clínica Médica. **Portal MEC**, 2019a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=119741-13-matriz-de-competencias-em-clinica-medica&category\\_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119741-13-matriz-de-competencias-em-clinica-medica&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 1 ago, 2020.

MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

O'MAHONEY, Stephen; MAZUR, Eric; CHARNEY, Pamela; WANG, Yun Wang; FINE, Jonathan. Use of Multidisciplinary Rounds to Simultaneously Improve Quality Outcomes, Enhance Resident Education, and Shorten Length of Stay. **Journal of General Internal Medicine**, Genebra, vol. 22, n. 8, p.1073-1079, 2007. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305734/pdf/11606\\_2007\\_Article\\_225.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305734/pdf/11606_2007_Article_225.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2020.

RESIDÊNCIA Médica. **Portal MEC**, 2019b. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>. Acesso em: 1 jun, 2020.

RODRIGUES, Isadora Caroline Fernandes; SERRANO, Luzia Cristina de Almeida; DIAS, Elisângela Fernandes. Contribuição da equipe multidisciplinar na visita à beira do leito para uma atenção de qualidade. **Revista Científica Integrada**, Guarujá vol. 04, n. 01, p. 1-12, 2018; Disponível em: <[www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-1/3094-rci-contribuicao-da-equipe-multidisciplinar-na-visita-a-beira-do-leito-para-uma-atencao-de-qualidade-12-2018/file](http://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-1/3094-rci-contribuicao-da-equipe-multidisciplinar-na-visita-a-beira-do-leito-para-uma-atencao-de-qualidade-12-2018/file)>. Acesso em: 1 jun. 2020.