

## CONSTRUÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES: RELATO DO PET-SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Clarissiane Serafim Cardoso<sup>1</sup>; Maria Janilce Oliveira Magalhães<sup>2</sup>; Thamires Ribeiro Chaves<sup>3</sup>; Rosiane Silva de Souza<sup>4</sup>; Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa<sup>5</sup>

1-Universidade Federal de Alagoas, [clarinha\\_16@hotmail.com](mailto:clarinha_16@hotmail.com); 2- Universidade Federal da Paraíba, [janilceoliveira@yahoo.com.br](mailto:janilceoliveira@yahoo.com.br); 3- Universidade Federal da Paraíba, [thamiresribeiro.nutri@gmail.com](mailto:thamiresribeiro.nutri@gmail.com); 4- Universidade Federal da Paraíba, [rosianesilva@hotmail.com](mailto:rosianesilva@hotmail.com); 5- Universidade Federal da Paraíba, [talitha.ribeiro@yahoo.com.br](mailto:talitha.ribeiro@yahoo.com.br);

### RESUMO

O Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta de inserção na prática da saúde pública, onde diante das necessidades individuais e coletivas dos usuários, a equipe de saúde de forma interdisciplinar promove estratégias de enfrentamentos das doenças e agravos, mudanças de hábitos e melhorias na qualidade de vida das pessoas. Objetivou-se relatar a experiência de acadêmicos e profissionais da área de saúde na construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) junto à Estratégia Saúde da Família do bairro do Grotão, Município de João Pessoa-PB. Tratou-se de um estudo qualitativo, elaborado a partir da vivência de participantes do grupo tutorial Estratégia de Saúde da Família e Redes do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde), desenvolvido nos anos de 2013 e 2014, vinculado à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), João Pessoa/PB/Brasil. Refletindo sobre os desafios e contribuições do PET-Saúde na formação profissional e nos serviços de saúde e sabendo do crescente aumento de portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil, foram construídos Projetos Terapêuticos Singulares favorecendo um trabalho interdisciplinar com a equipe e viabilizando o uso do PTS na Atenção Básica. Os alunos e a equipe de saúde envolvidos no projeto realizaram conversas, ações lúdicas, dieta, entre outras atividades. Sempre de forma interdisciplinar, o PTS junto aos usuários, proporcionou melhorias da qualidade de vida e a mudança por hábitos saudáveis. Observou-se que o PET-Saúde contribuiu com estratégias interdisciplinares na produção do cuidado ao usuário, colaborando de forma pertinente com a formação profissional e criando novas perspectivas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, utilizando para tanto, o PTS como instrumento de intervenção na vida dos portadores de DCNT.

**Palavras-Chave:** Assistência à Saúde, Atenção à Saúde, Doenças Crônicas.

### ABSTRACT

Therapeutic Project Singular is an insertion tool in the practice of public health, where before the individual and collective needs of users, the health care team in an interdisciplinary way promotes fighting strategies of diseases and disorders, changes in habits and improvements in quality of life of people. The objective was to report the experience of academics and health professionals in the construction of Singular Therapeutic Project (PTS) for people with chronic non-communicable

diseases (CNCD) by the Health Strategy Grotão neighborhood family, the city of João Pessoa- PB. This was a qualitative study, drawn from the experience of participating in the tutorial group Family Health Strategy and Education Program of Networks at Work for Health (Pet-Health), developed in the years 2013 and 2014, linked to the University Federal da Paraíba (UFPB) in partnership with the Municipal Health Secretariat (SMS), João Pessoa / PB / Brazil. Reflecting on the challenges and contributions of PET-Health in vocational training and health services and knowing the increasing number of patients with chronic non-communicable diseases (CNCD) in Brazil, were built Therapeutic Unique Projects favoring an interdisciplinary work with the team and enabling the use of PTS in primary care. Students and health staff involved in the project conducted conversations, play actions, diet, among other activities. Always in an interdisciplinary way, the PTS with users, provided the quality of life improvement and change for healthy habits. It was observed that the PET-Health contributed interdisciplinary strategies to provide care to the user, contributing in a meaningful way with professional training and creating new perspectives to health professionals working process, using both the PTS as an intervention instrument in the lives of people with NCDs.

**Keywords:** Health Care, Health Care, Chronic Diseases.

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva acesso universal em todos os níveis de cuidado. A atenção básica vem sendo possibilitada cada vez mais por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja expansão progressiva melhorou o acesso ao cuidado integral e contínuo à saúde<sup>1</sup>.

A ESF representa um dos principais eixos de ação do Ministério da Saúde para mudar o modelo de assistência à saúde no país. A estratégia prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e/ou contínua<sup>2</sup>.

Nesse contexto, O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), fruto da ação intersetorial do Ministério da Saúde e Educação, atua através do fomento à formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como da iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes da graduação em saúde<sup>3</sup>.

O Pró-PET-Saúde em atual vigência (2012-2014) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) foi implantado com o objetivo de estimular mudanças curriculares com inserção dos estudantes nas Unidades de Saúde da Família (USF), além de desenvolver processos de formação e educação permanente com os diversos profissionais do serviço;

estimular e fortalecer iniciativas de mudança no processo de trabalho em saúde no caminho da integralidade e desenvolver pesquisas com base nas necessidades locais<sup>4</sup>.

Um exemplo é a discussão sobre o crescente aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem tido o suporte da Atenção Básica como espaço ideal para o cuidado, o planejamento e a prevenção destas, pois são vistas atualmente como um grande problema de saúde pública que ameaça o desenvolvimento humano<sup>5</sup>.

Diante da necessidade da busca por estratégias para a adesão dos usuários ao tratamento das DCNT, o grupo tutorial Estratégia Saúde da Família e Redes do PET-Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB viabilizou a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para usuários restritos ao domicílio portadores de DCNT no âmbito da ESF.

Na busca por arranjos e dispositivos que possam ser eficazes para as DCNT, destacam-se os Projetos Terapêuticos Singulares, como sendo “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”<sup>6</sup>.

A proposta do PTS foi desenvolvida com a intenção de proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes profissionais possam auxiliar na definição de propostas de ações para um sujeito individual dentro da coletividade do serviço. Isto permite que o planejamento do tratamento supere os aspectos do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, e inclua a dimensão política, a garantia de direitos, o resgate da cidadania e a reinserção social, como também a dimensão subjetiva e clínica na condução das práticas dirigidas ao usuário<sup>7</sup>.

Há necessidade de disparar mudanças nas práticas de saúde diversificando as ofertas de serviços de saúde, provocar processos de reflexão nos profissionais possibilitando repensarem seu processo de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inseridos.

Este estudo tem por finalidade relatar a construção de Projetos Terapêuticos Singulares para usuários portadores de DCNT restritos ao domicílio em uma equipe de saúde da família, bem como reflete sobre os desafios e contribuições de um grupo tutorial PET-Saúde na formação profissional e no serviço de saúde.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo qualitativo, elaborado a partir da vivência de participantes do grupo tutorial Estratégia de Saúde da Família e Redes do PET-Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB.

A experiência foi vivenciada na USF Grotão II, localizada no bairro do Grotão, no município de João Pessoa/PB durante os anos de 2013 e 2014. Inicialmente foi realizado um mapeamento dos usuários portadores de DCNT na área de abrangência da equipe envolvida. Foram incluídos na experiência seis usuários portadores de DCNT, restritos a domicílio e que possuíssem pelo menos um cuidador profissional e/ou familiar, possibilitando assim uma efetiva intervenção e continuidade no processo de cuidado.

Para a construção do PTS foram desenvolvidos uma ficha clínica de avaliação e um formulário a ser preenchido com o percurso desses usuários na Rede de Atenção à Saúde e com a descrição das atividades de cuidado prestados por parte da equipe de saúde.

O questionário estruturado continha informações sobre condições socioeconômicas, arranjo familiar, histórico de doenças, condições de saúde e expectativas em relação à situação vivida. A anamnese realizada possibilitou uma avaliação das vulnerabilidades do usuário e o contexto ao qual estava inserido, de forma que a partir dessas informações, pode-se estipular metas a serem alcançadas, quem as realizariam, as articulações possíveis com as Redes de atenção e o período de realização.

Para a aplicação do questionário foram realizadas visitas domiciliares utilizando uma abordagem integral ao usuário, com o auxílio das estudantes do PET-Saúde, que acrescentaram um olhar aos cuidados de alimentação e nutrição e odontológicos de prevenção e tratamento a estes. No início foram necessárias conversas para explicar e sensibilizar os usuários e famílias quanto à prática do PTS.

Concomitante o desenvolvimento do PTS, foram desenvolvidas ações de Educação Permanente junto à Equipe de Saúde da Família e oficinas para os cuidadores dos usuários.

Estavam envolvidas no processo uma Tutora docente do curso de Odontologia da UFPB, duas Preceptoras, médica e enfermeira da equipe de saúde da família, duas estudantes bolsistas dos cursos de graduação em Nutrição e Odontologia e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir do contato com a realidade do serviço de saúde, um trabalho coletivo envolvendo tutor, preceptores, estudantes e ACS foi desenvolvido com uma perspectiva de criar estratégias para a prevenção e cuidados à saúde de usuários portadores de DCNT com maiores fragilidades e demandando uma atenção integral da equipe. Nesse sentido, a construção dos PTS foi estudada, estruturada e elaborada.

A sensibilização para o trabalho também foi necessária à equipe de saúde. Para tanto, as estudantes em articulação com as preceptoras da USF realizaram uma palestra para os membros da equipe, sobretudo para os ACS, antes do início da construção dos PTS. A conversa se fez necessária para a continuidade do processo de mudanças quanto ao cuidado dos usuários na forma proposta no projeto terapêutico. Percebeu-se uma grande resistência inicial que se caracterizava como mais uma demanda a ser realizada. Porém, após um início sem colaborações por parte da equipe, a exposição da proposta como benéfica a todos os atores envolvidos contribuiu para uma maior aceitação por parte dos profissionais.

Após o início da construção dos PTS, e envolvimento da família, usuário e equipe, buscou-se garantir continuidade ao processo. Os membros do PET-Saúde motivaram a equipe de saúde quanto à adesão dos PTS, sendo corresponsáveis junto à família. Foram destacadas as mudanças no perfil situacional de cada usuário como motivo para continuação e estímulo à realização de outros PTS.

As ações do PTS foram realizadas por meio de abordagens da rotina clínica (verificação de pressão, glicemia capilar, aferição de peso, checagem de sinais vitais, ausculta cardíaca, prescrição de medicação, encaminhamento de exames, outros), além de avaliação nutricional com aferição de peso e medidas, orientação nutricional e proposta de cardápio, bem como avaliação odontológica tanto de caráter preventivo a cáries e feridas orais, como de tratamento, cuidados de higiene bucal e com a prótese.

Um aspecto relevante foi o desenvolvimento de estratégias para a formação de vínculo e colaboração por parte dos usuários. Desta forma, atividades lúdicas que envolveram música também trouxeram uma resposta benéfica ao qual o usuário relatava bem-estar e estímulo a continuar com o projeto. Uma das estudantes levava um violão, e as preceptoras instrumentos de percussão, enquanto os outros utilizavam a voz e gestos para animar a visita que realizavam a casa do usuário. Ao final de cada visita, quando a equipe buscava não apenas realizar os cuidados de saúde, mas estimular que a família também participasse, acontecia o momento musical, onde todos os sujeitos envolvidos participavam ativamente.

Nesta experiência foram construídos seis PTS, e pode ser observado o envolvimento do usuário com o processo de saúde ao qual estava inserido, e a colaboração da equipe, ainda que de forma tímida. As estratégias e intervenções dos profissionais da equipe geraram trocas de saberes e propiciaram uma mudança na perspectiva da atenção voltada ao usuário.

Em relação as dificuldades para a efetivação do PTS, foi visto que o trabalho em serviços de saúde que geram uma demanda de atendimentos aos profissionais, limitam suas atuações e os impedem muitas vezes de realizar ações que precisam de tempo e

planejamento com toda a equipe de saúde. Percebeu-se que a priorização das atividades voltadas ao alcance de metas de produção pré-estabelecidas, foi fator principal para a ausência de espaços coletivos na construção do PTS, que poderiam ter viabilizado com mais consistência a discussão da proposta de compartilhamento da construção deste.

Outro aspecto observado foi que todos os usuários envolvidos no PTS precisavam de uma atenção especializada quanto à resolução de problemas envolvidos no processo de saúde. No entanto, foi percebido que ainda é frágil a ligação entre os níveis de atenção na rede de saúde, ainda fortemente hierarquizada, sendo o nível terciário responsável por diversos exames e especialidades tornando o acesso demorado, limitando os avanços e dinamicidade do processo de saúde dos usuários.

O setor saúde vive uma crise na forma de se produzir, induzindo o modelo produtor de procedimentos, ou modelo médico hegemônico. A assistência à saúde é centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais ambientais e relacionadas às subjetivações, singularizantes, valorizando apenas as dimensões biológicas<sup>8</sup>.

Frente ao quadro atual de transição epidemiológica e demográfica com a predominância das DCNT e a ampliação da população de idosos, cresce a demanda por agregação de tecnologias<sup>9</sup>. Torna-se fundamental repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos.

As noções de sujeito e de intersubjetividade passam a ser centrais quando se pensa uma clínica que progrida em uma perspectiva mais dialógica e cuidadora para as pessoas. Essa dialogicidade promove o surgimento das dificuldades subjacentes à adesão ao tratamento e promove um novo entendimento do papel da terapêutica, que pode conduzir à ação e à transformação das pessoas envolvidas. Com essa perspectiva, fomentam-se novas iniciativas para a resolução das dificuldades e a produção de novas narrativas, capazes de transformar informação em atitude e que impliquem que os homens assumam seu papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo<sup>10</sup>.

Nessa via, o Projeto Terapêutico Singular vem ocorrendo com a intenção de proporcionar uma atuação integrada da equipe, em que os diferentes saberes profissionais possam auxiliar na definição de propostas de ações para um sujeito individual dentro da coletividade do serviço<sup>11</sup>.

A equipe que formula um PTS, além de momentos de discussão coletivos, não pode prescindir do contato direto e da vivência com o usuário. Quando um caso se destaca dos outros no serviço de saúde, para a formulação de um PTS, isso ocorre porque já houve um investimento da equipe na tal problemática e não se obteve o resultado esperado<sup>3</sup>.

No primeiro momento o objetivo é realizar uma avaliação biopsicossocial, para definir o momento e situação vivenciada pelo sujeito. Em seguida, é preciso traçar metas, definindo junto com o usuário o tempo necessário para que essas sejam cumpridas. O terceiro momento corresponde à divisão de responsabilidades entre os profissionais, onde o coordenador será aquele que tiver melhor vínculo com o usuário. Posteriormente, é necessário negociar propostas, considerando as diferenças e peculiaridades do sujeito<sup>12</sup>.

A fim de garantir a elaboração e operacionalização de um PTS, são adotados alguns eixos norteadores: a centralidade na pessoa, a parceria entre equipe e usuário, a articulação dos recursos do território nas ações executadas, a ênfase no contexto da pessoa, a construção compartilhada e a definição de metas com duração previamente estabelecida<sup>13</sup>.

A avaliação e reavaliação do processo terapêutico para garantir continuidade é necessária, sem que isso implique em burocratização do cuidado, do acesso e da organização do serviço representem grandes dificuldades e desafios para os serviços e para as equipes de saúde que se propõem a fazer o PTS. Como estratégia para favorecer essa articulação entre a formulação, ações e reavaliação e promover uma dinâmica de continuidade do PTS, escolhendo um profissional como referência, não necessariamente é o que tem responsabilidade pelo caso, mas aquele que articula e “vigia” o processo, se informa do andamento das ações, procura a família quando necessário<sup>14</sup>.



Semelhante com a descrição da vivência, Barros<sup>15</sup> destaca os principais obstáculos para o desenvolvimento do PTS como sendo: dificuldade da equipe em identificar a base teórica de sua prática; sobrecarga de responsabilidade assistencial ocasionada pela alta demanda; falta de qualificação da equipe; e a dinâmica proposta para as reuniões. A forma de organização das equipes de referência pode também dificultar a troca de informações necessárias para a organização do trabalho e definição de metas e prioridades das ações de um PTS.

Acrescentam-se ainda: a falta de espaço para discutir o PTS com o usuário e família; a dificuldade da equipe em se dispor a compreender e atender as necessidades do usuário; a fragmentação do desenvolvimento do PTS nas etapas de prevenção, tratamento e reabilitação ao invés de uma concepção contínua e integrada entre esses aspectos<sup>15</sup>. São ainda fatores limitantes: a falta ou insuficiência de comunicação da equipe; o uso de modelos fechados e a compreensão do PTS como um mero dispositivo administrativo<sup>16</sup>.

Sobre a articulação com as Redes de Atenção, Mendes<sup>17</sup> destaca que a continuidade da atenção enfatiza as experiências dos usuários ao longo dos sistemas de saúde e provê lições importantes para o desenvolvimento da atenção integrada. Há três definições para a continuidade da atenção: a longitudinalidade ou continuidade do profissional (ver sempre o mesmo profissional todo o tempo); a continuidade através dos níveis primário e secundário (o plano de referência entre atenção primária e secundária); a continuidade da informação (registros clínicos compartilhados). A atenção integrada é um termo geral que se refere não somente à perspectiva dos usuários, mas, também, às implicações tecnológicas, de gestão e econômicas da integração dos serviços.

Ainda sobre como romper paradigmas da prática profissional, Souza e Cabral<sup>18</sup> destacam que, ao experimentarem o processo de construção de PTS em equipe, os trabalhadores de saúde se abrem às possibilidades de repensarem seus próprios processos de trabalhos, considerando que, atualmente, têm se moldado modos de preponderância de domínios técnicos de conhecimento na produção de atos de saúde.

Tal predomínio é, pois, apontado como fator responsável pelo esvair-se de práticas “humanizadas” dos profissionais de saúde, dado essas se afirmarem tão somente em relações terapêuticas em que os usuários possam ser acolhidos, com suas demandas variadas e singulares, e, de forma ativa, possam assumir sua responsabilidade sobre o próprio processo saúde-doença.

Dessa modo, o PET-Saúde potencializa a formação reorientada para as práticas de atenção, processos de trabalho, e a construção de conhecimento a partir da necessidade do serviço, caracterizando assim as USF como espaço de integração ensino-serviço trazendo cenários privilegiados na formação superior dos profissionais de saúde<sup>4</sup>.

Neste sentido, a formação e o trabalho dos profissionais de saúde na América Latina vêm sendo decisivamente impactados pela reorganização dos sistemas de saúde, pelas pressões para a reforma da universidade e pelo processo de reforma e descentralização político-administrativa do Estado<sup>19</sup>.

As iniciativas comprometidas com a relevância social da universidade e dos processos de formação no campo da saúde têm historicamente procurado articular esses dois contextos, aparentemente desconectados — universidade e serviços — buscando ligar os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de produção de cuidados à saúde<sup>20</sup>.

Cabe ressaltar que o enfoque integrado das mudanças organizacionais que tiveram lugar na academia, nos serviços de saúde e nas entidades comunitárias mostra, com clareza, como pode ser fecunda a análise dos processos de transformação das práticas de saúde, quando assentados na interdisciplinaridade<sup>21</sup>.

Nesse contexto, a experiência que o PET-Saúde pode proporcionar aos estudantes é de uma fotografia da realidade nos serviços de saúde e suas limitações, quanto à estrutura insuficiente de continuidade das Redes de Atenção, grande demanda de usuários e alguns profissionais ainda insensibilizados com a ESF e novas propostas para o processo de trabalho.

Foi refletido que a grande mudança para um melhor desenvolvimento de ações em serviço passa por uma nova postura, principalmente no que diz respeito ao comportamento enquanto profissional responsável, coerente e humanizado, que junto aos usuários e comunidade pode transformar práticas e saberes, por meio de vínculo, continuidade e atenção demandada a todo o processo de saúde, não somente a cura e a doença.

Por fim, a valorização da teoria aliada à prática destacou-se no processo de aprendizado dos atores envolvidos. As discussões após o fim de cada intervenção do PTS trouxeram a necessidade de buscar na literatura outras estratégias, e com isso, problematizações foram levantadas sobre resoluções viáveis quanto a não adesão da equipe ou do usuário, das fragilidades de continuação do cuidado e a grande demanda no serviço que trazia fragilidades a construção dos PTS pelos profissionais da equipe.

## **CONCLUSÕES**

Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares em uma Unidade de Saúde da Família contribuiu para a coletividade da produção do cuidado, com a criação de vínculo e uma responsabilização com o usuário garantindo uma atenção continuada.

Na perspectiva das DCNT, o PTS surgiu como mais uma estratégia de combate e prevenção, onde o usuário ao ser sujeito ativo foi também capacitado a lidar com seu processo de saúde.

A colaboração do PET-Saúde em viabilizar um espaço para discussão e construção do PTS trouxe a vivência interdisciplinar e planejada, aliada a atuação em diferentes contextos sociais, contribuindo para a formação profissional das estudantes, bem como a colaboração para a realização das ações e metas traçadas no PTS. Além de trazer aos profissionais novas perspectivas de atuação dentro do serviço de saúde, e leva-los a um pensamento crítico-reflexivo do processo de trabalho ao qual estão inseridos.

Apesar das dificuldades de articulação com a equipe em adaptar as demandas do serviço à construção do PTS, viabilizar este dispositivo é recomendado as equipes de saúde, como forma de garantir a continuidade da avaliação e da reavaliação do processo terapêutico, em menor espaço de tempo possível. Enfatiza-se a construção do PTS como atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde na atenção básica, uma vez que o mesmo busca atender a demandas de saúde complexas e com isso, uma abordagem interdisciplinar articulando saberes e trocas de conhecimento, possibilita a autonomia ao usuário, tornando-o sujeito ativo na construção da sua saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schmidt MI, Menezes PR, Chor D, Barreto SM, Monteiro AA, Menezes AM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet [Internet]. 2011[Citado em 4 Abr. 2015];61-74. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/222/1%20%202011%20Doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas%20n%C3%A3o%20transmiss%C3%ADveis%20no%20Brasil.pdf?sequence> DOI: 10.1016/S01406736(11)60135-9
2. Schmidt MI, Duncan BB, Stevens A, Luft V, Iser BPM, Moura L, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010: 111-36.
3. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF ; 2008.
4. Galvão MHR, Freitas CHSM, Casseiro LL, Pereira-Psicóloga IL, Oliveira MG. PET-saúde: gestão e atenção à saúde potencializando mudanças na formação. Revista da ABENO [Internet]. 2014 [Citado em 7 Jun. 2015]; 14(1):57-65. Disponível em: <http://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/100/92>
5. Capilheira M, Santos IS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde

Pública [Internet]. 2011 [Citado em 6 Jun. 2015]; 27(6):1143-1153. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/11.pdf>

6. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

7. Ministério da Saúde. Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2ª ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

8. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface – Comunic., Saude, Educ. [Internet]. 2010 [Citado em 2 Ago. 2015]; 14(34):593-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>

9. Malta DC, Cesário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2006 [Citado em 2 Ago. 2015]; 15(15):47-65. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>

10. Favoreto CAO, Cabral CC. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. Interface – Comunic., Saude, Educ. [Internet]. 2009 [Citado em 2 Ago. 2015]; 13(28):7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a02.pdf>

11. Cadore C, Palma CMDES, Dassoler VA. Sobre o projeto terapêutico singular: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? In: Anais da 3ª jornada interdisciplinar em saúde; 2010; Santa Maria, RS, Brasil. [Citado em 10 Ago. 2015]. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/103.pdf>

12. Linassi J, Strassburger D, Sartori M, Zardin MV, Righi LB. Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. Revista Contexto e Saúde [Internet]. 2011 [Citado em 10 Ago. 2015]; 10(20):425-434. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1561/1308>

13. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. [Internet] São Paulo 2011 [Citado em 11 Ago 2015]; 22(1):85-92. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14124/15942>

14. Oliveira GN. O projeto terapêutico singular. In: Guerreiro AP, Campos GWS. Manual de Práticas de Atenção Básica à saúde ampliada e compartilhada. 1ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 2008.

15. Barros JO. A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.
16. Mororó MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo ; 2010.
17. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre Redes de Atenção a Saúde [internet]. Belo Horizonte; 2007 [Citado em 25 Ago 2015]. Disponível em: [http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS\\_revBblg.pdf](http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf)
18. Souza CS, Cabral, B. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares no contexto da Estratégia Saúde da Família: uma experiência no município de Juazeiro-BA. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Juazeiro (BA): Universidade do Vale do Rio São Francisco; 2008.
19. Lampert JB, Aguiar-da-Silva RH, Perim GL, Stella RCR, Abdalla IG, Costa NMSC. Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças no Curso de Graduação nas Escolas Médicas Brasileiras. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2009 [Citado em 10 Ago 2015]; 33(1): 5-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a02v33s1.pdf>
20. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2013 [Citado em 10 Ago 2015]; 11(2): 319-338. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a04v11n2.pdf>
21. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007.