

## **Implantação do Plano Terapêutico Singular na Atenção Básica: Fortalezas e possíveis obstáculos**

**Implementation of the Singular Therapeutic Plan in Primary Care: Strengths and potential obstacles**

**Implementación del Plan Terapéutico Singular en la Atención Primaria: Fortalezas y posibles obstáculos**

Recebido: 15/09/2023 | Revisado: 25/09/2023 | Aceitado: 26/09/2023 | Publicado: 01/10/2023

**Ana Clara Ribeiro Guimarães**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1185-2524>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: [anaclara\\_gui@hotmail.com](mailto:anaclara_gui@hotmail.com)

**Queli Lisiane Castro Pereira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6965-4887>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: [quelilisiane@hotmail.com](mailto:quelilisiane@hotmail.com)

**Adriano Borges Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5862-4639>

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

E-mail: [adrianogruiara@hotmail.com](mailto:adrianogruiara@hotmail.com)

### **Resumo**

O presente artigo busca relatar fatores potencializadores e dificultadores à implementação do Plano Terapêutico Singular na Atenção Básica na percepção dos profissionais de saúde. É exploratório, descritivo e transversal com abordagem qualitativa. Realizado com 15 preceptores/ profissionais de saúde da Atenção Básica de Pontal do Araguaia (MT). Da análise temática emergiram as categorias: fortalezas para implementação do PTS e possíveis obstáculos. Frente ao processo de trabalho em saúde em seus territórios, os profissionais dos serviços de saúde identificaram resolutividade, vínculo, integralidade, prática interprofissional colaborativa e a centralidade no usuário como dispositivos motivadores à implementação. Enquanto a falta de pertencimento /comprometimento, a escassez de planejamento e sobrecarga de trabalho poderão ser obstáculos, na percepção dos profissionais. Em síntese, os resultados obtidos servirão como base para nortear a implementação do PTS na AB do município e em outras Secretarias de Saúde visto que se identificou elementos facilitadores a sua efetivação assim como os obstáculos.

**Palavras-chave:** Atenção básica; Educação interprofissional; Profissionais de saúde.

### **Abstract**

The present article seeks to report facilitating and hindering factors in the implementation of the Singular Therapeutic Plan (PTS) in Primary Care from the perspective of healthcare professionals. It is an exploratory, descriptive, and cross-sectional study with a qualitative approach. The study was conducted with 15 preceptors/healthcare professionals from Primary Care in Pontal do Araguaia (MT). Thematic analysis yielded the following categories: strengths for PTS implementation and potential obstacles. In the context of their healthcare work in their respective territories, healthcare service professionals identified resolution, bonding, comprehensiveness, collaborative interprofessional practice, and user-centered care as motivating factors for implementation. Meanwhile, the lack of ownership/commitment, absence of planning, and workload were perceived as potential obstacles by the professionals. In summary, the results obtained will serve as a foundation for guiding the implementation of PTS in the municipality's Primary Care and in other Health Departments, given that facilitative elements for its effectiveness have been identified, as well as the obstacles.

**Keywords:** Primary care; Interprofessional education; Healthcare professionals.

### **Resumen**

El presente artículo busca informar sobre los factores que potencian y dificultan la implementación del Plan Terapéutico Singular (PTS) en la Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y transversal con un enfoque cualitativo. El estudio se llevó a cabo con 15 preceptores/profesionales de la salud de la Atención Primaria en Pontal do Araguaia (MT). Del análisis temático surgieron las siguientes categorías: fortalezas para la implementación del PTS y posibles obstáculos. En el contexto de su trabajo en salud en sus respectivos territorios, los profesionales de los servicios de salud identificaron la resolución,

el vínculo, la integralidad, la práctica interprofesional colaborativa y la centralidad en el usuario como factores motivadores para la implementación. Mientras tanto, la falta de pertenencia/compromiso, la escasez de planificación y la carga de trabajo fueron percibidos como posibles obstáculos por parte de los profesionales. En resumen, los resultados obtenidos servirán como base para guiar la implementación del PTS en la Atención Primaria del municipio y en otras Secretarías de Salud, dado que se han identificado elementos facilitadores para su efectividad, así como obstáculos.

**Palabras clave:** Atención primaria; Educación interprofesional; Profesionales de la salud.

## 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes possuem o papel de oferecer a população atendimento resolutivo, descentralizado, hierárquico e integrado à saúde, com vista a alcançar todo o território brasileiro baseado em princípios de equidade, integralidade e universalidade. A Atenção Básica em Saúde (ABS) é considerada a porta de entrada da rede do SUS, por promover um ambiente de acolhimento pautado no vínculo entre pacientes e profissionais, e por estabelecer comunicação entre os setores secundário e terciário de atenção (Brasil, 1988; 1990; 2017).

A gestão do cuidado humanizada, interprofissional, colaborativa e usuário centrada pode ser incorporada no processo de trabalho dos serviços de saúde a partir do desenvolvimento do Plano Terapêutico Singular (PTS). É um dos pilares da Clínica Ampliada, busca desenvolvimento de atividades de descentralização da doença e maior valorização de todo o percurso diante o tratamento, aproximando o profissional de saúde da realidade de cada paciente e familiar que procura os serviços de saúde (Abdo et al., 2023). O Ministério da Saúde (2010) caracteriza o PTS como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, executadas de forma individual ou coletiva, através da aplicação do trabalho interdisciplinar e por meio do apoio matricial.

Para alcançar as inovações necessárias no mundo do trabalho, tem-se como ferramenta a Educação Permanente em Saúde (EPS). Esta é capaz de otimizar as práticas profissionais por meio da qualificação do atendimento prestado. Além disso, Ferreira et al. (2019, p. 224) destacam que: “a EPS visa fortalecer as práticas em APS e o modelo de atenção à saúde vigente no país considerando o trabalho articulado entre as esferas de gestão, as instituições de ensino, o serviço e a comunidade”. A EPS auxilia na implementação de propostas de intervenção (Lamante et al., 2019).

No âmbito da organização e gestão do cuidado, tem-se a prática interprofissional colaborativa (PIC) na qual competências, saberes e práticas compartilhadas são capazes de promover a longitudinalidade do cuidado prestado. A construção do trabalho em saúde com envolvimento de todos os membros da equipe de forma integrada e colaborativa, consiste em um processo dinâmico no qual os profissionais aprendem a trabalhar juntos, reconhecer e valorizar os papéis de cada profissão, conhecer as características da população atendida, definir os objetivos de intervenção e planejar as ações e cuidados de saúde, atuando de maneira interprofissional sem a segmentação do serviço (Fox & Reeves, 2015).

A equipe executora do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade com a intencionalidade de potencializar a gestão do cuidado a partir da implantação do PTS ancorado na prática interprofissional colaborativa fez uso da EPS como estratégia para promover assistência usuário centrada.

Assim, objetiva-se relatar fatores potencializadores e dificultadores à implementação do PTS na AB na percepção dos profissionais de saúde.

A relevância deste estudo está em gerar evidências para elucidar estratégias viáveis à implementação do PTS nas Secretarias Municipais de Saúde com o objetivo de superar a fragmentação do cuidado e gerar uma assistência mais integral, colaborativa, resolutiva e usuário centrada.

## 2. Metodologia

O estudo é de caráter exploratório, descritivo e transversal com abordagem qualitativa. É de abordagem qualitativa,

pois visa responder questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, já que trabalha num universo de significados, motivos, valores, aspirações, crenças e atitudes.

A pesquisa foi realizada na cidade de Pontal do Araguaia (MT), no transcorrer das ações PET-Saúde Interprofissionalidade em 2020, participaram do estudo 15 profissionais de saúde que prestam serviço aos usuários nas Unidades de Saúde da Família (USF), no Centro de Reabilitação, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). A entrevista semiestruturada foi a técnica utilizada para a coleta de dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Universitário do Araguaia, parecer n. 3.665.32.

A análise de dados seguiu passos da análise temática proposta por Minayo (2007). Assim, emergiram as categorias: fortalezas para implementação do PTS e possíveis obstáculos.

### 3. Resultados e Discussão

#### • Fortalezas para implementação do PTS

Frente ao processo de trabalho em saúde em seus territórios, os profissionais dos serviços de saúde identificaram a resolutividade, vínculo, integralidade e prática interprofissional colaborativa como dispositivos motivadores à implementação do PTS na AB.

Ao serem questionados sobre fatores potencializadores à implementação do PTS, pode-se identificar que os profissionais de saúde têm clareza do alcance do PTS e dos objetivos da Saúde da Família de reorganizar a atenção básica e dar respostas às demandas dos usuários, famílias e comunidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos resolutivas.

*P2: “É um instrumento de trabalho de suma importância para saúde coletiva, onde podemos conhecer e articular ações que possibilitam entender a situação de cada indivíduo.”*

*P1: “Melhorar/ qualificar o trabalho prestado a comunidade.”*

*P3: “Procurar resoluções de problemas de forma eficaz.”*

*P12: “A organização do processo de trabalho e a resolutividade no cuidado do paciente.”*

*P15: “Melhor qualidade de vida a população assistida, fornecimento de vínculos entre equipe, rompimento de conceitos antigos.”*

A resolutividade do PTS se manifesta em todas as suas etapas de construção, sendo elas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade e reavaliação. A primeira etapa, definida como diagnóstico, é marcada pela escuta qualificada, acolhimento e coleta aprofundada dos dados subjetivos do sujeito. Busca identificar e compreender o modo de pensar, sentir e agir de cada indivíduo (Napoleão et al., 2023). Muitas fragilidades e dificuldades na assistência podem ser reduzidas e solucionadas com a estruturação e programação das condutas a serem tomadas pela equipe, cabendo ao profissional priorizar a criação de confiança e o compartilhamento de ideias com o usuário em cada uma delas. Após a organização das etapas, do PTS, é possível elaborar um plano de cuidados eficiente com terapêuticas articuladas que contribuam para melhora da qualidade de vida do usuário em questão, potencializando o cuidado voltado para as vulnerabilidades do sujeito e qualificando a assistência à saúde, resultando na resolutividade do caso (Silva et al., 2022).

O princípio da integralidade na concepção de abordagem integral do sujeito, superando a visão fragmentada curativa, buscando a compreensão das suas dimensões biopsicossociais e; na concepção de práticas de saúde oferecidas a partir da integração e articulação das ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura foram elencadas nas falas a seguir:

*P7: “O propósito da Atenção Primária à Saúde não é fragmentar o atendimento e/ou medicalizá-lo. O paciente precisa ser visto como um 'todo' a ser avaliado, incluindo suas particularidades e seu contexto de inserção social. Para tal dimensão da APS, é preciso mudar as circunstâncias de sua operacionalização, para que se alcance a essência dos princípios norteadores do SUS. Pode até parecer idealizador e inatingível, mas ainda acredito numa APS Forte, na prática.”*

*P8: “Com o PTS, poderemos atender com uma visão mais ampla de cada caso.”*

*P10: “A visão ampla para ajudar da melhor forma o usuário e a família, de forma interprofissional. É um compromisso com o usuário, visto de modo singular.”*

*P11: “A possibilidade de atender a real necessidade de saúde do usuário, por meio de uma terapia integrativa de modo singular, com o olhar dos diferentes profissionais de saúde.”*

O PTS caracteriza-se como uma ferramenta de cogestão que busca identificar e incluir, na rotina dos serviços de saúde, pessoas e coletivos que apresentam vulnerabilidades e fatores de risco, oferecendo caminhos que se fundamentam desde o acolhimento até a resolubilidade do caso. Dessa maneira, o cuidado em saúde enfatiza a prevenção e o tratamento autônomo, ao qual cada usuário se permite ser o principal atuante nas decisões relacionadas a sua saúde e os profissionais passam a construir respostas singulares e complexas do caso em questão, promovendo responsabilização por cada usuário e contribuindo para a criação de vínculo entre os envolvidos (Silva et al., 2016; Diniz, 2017).

A abordagem terapêutica que faz parte do PTS não se limita a medicina curativista, mas se baseia nas condições de vida do indivíduo, buscando compreender a sociedade a qual ele está inserido, relacionando fatores biopsicossociais a sua trajetória. Seguindo esse raciocínio, a Política Nacional de Humanização (PNH) contempla o desenvolvimento de práticas que organizem os serviços de saúde promovendo interlocução entre os profissionais, gestores, usuários e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), fazendo com que a visão em saúde seja ampliada e colaborativa. À vista disso, o PTS apresenta-se como um dispositivo inserido nessa política, e seu papel dentro do cuidado, além de fazer jus ao princípio de protagonismo, corresponsabilidade e autonomia, também garante que a assistência prestada seja integral, qualificada e articulada (Chagas et al., 2023).

A PIC e a centralidade no usuário também foram elencadas como dispositivos motivadores à implementação do PTS na AB, conforme falas a seguir:

*P9: “Por ser ferramenta muito importante que garante ações coerentes com o contexto de cada pessoa. Busca valorizar os saberes do usuário, a sua história de vida, com o intuito de contemplar as suas necessidades de saúde, a partir de uma abordagem multidisciplinar, em que o plano de tratamento é elaborado levando em consideração o saber de cada um dos envolvidos.”*

*P6: “Ser um excelente instrumento de trabalho realizado num momento de toda equipe envolvida, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o indivíduo e ou sua família com alguma necessidade complexa de saúde.”*

A PIC ocorre quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com usuários, famílias, cuidadores e comunidades para fornecer cuidados da maior qualidade. Permite que os profissionais de saúde interajam com qualquer indivíduo cujas habilidades possam ajudá-los a atingir as metas locais de saúde (Reipe, 2019).

Ao se trabalhar com o PTS, a equipe passa a desenvolver um olhar mais acolhedor e proativo visando a assistência oportuna. O diálogo entre a equipe e usuários colabora para boa prática em saúde, cultivando maior interesse sobre as necessidades de saúde na população, comprometendo-se com as famílias e as comunidades atendidas (Ogata et al., 2021). A comunicação interprofissional e a clareza de papéis apareceram na fala de P6, as competências colaborativas essenciais nos serviços de saúde. A boa prática comunicativa entre os profissionais acelera o processo do cuidado, fornece o compartilhamento de informações e promovem a segurança do usuário (Da Silva Nogueira & Rodrigues, 2015).

Em suma, os dispositivos motivadores para a implantação do PTS elencados pelos profissionais visam diminuir o distanciamento entre os profissionais frente às necessidades de saúde e fortalecer a relevância do trabalho em equipe centrada no usuário, família e comunidade para oferta de serviços de saúde de melhor qualidade. Sendo assim, os benefícios do PTS estariam relacionados a otimização do processo de trabalho.

- **Obstáculos possíveis**

A prática profissional com foco curativista ainda persiste. A resistência às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, escassez de treinamento e de experiência de trabalho, a falta de aceitação do papel do gestor de cuidados, de comunicação e de compartilhamento de informações são elementos dificultadores da gestão do cuidado tanto no âmbito dos trabalhadores quanto os relacionados ao serviço de saúde (Nutting, et al. 2008; Stewart & Macintyre, 2013; Acuna & Moraga, 2015; Fernandes & Silva, 2013).

Na percepção dos profissionais a falta de pertencimento /comprometimento, a escassez de planejamento e sobrecarga de trabalho, poderão dificultar a implementação do PTS no serviço de AB, conforme relatos a seguir:

*P8: “Talvez o comprometimento e disponibilidade dos profissionais.”*

*P12: “A indisposição de alguns profissionais.”*

*P11: “Talvez a resistência dos profissionais em adotar um novo processo de trabalho poderia dificultar a implementação do PTS.*

*P7: “(...) maior desafio, na minha opinião, é o literal comprometimento de todos os profissionais. Quando se está comprometido, os desafios não deixam de existir, por óbvio, mas o que ocorre é que a equipe deixa de apenas enumerar entraves e passa a ver soluções e, sobretudo, a criá-las. Isso faz toda diferença.”*

A organização de uma unidade é complexa, interagem múltiplos processos de trabalho realizados por equipe multiprofissional que nem sempre está preparada ou tem a intencionalidade de trabalhar de forma interprofissional usuário centrada. A programação dos serviços e ações de saúde a serem disponibilizadas é feita com base na oferta e não nas necessidades da população. Disso decorrem dois problemas principais: um processo de territorialização que, nem sempre, permite cadastrar e vincular todas as famílias da área de adscrição a cada equipe, de forma a conhecer cada pessoa de cada família, por estrato de risco; e a utilização de instrumentos de programação da oferta que ignoram as necessidades de saúde da população (Mendes, 2012).

Constitui uma organização profissional segundo a clássica tipologia de Mintzberg, o que coloca o seu gerenciamento num patamar de alta dificuldade. Os processos são baseados no conhecimento e na habilidade intelectual dos profissionais, estes operam com alto grau de autonomia, as estruturas são horizontais, as equipes operam de modo flexível e existe notável assimetria de informação, o que torna a relação com as pessoas usuárias baseada na confiança e sustentada por princípios éticos (Mendes, 2012).

Na percepção dos preceptores a necessidade de planejar, a dificuldade de colocar em prática essa nova abordagem no atendimento, a falta de reconhecimento e empenho da gestão e a inexistência de interesse do próprio usuário foram identificados como possíveis obstáculos para a inserção do PTS no processo de trabalho,

*P1: “Falta de planejamento.”*

*P2: “A dificuldade existe, mas não é impossível de se implantar, creio que depende da boa vontade da Gestão em fortalecer as UBS.”*

*P10: “O desinteresse dos usuários e parte dos familiares.”*

A gestão, de acordo com a PNH, não é exercida apenas no âmbito do sistema e serviços de saúde, mas também diz respeito ao cuidado em saúde. Esta política de gestão traz como propostas a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, preza pela construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos na rede do SUS, a qual corresponsabiliza esses indivíduos na gestão e atenção, e prioriza a valorização do ambiente com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (Brasil, 2009).

Assim, à luz da cogestão ou gestão participativa a necessidade de planejamento mencionada na fala de P1, P2 e P10 como possível obstáculo à implementação do PTS está sob governabilidade da equipe de saúde, da gestão e dos usuários. O desenvolvimento do PTS implica esforço mútuo entre trabalhador/usuário/família, com o intuito de promover saúde e prestar uma assistência usuário centrada.

A gestão participativa é instrumento potente para a construção de mudanças nos modos de gerir e fazer saúde nas práticas dos serviços, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (Coelho et al., 2023). Uma gestão mais compartilhada, ou seja, democrática, nos serviços de saúde, no cotidiano das práticas de saúde, que envolvem as relações, os encontros entre usuários, sua família e rede social com trabalhadores e equipes de saúde, necessita alterações nos modos de organização do trabalho em saúde. Ou seja, que se alterem os processos de definição das tarefas, responsabilidades e encargos assumidos pelos trabalhadores. A gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos (Brasil, 2009).

A sobrecarga de trabalho também foi elencada como um possível obstáculo.

*P11: “(...) os profissionais já se sentem sobrecarregados e podem entender o PTS como um trabalho a mais. Acredito que a falta de apoio da gestão também poderia ser um ponto limitante.”*

*P13: “Sobrecarga de trabalho; tempo disponível dos colegas (médico e etc.) para participar conjuntamente; envolvimento e interferência política nas questões de trabalho; ausência de protocolo unificado para cada ação de saúde do município.”*

Em contraponto a percepção de P11 e P13, pode-se afirmar que a implementação do PTS não gera mais trabalho e sim otimização do trabalho a partir da prática interprofissional colaborativa, segundo Reeves (2016) não é fazer mais e sim, melhor! É uma maneira de superar a fragmentação, descontinuidade da assistência, promover a segurança do paciente e alcançar desfechos mais favoráveis a partir da atenção usuário centrada e da prática interprofissional colaborativa.

#### **4. Considerações Finais**

Com base na categoria fortalezas para implementação do PTS foi possível destacar a integralidade e resolutividade do cuidado como resultados positivos advindos da aplicação do Plano Terapêutico Singular, ao se utilizar estratégias como a escuta qualificada, o conhecimento sobre o território em questão, a criação de vínculo entre usuários e equipe e a autonomia dos sujeitos envolvidos nas tomadas de decisão. Os dispositivos motivadores para a implantação do PTS elencados pelos profissionais visam diminuir o distanciamento entre os profissionais frente às necessidades de saúde e fortalecer a relevância do trabalho em equipe centrada no usuário, família e comunidade para oferta de serviços de saúde de melhor qualidade. Sendo assim, os benefícios do PTS estariam relacionados a otimização do processo de trabalho.

Os possíveis obstáculos para a implementação da ferramenta elencados pelos profissionais de saúde foram: falta de comprometimento e disponibilidade de todos os colegas, desinteresse de usuários e familiares, resistência de alguns profissionais, sobrecarga de trabalho e falta de apoio e de planejamento da gestão. Esses fatores retratam a resistência em migrar para a promoção da saúde, prática interprofissional usuário centrada e incorporar a PNH como ferramenta de gestão.

Para fortalecer o trabalho interprofissional, integral, usuário centrado voltado para a promoção da saúde faz-se necessário trabalhar na superação dos possíveis obstáculos à implementação do PTS para alcançar a otimização da assistência,

maior vínculo, melhora das terapêuticas e da adesão a mesma. Os resultados obtidos servirão como base para nortear a implementação do PTS na AB do município e em outras Secretarias de Saúde visto que se identificou elementos facilitadores a sua efetivação assim como os obstáculos.

Portanto, sugere-se que futuros trabalhos investiguem outras fortalezas e obstáculos durante a implementação do PTS, ampliando assim a visão dos profissionais de saúde acerca da utilização do instrumento.

## Referências

- Abdo, A. J. V. et al. (2023). Projeto terapêutico singular: Um estudo de caso baseado em uma abordagem personalizada de cuidado em saúde. *Seven Editora*, 1(1), 1289-1312.
- Acuna F. A. & Moraga R. M. (2015). Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc. enferm. Concepción.*, 21(3), 73-85.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). Gestão participativa e cogestão. Brasília: Editora MS, 1 – 60.
- Chagas, J. C. C., Alves, C. L. C., Miranda, C. F. S., Pereira, E. G. B., Lima, L. N. F. & Viana, J. A. (2023). Projeto terapêutico singular durante visita domiciliar a um paciente portador de parkinson: relato de experiência. *Revista Extensão*, 7(2), 1-8.
- Da Silva Nogueira, J. W. & Rodrigues, M. C. S. (2015). Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enfermagem*, 20(3).
- Diniz, A. M. (2017). Projeto Terapêutico Singular na Atenção à Saúde Mental: tecnologias para o sujeito em crise. *Revista Sanare*, 16(1), 07-14.
- Fernandes M. C. & Silva L. M. S. (2013). Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Rev Rene (Online)*, 14(2), 438-47.
- Ferreira, L. et al. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde Debate*, 43(120), 223-239.
- Fox, A. & Reeves, S. (2015). Cuidado colaborativo interprofissional centrado no paciente: uma exploração crítica de dois discursos relacionados. *J Interprof Care*, 29(2), 113-8.
- Gestão Participativa e Cogestão (2023). In: Coelho, E. B. S., Lindner, S. R., Bolsoni, C. C., Faust, S. B. & Conceição, T. B. *Gestão em Enfermagem e Saúde*. Atena Editora, 58-70.
- Lamante, M. P. S. et al. (2019). A Educação Permanente e as Práticas em Saúde: concepções de uma equipe multiprofissional. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 7(14), 230-244.
- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1-512.
- Minayo, M. C. S. (2007). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Resenhas: *Ciênc. saúde coletiva*, 12(4), 1-406.
- Napoleão, F. M. et al. (2023). Projeto terapêutico singular como ferramenta de abordagem familiar durante a visita domiciliar. *Research, Society and Development*, 12(8), 1-6.
- Nutting, P. A. et al. (2008). Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. *Ann. Fam. med.*, 6(1), 30-7.
- Ogata, M. N. et al. (2021). Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem*, 55(1), 1-9.
- Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas [REIP]. Princípios para o êxito da educação e prática interprofissional colaborativa. (2019). Princípios para o êxito da Educação e prática interprofissional colaborativa.
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado eficaz e seguro. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20, 185-197.
- Saúde, Ministério da (2009). O HumanizaSUS na Atenção Básica. Editora MS, 1-40.
- Saúde. Ministério da (2010). Caderno Humaniza SUS – Formação e Intervenção. Editora MS, 1 - 244.
- Silva, A. I. et al. (2016). Projeto Terapêutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. *Cogitare Enfermagem*, 21(3), 01-08.
- Silva, R. R. et al. (2022). Transtornos neurocognitivos e demência relacionados ao HIV em pessoas que fazem uso de antirretroviral: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(2), 1-12.
- Stwart, A. & Macintyre, G. (2013). Care management in the twenty-first century: Persistent challenges in implementation in the context of the emergence of self-care. *Journal of Integrated Care*, 21, 91-104.