



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CLISMAGNA LEAL DA SILVA

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO AÇÃO
ESTRATÉGICA NO COTIDIANO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
UNIDADE DE SAÚDE CARMENO NAGGHY.

SÃO PAULO
2020

CLISMAGNA LEAL DA SILVA

IMPLANTAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO AÇÃO
ESTRATÉGICA NO COTIDIANO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA
UNIDADE DE SAÚDE CARMENO NAGGHY.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: MARIANA CRISTINA LOBATO DOS SANTOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

A implantação do PTS ocorreu na UBS Carmeno Nagghy, localizada na região metropolitana de São Paulo, em um bairro de alta vulnerabilidade social. O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento de cuidado aos usuários, como um conjunto de propostas e condutas articuladas para um indivíduo ou grupo familiar, em que toda equipe e os próprios usuários participam, já que se baseia na co responsabilidade do cuidado e na clínica ampliada. Objetivou-se implantar e analisar as ações do Projeto Terapêutico Singular e sua resolutividade na gestão do cuidado, além disso, promover uma melhor organização do atendimento na atenção básica, desenvolvendo uma assistência ampliada. É um estudo qualitativo, descritivo, através da seleção e entrevista semi estruturada de sete famílias em que realizamos visitas domiciliares, dentre as quais, escolhemos uma que se enquadra no perfil estudado, utilizando -se da Escala de Coelho Savassi como meio norteador. O estudo foi dividido em cinco momentos, o primeiro momento foi a escolha dos usuários, ou seja, uma decisão muito difícil e complexa. O segundo momento foi o diagnóstico levando em consideração as dimensões orgânicas, psicológica, social e contexto situacional. O terceiro momento a definição dos problemas e metas, com estabelecimento de prazos. No quarto momento foram definidos a divisão de responsabilidades, ou seja, cada membro da equipe ficaria responsável por determinado usuário ou família. Por fim, e quinto momento determinou-se que seria a reavaliação e análise das condutas e do projeto terapêutico com a devida correção das ações já concretizadas.

Palavra-chave

Rastreamento. Promoção da Saúde. Unidade Básica de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

A partir da necessidade de resolutividade de casos complexos dentro da Estratégia da saúde da família, surgiu a ideia de realizar um projeto que fosse voltado a assistência desses usuários, que pudéssemos empregar um olhar terapêutico humanizado, focado no indivíduo e em toda a conjuntura que faz parte do entorno desse indivíduo e o Projeto Terapêutico Singular mostrou-se um instrumento em que poderíamos utilizar nos casos de vulnerabilidade como forma de organizar o processo de trabalho da equipe voltada para as necessidades básicas de saúde, buscando sempre a resolutividade, sabendo que cada usuário é um ser singular.

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo através da seleção e entrevista semi estruturada de sete famílias em que realizamos visitas domiciliares, dentre os quais, escolhemos uma família que se enquadrava no perfil estudado, utilizando -se da Escala de Coelho e Savassi como meio norteador, fatores socioeconômicos, culturais, comorbidades existentes, vulnerabilidade e fatores de risco para saúde, com a participação de toda equipe de estratégia de saúde da família para análise e seleção dos usuários. Todo estudo foi dividido em cinco momentos, o primeiro momento foi a escolha dos usuários, ou seja, uma decisão muito difícil e complexa já que o perfil de nossa clientela é de grande vulnerabilidade e a grande maioria são idosos e crianças. O segundo momento foi chegar ao diagnóstico levando em consideração as dimensões orgânicas, psicológica, social e contexto situacional. O terceiro momento a definição dos problemas e as metas, com estabelecimento de prazos. No quarto momento foram definidos a divisão de responsabilidades, ou seja, a divisão de tarefas entre cada membro responsável da equipe de saúde por determinado usuário. Por fim, e quinto momento determinou-se que seria um momento de reavaliação e análise das condutas e do projeto terapêutico com a devida correção das ações já concretizadas.

Este estudo tem como objetivo principal promover uma melhor organização do atendimento na atenção básica, principalmente nos casos de vulnerabilidade social, possibilitar o trabalho com a participação multidisciplinar, possibilitando uma assistência ampliada respeitando a singularidade do sujeito, além de promover a discussão sobre a importância da construção de projetos terapêuticos como estratégia de organização do cuidado nos serviços de Estratégia de Saúde da Família.

ESTUDO DA LITERATURA

A Estratégia de Saúde da Família promoveu a reorganização da Atenção Básica no Brasil levando em consideração os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade). Foi concebida e implantada pelo Ministério da Saúde para melhorar os indicadores de saúde do país contribuindo para consolidação da Atenção Básica de Saúde por beneficiar a reorganização do processo de trabalho nesse componente da Rede de Atenção a Saúde (RAS) e melhorar os índices de resolutividade da situação de saúde do indivíduo e do coletivo (BRASIL, 2012).

Segundo Ramos & Massih Pio (2010) a atenção primária à saúde possui algumas características que estabelecem vínculos e corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população, além disso, a definição do prioritário da atenção à família passa ser entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive. Portanto a atenção primária à saúde passa a ter responsabilização por uma população adscrita (no território) e deve garantir ações que intervenham na saúde e que essas ações extrapolem os muros, desenvolvendo estratégias de saúde para os indivíduos, famílias e meio ambiente.

A Estratégia da Saúde da Família trouxe aos profissionais de saúde, de acordo com Ramos & Pio Dam (2010) o estabelecimento de vínculo entre profissionais e população de maneira longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a autonomia destes por meio da corresponsabilização. Os profissionais da ESF atuam nos processos de saúde-doença dos usuários que cuidam, elaboram planos de cuidado e ações terapêuticas como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular.

O Projeto Terapêutico Singular trata-se de um trabalho de cogestão do cuidado entre a equipe interdisciplinar, os usuários e familiares. É instrumento voltado às pessoas em situação de vulnerabilidade, entendida como uma estratégia em que capacita e gera um núcleo de apoio aos sujeitos para se protegerem de um agravo, um constrangimento, adoecimento ou situação de risco. O processo do adoecimento envolve, além das inúmeras variáveis, a relação entre elas. Dessa forma, constrói-se uma complexidade única. Portanto, o tratamento, o cuidado e o acompanhamento de cada pessoa devem ser feitos de forma singular, construídos a partir de uma resposta igualmente complexa com inúmeros atores (REIS SILVA, 2016).

O PTS deve ser elaborado pelo grupo de profissionais da estratégia ou CAPS juntamente com os indivíduos envolvidos e a família sendo conduzida por um sentimento de empoderamento, comprometimento da equipe e que sirva para consolidação do vínculo e comprometimento entre eles. Para a elaboração do PTS pode-se, como um dos primeiros passos, realizar uma abordagem contractual entre as pessoas, ou seja, possibilitar que os atores sejam aceitos e reconhecidos e que mantenham uma relação de parceria entre a equipe e a família. As vezes, observa-se que por uma questão de vulnerabilidade e devido às inúmeras dificuldades vivenciadas, a pessoa chega à unidade de saúde com pouco poder contratual. Nessas situações, a equipe poderá reconhecer que a pessoa ou a família esteja fragilizada e ser necessário um certo cuidado para preservá-los de maneira que sejam criadas possibilidades para que os contratos possam efetivamente ser cumpridos pela pessoa ou pelo grupo (SILVA et al, 2014).

A importância de se investigar o Projeto Terapêutico Singular no âmbito da ESF, tema que reflete a relação entre a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde (PNAB) e a Política Nacional de Humanização (PNH), possibilita a ampliação do conhecimento sobre este instrumento, que tem como finalidade sistematizar casos complexos. Observa-se que, na medida em que os profissionais organizam seu processo de trabalho com o PTS, promovem o trabalho interdisciplinar e garantem a qualidade na integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde e proporcionam melhora do vínculo entre profissionais, usuários e gestores (MARIN et al, 2017).

Em 1994, o governo brasileiro implantou no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), como uma Estratégia de melhorar os indicadores de saúde do país. Nos primeiros anos, o PSF foi implantado nos municípios do “Mapa da Fome”, sob o comando centralizado em Brasília, logo passou a ficar sob o comando dos municípios brasileiros, ocupando todo território, tendo um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, sendo a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (FONTENELLE, 2012).

O Sistema Único de Saúde é de abrangência nacional, com subsistemas estaduais e municipais, ou seja o funcionamento do SUS, se dá de uma forma que abrange a todo território brasileiro, é um sistema democrático, com a descentralização dos serviços, regionalização e hierarquização da rede e participação social, para tal foi trabalhado e trabalha-se arduamente pela consolidação de seus princípios doutrinários (universalidade, equidade, integralidade nos serviços e ações de saúde) (BRASIL, 2000).

Um dos grandes diferenciais da estratégia Saúde da Família no SUS, é o desenvolvimento de ações que dão prioridade à prevenção e à promoção de saúde, e para tal é necessário a definição clara do território e, mais importante, conhecer as pessoas que fazem parte daquela área, sob a responsabilidade de cada equipe, o que fortalece o vínculo da equipe com a população, o que é fundamental numa época em que as condições crônicas se tornaram muito mais importantes para o sistema de saúde, bem como Hipertensão Arterial Sistólica, Diabetes Mellitus, do que as situações de urgências e emergências (FIGUEIREDO, 2011).

A equipe de saúde é composta de vários profissionais, dentre os quais, destacamos o agente comunitário de saúde (ACS) como peça fundamental na formação desse vínculo, no PTS, já que ele faz parte da população, muitos moram na comunidade atendida pela equipe em que ele trabalha, (pré requisito para a contratação como ACS). Cada equipe pode ser composta com quatro a oito agentes comunitários de saúde, eles são responsáveis pelo cadastramento das famílias, que vivem em sua microárea, sendo o elo entre a comunidade e a ESF, tendo como funções as visitas domiciliares, ações educativas, informativas, mantendo uma relação estreita entre a equipe de saúde e a comunidade, alertando o resto da equipe sobre situações que requeiram a atenção dos outros profissionais (SILVA, 2002).

As condições crônicas como hipertensão arterial sistêmica (pressão alta), osteoartrose (tipo mais comum na população brasileira de reumatismo), doenças respiratórias de curso crônico como asma, quanto a outras situações, como gravidez ou o risco de uma pessoa adquirir uma doença no futuro, são situações reais e do cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. O profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros que trabalham na UBS, também cuidam de situações agudas (de instalação e resolução rápida), mas seu grande diferencial está no manejo de condições crônicas. Além de prestar assistência direta às pessoas, o

enfermeiro de uma equipe de Saúde da Família também supervisiona o trabalho dos agentes comunitários e dos auxiliares ou técnicos de enfermagem da equipe, e tem papel fundamental na implantação de projetos e ações dentro da estratégia da saúde.

Segundo (BRASIL, 2011) o médico é um profissional que se ocupa da saúde humana, promovendo, prevenindo, diagnosticando e tratando doenças, com competência e resolutividade, sendo responsável pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para que possa atender à demanda dos indivíduos sob sua responsabilidade, deve realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, de forma compartilhada, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos, quando indicado na Unidade de Saúde, no domicílio ou em espaços comunitários, responsabilizando-se pela internação hospitalar ou domiciliar e pelo acompanhamento do usuário. Além disso, o médico deve, em um trabalho conjunto com o enfermeiro, realizar e fazer parte das atividades de educação permanente dos membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos.

Realizar um trabalho como um Projeto Terapêutico Singular na comunidade é algo desafiador e trabalhoso, já que exige a participação de todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família e que todos estejam dispostos a ajudar a transformar a vida das pessoas ou famílias que irão participar do PTS. (MARIN et al, 2017).

De acordo a Brasil (2007), outro desafio na ABS é a utilização da clínica ampliada, já que nos remete a um modelo de cuidado onde o foco da assistência ofertada ao usuário está para além da percepção pessoal do médico ou do enfermeiro que acolhe, é um instrumento que dissolve a ideia de que o profissional terá sempre a razão e o conhecimento em detrimento do saber e do desejo do sujeito que está essencialmente implicado na relação. É uma das diretrizes que a PNH propõe para trazer resultados com qualificação aos indicadores de saúde. Ampliar a clínica é dar mais autonomia ao usuário de serviço de saúde, além disso, integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, criando uma relação de proximidade com o usuário. E para tal, é necessário considerar a vulnerabilidade e o risco do indivíduo e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas sempre levando em consideração a história, os saberes e a opinião de quem está sendo cuidado.

AÇÕES

A avaliação das famílias no processo de escolha para o PTS foi baseado nas visitas domiciliares, nas reuniões de equipe no qual decidimos em utilizar como elemento norteador a escala de Coelho Savassi, avaliando os riscos e vulnerabilidade. Foram avaliadas sete famílias, das quais muitas estão em processo de construção do PTS, mas para a confecção do projeto, foi levado em consideração a aplicabilidade do plano terapêutico, execuções das ações em planejamento e a resolutividade do caso.

Realizamos uma leitura prévia de cada história clínica das famílias do território adscrito da UBS Carmeno Nagghy e com base nos critérios de risco identificados na escala de Coelho Savassi, podemos obter os seguintes resultados e classificação:

Risco 1 (leve) : 5 ou 6 pontos

Risco 2 (moderado): 7 a 8 pontos

Risco 3 (grave): acima de 9 pontos

Primeiro foi realizado uma reunião de equipe em que foi apresentada a Escala de Coelho Savassi, sendo realizado uma palestra educativa sobre a importância da utilização da escala como meio norteador para a seleção e priorização das famílias. O próximo encontro foi discutido a história clínica de cada família e seus integrantes, com todos os membros da equipe, em que foi decidido a visita do médico da Estratégia e o Enfermeiro para avaliação das condições de saúde e riscos. Com a aplicação da escala, nossos agentes de saúde passaram a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações e condições em que se encontram cada família, outro aspecto importante da escala é que através dos dados fornecidos pela escala, podemos planejar ações de intervenção diferenciadas para cada família, de acordo a suas peculiaridades e território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade.

Das famílias estudadas e que foram submetidas à escala de Coelho Savassi, estratificamos o risco familiar, objetivando o reconhecimento daquela em estado mais crítico, as informações fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde e nas visitas domiciliares, decidimos pela família com com escore de 16 pontos por CoelhoUFES, consideradas de maior vulnerabilidade, conforme observado a seguir.



Diante da necessidade evidenciada tanto pelo escore obtido, quanto por problemas não contemplados nessa escala relatados pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e observados pelo médico e enfermeiro, decidiu-se pela construção de um PTS para essa família, na tentativa de oferecê-la uma melhor qualidade de vida, por meio de uma ação interdisciplinar.

RESULTADOS ESPERADOS

Destacamos a nossa família como a família Amarela, nela estão presentes duas gerações. Há o primeiro casal consanguíneo, formado por um homem e uma mulher, que serão identificados de X e Y. X já é falecido há 10 anos, tendo como antecedentes pessoais etilista crônico, portador de síndrome metabólica (obesidade, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia) com dois episódios de Acidente Vascular Cerebral sequelar, o terceiro episódio foi a sua causa de morte aos 75 anos;

A senhora Y, possui 65 anos, é portadora da Síndrome metabólica, com antecedentes de dois episódios de Acidente Vascular Cerebral sequelar, que a deixou impossibilitada de caminhar, além disso, portadora de Insuficiência Vascular Periférica, com uma úlcera varicosa em extremidades, necessitando de curação diária.

A segunda geração familiar é formada por 3 filhos: F1, F2, F3. O mais velho deles, F1, é do sexo masculino, tem 43 anos, sofre com os antecedentes de Hernia de disco, artrose de joelhos bilaterais, ex etilista, que no momento encontra-se emagrecido, baixo peso de acordo a idade e altura, refere que está desempregado, devido a sua situação incapacitante já que queixa-se de muitas dores na coluna e nas extremidades. Já F2 e F3 possuem 41 e 40 anos portadores de um retardo mental severo, obesidade mórbida, F2 é tabagista crônico, e os dois não possuem auxílio financeiro, não podem trabalhar e dependem exclusivamente da aposentadoria da mãe, já que o outro irmão está desempregado. Vivem numa casa de dois cômodos, sendo que o banheiro é na parte externa, sem as devidas ações de saneamento básico.

Relações Sociais da Família

A família Amarela, apresentou relações frágeis com o meio e a comunidade, já que vivem numa zona de escadaria e outros comôdos, onde vivem outras famílias, além disso, a senhora Y possui um vínculo débil com os serviços de saúde, visto que reluta em ter suas morbidades crônicas acompanhadas, fora a questão de impossibilidade de locomover-se. O lazer restringe-se apenas a conversar com os vizinhos quando passam pela escadaria. Logo, depois da morte do senhor X, a senhora Y, começou a adoecer e não pode mais a participar das atividades artísticas ou culturais do bairro, o que dificulta a interação social dos filhos F2 e F3.

Diagnóstico de Saúde Coletiva

Quanto ao aspecto habitacional, vivem em um lugar de invasão, zona de escadaria no morro, em que vivem várias famílias, num conglomerado de armações de barracos sem ventilação, sem saneamento básico, realizando suas necessidades fora de casa, e a senhora Y necessita que um responsável a cuide, já que está impossibilitada de caminhar.

A casa são de dois cômodos com quintal com esgoto a céu aberto, areia fofa e presença de lixo orgânico com armazenamento inadequado permitindo contato direto com moradores; casa de alvenaria sem reboco e com teto não lajeado, presença de umidade na parede, sem ventilação. tratamento prévio; quando usada, a água é despejada no quintal e na fossa séptica. Há utensílios domésticos limpos e sujos no mesmo local; acomodação de mais de

três pessoas em um único cômodo; cama com colchão em contato direto com o chão e a parece cheia de umidade.

Existem outros problemas, além de tudo social, já que só a genitora recebe a aposentadoria e ninguém mais trabalha na casa.

A senhora Y, se preocupa com a situação dos filhos quando ela partir. F2 e F3 não participam das atividades fornecidas no CAPS, por falta de condições financeiras para transportá-los até a instituição.

Os hábitos de vida não citados anteriormente que merecem destaque são evidenciados pela presença de adultos sedentários; não cumprimento das orientações oferecidas anteriormente pela nutricionista resultando em erro alimentar importante, devido a uma dieta não adaptada ao contexto social. A família justifica essa falta de adesão às recomendações nutricionais em decorrência das dificuldades financeiras que enfrentam.

A renda familiar provém, em grande parte, da aposentadoria da senhora Y. Os trabalhos eventuais de que F1 realiza são apenas um complemento financeiro e sem vínculo empregatício, já que não consegue trabalhar por conta da sua comorbidade e falta de qualificação profissional, além disso, ele é quem cuida da mãe, que é acamada e possui úlcera varicosa, necessitando realização de curação diária.

Dessa forma, a família apresentou disfunções nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, necessitando de uma abordagem interdisciplinar e multifocal.

Projeto Terapêutico Singular

Para a construção do PTS, buscamos conhecer as adversidades do ambiente onde pretendemos trabalhar. Diante disso, durante a realização das visitas domiciliares foram percebidos diversos problemas extras e intradomiciliares na família escolhida. Foram adotadas, desse modo, medidas que abrangessem todos os membros da família, atingindo-os direta e indiretamente.

Saneamento Básico

É necessária também uma reestruturação do sistema sanitário daquela família, incluindo rede de esgoto e abastecimento de água. Assim, torna-se premente articular com o profissional de serviço social para intermediar, sendo que é um problema de todos os moradores da escadaria.

Estrutura Domiciliar e Peri-domiciliar

É necessário uma reestruturação da residência. Rebocar as paredes da casa, prováveis fontes de vetores de doenças; construir novos cômodos, visando uma adequada relação cômodos por habitantes e privacidade da família, além disso, fornecimento de móveis, cama já que vivem em um pequeno espaço e dormem ao chão, necessitando o mínimo de dignidade e respeito.

Promover medidas de higiene doméstica com o intuito de uma casa mais limpa para todos os habitantes; fornecer uma estrutura de suporte para que as pessoas que vivem na escadaria

possam se apoiar ao caminhar pelo trajeto. A casa, não possui rede de esgoto, o que consiste em uma outra provável fonte de infecções por ratos, baratas, barbeiro e outros insetos.

Realizar os encaminhamentos da Dona Y para avaliação e acompanhamento em cardiologia, neurologia e vascular.

Solicitar a avaliação e inclusão de F2 e F3 no atendimento ao paciente no CAPS e acompanhamento por assistência social, já que os dois possuem atraso mental severo e até as atividades de cuidado e higiene pessoal, são comprometidas, necessitando auxílio e orientação de F1.

REFERÊNCIAS

Brasil; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 17 dezembro de 2019]. Disponível: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>.

_____; Ministério da Saúde; Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial (da República Federativa do Brasil), Brasília, n.204, 2011.

_____; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MARIN, Maria José Sanches et al . Formação na Modalidade a Distância pela Universidade Aberta do SUS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro , v. 41, n. 2, p. 201-209, jun. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000200201&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160003>.

RAMOS, Priscila Freitas, Massih Pio, Danielle Abdel. Construção de um Projeto de cuidado em saúde Mental na Atenção Básica . Revista Psicologia Ciência e profissão; Faculdade de Medicina de Marília; 2010.

FONTENELLE, Leonardo Ferreira; Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2012.

REIS SILVA, Gabriela Romão. A percepção dos profissionais de um CAPS I acerca do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós graduação em Saúde Mental e Atenção psicossocial; Dissertação de Mestrado; 2016.

DA SILVA, Ariná Islaine, et al. Projeto Terapeutico Singular para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio; A estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.UNA-SUS/UNIFESP; 2011. Acessado em: 13/02/2020; https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf

SILVA, Joana Azevedo, Dalmaso Ana Sílvia Whitaker. Agente comunitário de saúde: o ser, o

saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

DOS REIS MARTINS, Isadora,, Julyene de Souza Soares, Johann Peter Amaral Santos, Thais Kellen Ribeiro da Silva, Henriqueta Tereza do Sacramento, Gracielle Pampolim, Luciana Carrupt Machado Sogame. A utilização da Escala de Coelho -Savassi para o diagnóstico de risco familiar na atenção primária à saúde. CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA, vol. 5; 2018.

WENDT, Naiane Carvalho; Crepaldi, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. Psicologia e Reflexão. Crítica. v. 21, n. 2, 2008.