

Intersetorialidade e o trabalho em equipe: casos de estudo do Brasil e da Itália

Teamwork and intersectoriality: case studies from of Brazil and Italy

Cassiane Silocchi

Fisioterapeuta, Mestre - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos

E-mail: cassi_silocchi@hotmail.com

Correspondência: Rua Beluno, 271, Medianeira, Farroupilha, RS, Brasil.

Tel: (54) 991380607

Jose Roque Junges

Professor, Doutor- Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

E-mail: roquejunges@hotmail.com

Ardigò Martino

Professor, Doutor – Universidade de Bologna – Itália.

E-mail: ardigma@gmail.com

Resumo

Dois casos de estudo na atenção primária que se destacam na criação de estratégias para o enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis, podem ser observados no Brasil e na Itália: a experiência do Serviço de Saúde Comunitária que integra o Grupo Hospitalar Conceição no Brasil (GHC) e as Casas da Saúde da Unidade Sanitária Local (AUSL) de Ferrara na região da Emilia Romagna. Tendo em vista estes dois casos, este estudo teve como objetivo discutir as similaridades e diferenças entre os contextos no que se refere a estratégias relacionadas à organização do cuidado às condições crônicas. A metodologia utilizada foi quali-quantitativa, baseada em análises da literatura secundária, relacionada à demografia e epidemiologia, documentos do GHC e da AUSL de Ferrara, além da observação participante. Colocando em análise os dois casos, observou-se que ambos apresentam propostas consistentes, contudo, ainda identificam-se problemáticas em relação ao trabalho em equipe e a intersectorialidade. No

Todos os autores contribuíram igualmente em todas as etapas de elaboração do artigo.

caso italiano, merece destaque a intersectorialidade como estratégia ainda em construção, bem como a falta de uma cultura de trabalho em equipe e a gestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. No caso brasileiro, ao contrário, existe trabalho em equipe, contudo, o ato de trabalhar com novas estratégias, gera certo desconforto na equipe. Em relação a intersectorialidade, há iniciativas para ações intersectoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade. Conclui-se que a implementação de um novo modelo de assistência, orientado para as condições crônicas, necessita ainda ser assimilado no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Doença crônica; Atenção primária à saúde; Saúde da família.

Abstract

This study shows the analysis of two case studies of primary health care service organizations, one Brazilian and one Italian. Specifically, the experience of the Community Health Service of the Hospitalar Conceição Group and the Health House of the Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) of Ferrara, in the Emilia-Romagna. The aim of this analysis was to

discuss the similarities and differences between the two contexts, the respective strategies to contrast the chronic conditions and how services are organized. The methodology used was a qualitative research, based on the analysis of literature with respect to demography and epidemiology, documents of the Hospitalar Conceição Group and the AUSL of Ferrara, as well as on the participant observation. Analyzing the two cases, it was observed that both proposals have consistent strategies, but there are still limits with respect to team-work and intersectorality. In the Italian case, the intersectorality is currently under development, there is a lack of a work culture in equipes and the integrated management of patients is fragmented, in particular with respect to the role of General Practitioners who remain outside the system. In the Brazilian case, however, although work in teams is present, the implementation of new strategies is partial and generates disruption in the team-work. Regarding to intersectorality, although there are different actions, there are still numerous obstacles to their implementation. In conclusion, the analysis shows the implementation of a new model of assistance, directed to contrasting the chronicity has yet to be assimilated in the daily health services.

Keywords: Chronic disease; Primary health care; Family health.

Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e no Brasil e na Itália ocorre de forma bastante acelerada. Em 1910, a expectativa de vida do brasileiro era de 33,4 anos, aumentando para 64,8 anos em 2000 e para 75,2 anos em 2014.¹ Na Itália, os maiores de 65 anos eram 20,3% do total da população em 2011, com previsão de ser mais que 32% a partir de 2043.² O aumento da expectativa de vida é um fator positivo, mas a longevidade só será de fato uma conquista se agregarmos qualidade aos anos de vida.³

Por esta razão, é necessário analisar o desempenho dos sistemas de saúde. Em menos de quatro décadas o cenário epidemiológico mudou radicalmente, passando de um contexto de prevalência de doenças agudas para Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). No Brasil, a taxa de mortalidade por DCNT correspondeu a 72% do total de óbitos em 2012.⁴ Na Itália, segundo a Organização Mundial de Saúde (2011),⁴ 92% da mortalidade são devido às DCNT.

As DCNT resultam não só do envelhecimento da população, mas também estão vinculadas às condições gerais de vida. Globalmente, sabe-se que os quatro grandes fatores de risco comportamentais que estão por trás de mais de

dois terços de todos novos casos das DCNT são: dieta pouco saudável, tabagismo, sedentarismo e uso nocivo de álcool.⁵ Desigualdades sociais, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que também devem ser consideradas.⁶

As DCNT induzem a um custo crescente da assistência, devido ao aumento progressivo do cuidado. Assim, em um momento de crise econômica global, o tema dos gastos públicos e da sustentabilidade dos sistemas assume um dos principais desafios tanto no Brasil, quanto na Itália.

Os sistemas com forte raiz hospitalocêntrica, baseados na alta especialização, além de custosos, já não são mais eficazes. Assim, se reitera a necessidade de reorganizar os serviços de saúde em uma ótica de Atenção primária à Saúde (APS) abrangente, estimulando a integração entre os diferentes níveis de atenção, proporcionando a participação comunitária. Por esta razão, a APS abrangente caracteriza-se por uma abordagem integrada, centrada na pessoa e nas suas necessidades de saúde, realizada através do trabalho de equipes multiprofissionais, redes de trabalho intersetoriais e participativas.⁷

Em respeito a este tema, entre Brasil e Itália foi criada uma cooperação, denominada

Laboratório Ítalo Brasileiro de Pesquisa, Formação e Prática em Saúde Coletiva, cujo principal interesse é incentivar a pesquisa sobre os temas de APS. No quadro desta cooperação se insere uma pesquisa de cinco anos, realizada entre 2013 e 2018, desenvolvida pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Internacional e Intercultural da Universidade de Bolonha a respeito do desenvolvimento das Casas de Saúde (CdS) no território Ferrarese. Nesta pesquisa foi desenvolvida uma análise, levando-se em consideração dois estudos de casos relacionados às estratégias de combate às condições crônicas em um cenário de atenção primária: os serviços relacionados à cronicidade das CdS da *Azienda Unità Sanitaria Locale* (AUSL) de Ferrara da Região Emília - Romagna, na Itália e a experiência do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) no Brasil. O objetivo da análise foi comparar as estratégias e as experiências de frente à cronicidade nos dois contextos, evidenciando as semelhanças e as diferenças e analisando a luz da literatura internacional.

Métodos

A metodologia utilizada foi quali-quantitativa. Foram analisados dados secundários relativos à epidemiologia e demografia nos dois contextos

e analisadas as normativas e as diretrizes dos Ministérios da Saúde a respeito do cuidado das condições crônicas, além de documentos relativos ao funcionamento dos serviços locais de saúde.

No período de 10/2016 a 03/2017 foram realizadas leituras e análises documentais relativos ao GHC, grupo hospitalar que fornece serviços de saúde a nível terciário, secundário e primário, diretamente controlado pelo Ministério da Saúde brasileiro. Também foram realizados encontros e reuniões com integrantes do Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária (CEPAPS), órgão do GHC que se ocupa do desenvolvimento de pesquisas e da avaliação dos serviços assistenciais do grupo.

No período de 04/2017 a 10/2017 foram realizadas análises das diretrizes nacionais e regionais a respeito da instituição e organização das CdS, além de observação participante nas CdS, oportunizadas por meio de participações em seminários, encontros e reuniões com gestores, profissionais e comunidade. Foram realizados 27 encontros e sessões de observação nas Cds Cittadella S. Rocco em Ferrara, CdS di Portomaggiore - Ostellato e CdS Terre e Fiumi, que foram registradas através de diário de campo. Também foram realizadas 13 entrevistas com profissionais e gestores. As

mesmas foram analisadas por meio da metodologia de análise de discurso, com particular atenção a análise dos processos de trabalho e das modalidades assistenciais.

As mudanças na atenção à saúde no SSC/GHC

O SSC é um serviço de APS que integra o GHC no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. É composto por doze unidades de saúde, totalizando em média 418 profissionais distribuídos em equipes multiprofissionais.⁸ Estudos do Sistema de Informações em Saúde do GHC (SIS/GHC) demonstraram que a hipertensão é o diagnóstico mais frequente nas unidades de saúde, seguido por diabetes.

Diante deste cenário, a partir de 2012 foram realizadas mudanças assistenciais com o objetivo de introduzir aspectos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), de Mendes,⁹ baseado no Chronic Care Model (CCM) de Wagner¹⁰ e no modelo dos determinantes sociais de Dalhgreen e Whitehead.¹¹ Além destes, outras referências foram utilizadas, entre elas, o autocuidado,¹² o apoio ao autocuidado,¹³ o referencial sobre Saúde Mental e Condições Crônicas da OMS,¹⁴ a estratificação de risco cardiovascular pelo Escore de Framingham e o conceito de vulnerabilidade em saúde de Ayres.¹⁵ A seguir são descritas as principais estratégias que

estão em processo de implantação nas unidades de saúde.¹⁶

Para contornar o problema das consultas médicas de curta duração, não viáveis no cuidado às pessoas com condições crônicas, o SSC/GHC propôs modelos de cuidado compartilhados, como as consultas multiprofissionais e sequenciais.¹⁶ A consulta multiprofissional é realizada para um grupo de usuários que apresentam o mesmo problema, com a participação de profissionais de diferentes formações, e as consultas sequenciais, quando o indivíduo compartilha suas experiências com profissionais de diferentes formações, que dividem as informações a serem dadas ao indivíduo.⁹ Referente à ampliação do acesso destas pessoas aos serviços, reorganizou-se as atividades das equipes e implementou-se as consultas programáveis.¹⁶ É o tipo de atenção aplicada rotineiramente e deve ser necessariamente agendada em intervalos regulares e previsíveis. Assim, ao final de um atendimento programado, a pessoa já terá o próximo atendimento agendado.⁹

Em relação às doenças mentais, o SSC/GHC realiza rastreamento para depressão, utilizando o instrumento de rastreamento psiquiátrico SRQ 20 (Self Report Questionnaire).¹⁷ O tabagismo e o uso excessivo de álcool, como

fatores predominantes das DCNT também são considerados. Para estimular as atividades de controle do tabagismo, as equipes realizam consultas clínicas e de aconselhamento, atividades em grupo, uso de medicamentos de apoio e estímulo à promoção de atividades de educação em saúde. Para avaliar o uso abusivo de álcool é utilizado o CAGE (Cut down – Annoyed- Guilty –Eye opener), um instrumento que investiga o uso de álcool.¹⁸

Outra intervenção que merece destaque é a estratificação de hipertensos e diabéticos, segundo riscos e vulnerabilidade, utilizando-se uma classificação que considera a severidade da doença e a capacidade de autocuidado. Esta classificação foi aperfeiçoada por Sturmer e Bianchini,¹⁹ a partir do CCM, do Modelo de Determinação Social e do Risco Cardiovascular de Framingham.¹⁶

Em relação às práticas intersectoriais, o SSC/GHC constrói parcerias com as escolas e com os Conselhos Locais de Saúde. Nas escolas, as ações incluem atividades de promoção à saúde relacionadas aos fatores de risco das doenças cardiovasculares, como avaliação antropométrica, promoção da alimentação saudável, promoção de atividades físicas, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Com os Conselhos Locais de

Saúde realizam-se encontros em formato de oficina que objetivam mobilizar os recursos da comunidade para atender às necessidades dos usuários com DCNT. Entre as demandas levantadas, destaca-se a construção de Academias da Saúde nas comunidades, contudo, as mesmas ainda não foram construídas.¹⁶

Casas da Saúde: inovação na atenção primária

A região Emilia-Romagna está entre as primeiras regiões italianas a adotar o modelo com a Lei Dgr 291 de 2010 - “Casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale” (Giunta della regione Emilia Romagna. Progr. Num. 291/2010). Como veremos, trata-se de uma unidade de saúde próxima do que no Brasil se conhece por Unidade Básica de Saúde e representa uma novidade no sistema de saúde italiano que tenta implementar o cuidado primário.²⁰

A AUSL de Ferrara é composta por três distritos, treze núcleos de cura primária, dois hospitais comunitários, três CdS em funcionamento e três em fase de implementação. No mesmo território se encontra um grande hospital universitário, e três hospitais menores que funcionam como pontos de apoio do hospital

central. As CdS estão divididas em três tipologias: pequena, média e grande, com base na complexidade dos serviços. A CdS pequena compreende a assistência pediátrica, obstétrica, Médico de Medicina Geral (MMG), ambulatório de enfermagem, assistência especializada, suporte para as pessoas com DCNT e assistência social. As CdS média e grande complementam os serviços de baixa complexidade, além de todas as funções da assistência distrital. Em duas CdS da AUSL de Ferrara também estão presentes hospitais comunitários e uma estrutura assistencial que hospeda pacientes com diagnósticos claros, mas que precisam de uma intervenção integrada social e sanitária para permitir a domiciliação do cuidado.²¹

Uma característica importante do sistema de saúde italiano a ser ressaltada é a forma de contratualização dos Médicos de Família (MdF), que não são funcionários públicos, mas livres profissionais, podendo trabalhar em seus consultórios privados ou dentro da CdS. Quando aceitam trabalhar para dentro da estrutura, podem se recusar a trabalhar em equipe com os outros profissionais que, pelo contrário, são contratualizados pelo Serviço Nacional de Saúde e respondem a gestão do serviço.²⁰

A AUSL de Ferrara, nos últimos anos também

tem focalizado a atenção sobre a gestão das condições crônicas, através da medicina de iniciativa e dos percursos assistenciais integrados (Percursos de diagnósticos terapêuticos assistenciais – PDTA), consideradas novas abordagens organizacionais para adequar as respostas assistenciais frente ao aumento das condições crônicas.²² Além destas, existe também um plano nacional específico para o combate às condições crônicas do Ministério da Saúde italiano, baseado em modelos internacionais.

Resultados e Discussão

O Brasil e a Itália atravessam, em diferentes condições, o mesmo processo de transição demográfica e epidemiológica, exigindo habilidades específicas dos gestores para entender as mudanças que ocorrem nos cenários locais e a capacidade dos profissionais de saúde para modificar seus processos de trabalho. A organização dos serviços no novo cenário requer uma notável inovação: é necessário modificar a modalidade de produção da assistência, substituindo o modelo centrado na patologia para o modelo centrado na pessoa. Além disso, é necessário o desenvolvimento de intervenções *lifelong* do tipo promotiva e preventiva, necessitando de habilidades e competências específicas por parte dos serviços, tanto em relação a

comunicação, como em competências organizacionais para a constituição de redes intersectoriais e interinstitucionais que permitem trabalhar com determinantes sociais, culturais e biológicos.

As CdS da AUSL de Ferrara ainda são uma experiência recente, de carácter construtivo. O SSC/GHC, ao contrário, é uma instituição consolidada, construída ao longo dos anos de existência. Mesmo frutos de contextos distintos, ambos os casos oferecem contribuições significativas em suas propostas para o enfrentamento das condições crônicas, contudo, apresentam ainda, diferentes desafios relacionados a intersectorialidade e o trabalho em equipe.

No que diz respeito ao SSC/GHC, como vimos anteriormente, há iniciativas para ações intersectoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade. No entanto, mesmo que a intersectorialidade não ocorra de forma efetiva, é entendida como reconhecimento de prática integrada de trabalho em equipe, considerando-se que a unidade de saúde, sozinha, não é capaz de implementar práticas de promoção da saúde, uma vez que depende muitas vezes de outros setores. Já nas CdS da AUSL de Ferrara, a intersectorialidade ainda é uma estratégia em construção, necessitando enfrentar os efeitos da arquitetura do serviço e

do imaginário dos diferentes profissionais, gestores e representantes da comunidade local.

Conforme Malta,²³ a implementação da ação intersectorial é um grande desafio em função de inúmeros fatores envolvidos, dentre eles, a definição de objetivos comuns a todos os setores, a coordenação das ações, a definição do financiamento, monitoramento, prestação de contas e a sustentabilidade das ações. Outro ponto a ser observado é a mistura de competências, backgrounds profissionais, a complexidade da colaboração interdisciplinar, a diversidade de pontos de vista e as diferenças de opinião. Ou seja, quando se constitui uma mesa de trabalho intersectorial, é necessário ter em conta a conflitualidade, às vezes também gerada ao longo de muitos anos de trabalho vertical e muito enraizada no imaginário dos próprios trabalhadores.

Nesse contexto, a superação deste desafio perpassa principalmente pela mediação de conflito. Portanto, em uma primeira fase da constituição do grupo de trabalho intersectorial, a atividade preminente deve ser a mediação de conflito, conflito mantido mais pela falta de entendimento da lógica de trabalho do outro que por outras razões. Contudo, é importante, reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de encorajar a inovação e a

solução de problemas. Ultrapassada essa fase, se apresenta a necessidade de construir um idioma comum, sendo que muito frequentemente alguns conceitos são vinculados a setores específicos, ou que as mesmas palavras são usadas de forma diferente em diferentes contextos. Finalmente, depois dessas duas etapas, trabalhando com casos concretos, os profissionais começam a reorganizar o cuidado em redes intersetoriais.

Outra questão relativa às CdS é o trabalho em equipe. Uma questão fundamental para ser entendida é o papel do MdF no SSN. Os MdF não são funcionários públicos, mas são contratados de uma forma bastante singular devido a história do SSN. Essa particularidade do SSN se reflete negativamente no percurso de construção das CdS, dificultando a constituição de equipes de saúde da família.

Esta cultura organizativa evidencia que as ações de saúde ainda estão pautadas no modelo biomédico, cujas consequências são a reprodução e a fragmentação das intervenções relacionadas ao processo saúde-doença. A fragmentação impede a continuidade do cuidado, uma vez que o trabalhador passa a executar atos isolados e o usuário acaba se “perdendo” no sistema de saúde. Às vezes, os trabalhadores têm conhecimento do que precisa ser realizado para dar continuidade ao

tratamento, mas como é necessária a ação de outros profissionais que não se comunicam, o cuidado fica fragmentado.

No SSC/GHC, ao contrário, existe trabalho em equipe, contudo, cabe frisar que mesmo funcionalmente atuando em grupo, vários obstáculos ainda são encontrados. Há de se considerar que propor mudanças e reavaliar atividades que já estão consolidadas em sua forma de cuidar pode gerar certo desconforto na equipe. Os profissionais em geral se sentem sobrecarregados com o “novo” e isso provoca de forma inicial esse sentimento de "mais uma coisa", resistência, não fazer, não se envolver.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo dos profissionais e gestores, maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho.²⁴

Neste cenário, as atividades de educação permanente são fundamentais. O SSC/GHC realiza atividades educativas mensais nas unidades de saúde, tais como discussão de casos e seminários orientados pela realidade

local. O referencial pedagógico utilizado são os aportes da Educação Crítica de Adultos, cujos pressupostos são os de que adultos aprendem quando sentem uma necessidade e as mudanças ocorrem quando se percebe um problema/necessidade, sendo construtores ativos dos novos conhecimentos e das novas práticas.¹⁶

Na AUSL de Ferrara, a atividade proposta é um modelo de formação intervenção, baseado em aprendizagem significativa dos profissionais, que se beneficia da discussão de casos clínicos de alta complexidade relacionados à DCNT. A metodologia utilizada é desenvolvida pelo Centro de Saúde Internacional (CSI) em parceria com diferentes instituições brasileiras que participam do Laboratório Ítalo Brasileiro de Pesquisa Formação e Prática em Saúde Coletiva. A metodologia junta o quadro teórico da pesquisa intervenção com o da formação intervenção, utilizando ferramentas de análise de produção do cuidado em saúde, do trabalho assistencial, das redes de produção e de relações intersectoriais e interprofissionais com o objetivo de produzir um processo de empoderamento dos atores envolvidos e estimular um conhecimento profundo da produção de trabalho no cuidado em saúde operada pelo serviço. Além disso, favorece a reorganização dos percursos assistenciais a

partir da experiência em campo e ajuda a gestão na modelagem dos serviços.

A realização das atividades propostas, tanto no SSC/GHC, quanto na ASUL de Ferrara pode não ser “a solução” dos desafios expostos, mas possibilita a identificação de um caminho a percorrer frente às dificuldades no desenvolvimento das novas abordagens organizacionais para adequar as respostas assistenciais frente ao aumento das condições crônicas.

Considerações Finais

Identificam-se avanços positivos com relação ao cuidado de pessoas com condições crônicas. Contudo, identifica-se também, a influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e estratégias de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação ainda estão presentes.

No caso italiano, merece destaque a intersectorialidade como estratégia em construção, bem como a falta de uma cultura de trabalho em equipe e da cogestão fragmentária, em que os médicos se colocam fora do sistema. No SSC/GHC, ao contrário,

existe trabalho em equipe, contudo, o ato de trabalhar com o “novo”, gera consequentes resistências, que muitas vezes podem ser explicadas pela comodidade com o processo já adaptado. Em relação a intersectorialidade, há iniciativas para ações intersectoriais, contudo, ainda existem barreiras para a sua aplicabilidade.

Sabe-se que a transformação das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços e nas relações interpessoais. Assim, a implementação de um novo modelo assistencial, voltado às condições crônicas, necessita ainda ser assimilada no cotidiano dos serviços de saúde.

Referências

- ¹Schmidt MI, Duncan BB. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; (20): 421-423.
- ²Il futuro demográfico del paese [Internet]. Roma: Instituto Nazionale di Statistica, 2011 [citado 5 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.istat.it/it/archivio/488751>.
- ³Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev bras geriatr gerontol*. 2011; 4 (14): 779-786.
- ⁴Organização Mundial da Saúde. Global status report on noncommunicable diseases. Genebra, OMS; 2011.
- ⁵Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet*. 2011; 14 (377): 38-47.
- ⁶Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estudos Populacionais*. 2012; 1 (29): 133-45.
- ⁷Labontè R, Sanders D, Packer C, Schaay N. Revitalizing health for all : case studies of the struggle for comprehensive primary. Toronto: University of Toronto Press; 2017.
- ⁸Ministério da Saúde (BR). Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Monitoramento e avaliação: relatório de avaliação, 2010. Porto Alegre; 2010.
- ⁹Mendes EV. 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; 2012.
- ¹⁰Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract*. 1998; (1) 2-4.
- ¹¹Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organization, 1992.
- ¹²Lange I et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Geneva: OPAS; 2006.
- ¹³Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Autocuidado apoiado. Manual do Profissional de Saúde [Internet]. Curitiba, 2012. [acesso 05 fev 2018]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/autocuidado/auto%20cuidado.pdf>.
- ¹⁴World Federation for Mental Health. Mental health and chronic physical illnesses the need for continued and integrated care. World Mental Health Day. 2010.
- ¹⁵Ayres JRCM. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
- ¹⁶Takeda SMP, Mendonça C, Flores R. Diretrizes para o Planejamento 2013-2020: Acesso; Qualidade da Atenção; Integração Ensino-Serviço. Orientações para a organização dos processos de trabalho e desenvolvimento das ações relativas às diretrizes nas unidades de saúde, centros de atenção psicossocial e consultório na rua. Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS.

- ¹⁷Harding TW et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231-241.
- ¹⁸Beresford TP. Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. *The Lancet*. 1990; 25: 482-485.
- ¹⁹Stürmer PL, Bianchini I. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: Ministério da Saúde. (BR) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- ²⁰Martino A, Marta BL, Sintoni F. Modelo assistencial da Casa da Saúde: reestruturando o cuidado na atenção primária na Itália. *Saúde Redes*. 2015; 3(1):87-101.
- ²¹Maciocco G, Brambilla A. Le Case della Salute. *Innovazione e buone pratiche. Salute Territorio*. 2016; 211: 92-96.
- ²²Mondini P. La “sanità d’iniziativa” e lo sviluppo del nursing nelle cure primarie. *Salute Territorio*. 2015; 204: 527-30.
- ²³Malta DC et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(11):4301-4312.
- ²⁴Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília: MS; 2011. [acesso 05 fev 2018]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248821102011.html>