

Intersettorialità e lavoro in equipes: casi studio dal Brasile e dall'Italia

Teamwork and intersectoriality: case studies from of Brazil and Italy

Cassiane Silocchi

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

E-mail: cassi_silocchi@hotmail.com

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

Tel: (54) 991380607

Jose Roque Junges

Professore, Dottore - Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos.

E-mail: roquejunges@hotmail.com

Ardigò Martino

Medico, Specialista in Salute Pubblica, Dottore di Ricerca - Italia.

E-mail: ardigo.martino@gmail.com

Abstract

L'articolo presenta l'analisi di due casi di studio di organizzazione dei servizi sanitari nel contesto delle cure primarie, uno Brasiliano ed uno Italiano. Nello specifico sono stati analizzati l'esperienza del servizio sanitario comunitário del Gruppo Hospitalar Conceição (GHC) ed delle Casa della Salute dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Ferrara, nella Regione Emilia Romagna. L'analisi ha avuto come obiettivo discutere le similitudini e le differenze tra i due contesti, le rispettive strategie di contrasto alle condizioni di cronicità e le modalità di organizzazione dei servizi. La metodologia utilizzata è stata quali-quantitativa, basata sull'analisi della letteratura secondaria rispetto alle demografia ed epidemiologia, dei documenti i del GHC e dell'AUSL di Ferrara, oltre che sull'osservazione partecipante. Analizzando i due casi, è stato osservato come entrambe le proposte presentino strategie consistenti, tuttavia permangono ancora limiti rispetto al lavoro in equipes ed all'intersettorialità. Nel caso

italiano, l'intersectorialità è per il momento in elaborazione, manca una cultura del lavoro in equipes e la gestione integrata dei pazienti risulta frammentaria, in particolare rispetto al ruolo dei Medici di Medicina Generale che permangono al di fuori del sistema. Nel caso del Brasile, invece, sebbene il lavoro in equipes sia presente, l'implementazione delle nuove strategie risulta parziale e genera disagi nel lavoro del team. Per quanto riguarda l'intersectorialità, benché esistono differenti azioni sono ancora evidenti numerosi ostacoli alla loro realizzazione. In conclusione l'analisi mostra che l'implementazione di un nuovo modello di assistenza, orientato al contrasto delle cronicità debba ancora essere assimilato nel quotidiano dei servizi sanitari.

Keywords: Malattie Croniche; Cura Primarie; Salute della Famiglia.

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.

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è un processo in atto a livello globale e l'incidenza della popolazione anziane è in rapido aumento tanto in Brasile quanto in Italia. L'aspettativa di vita media in Brasile è in rapida crescita, dai 33,4 anni del 1910 ai circa 64,8 anni nel 2000 fino ai 75,2 anni nel 2014.¹ In Italia, secondo il censimento del 2011 gli ultrasessantenni rappresentavano il 20,3% della popolazione totale con una stima di 32% nel 2043.² L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione è senza dubbio un aspetto un positivo, tuttavia la longevità di per sé non rappresenta un vantaggio se non è accompagnata da un progressivo aumento degli anni liberi da malattia e da una soddisfacente qualità della vita.³

Per questo motivo è necessario analizzare le performance dei sistemi sanitari. Non bisogna dimenticare infatti che in meno di quattro decenni lo scenario epidemiologico si è radicalmente modificato passando da un contesto a forte prevalenza di malattie acute ad uno con prevalenza di malattie croniche. In Brasile, il tasso di mortalità per le malattie croniche costituiva già il 72% dei decessi totali nel 2012.⁴ In Italia, secondo i dati stimati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2011),⁴ il 92% della mortalità è dovuto a malattie croniche e non trasmissibili.

E' importante sottolineare però che l'aumento delle patologie croniche non è solo il risultato dell'invecchiamento della popolazione, ma anche legato alle condizioni generali di vita della comunità. Per questo motivo, oltre a tenere sotto controllo i principali fattori di rischio comportamentali, riconosciuti a livello globale come implicati nello sviluppo di oltre due terzi di tutti i nuovi casi di patologie croniche e cioè la dieta malsana, il fumo, e l'uso dannoso di alcol,⁵ allo stesso tempo devono essere considerati fattori quali e diseguaglianze sociali, la mancanza di accesso alle informazioni o l'appartenenza a gruppi sociali vulnerabili.⁶

Infine nello scenario attuale alcune riflessioni devono essere riservate alla sostenibilità dei sistemi sanitari. Come detto le malattie croniche possono indurre un costo crescente dell'assistenza sanitaria, per via del progressivo aumento dell'intensità di cura legato all'invecchiamento dei soggetti. In un momento di crisi economica globale il tema della spesa pubblica, della sostenibilità del welfare delle politiche e dei servizi sanitari è una sfida importante per gli stati sia in Brasile che in Italia.

I Sistemi Sanitari basati sulle cure ospedaliere e specialistiche oltre ad essere costosi non sono più efficaci. Così è ribadisce la necessità di riorganizzare i servizi sanitari in un'ottica di

Primary Health Care di tipo Comprehensive (CPHC), stimolando l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali, tra i servizi sociali e quelli sanitari e prevedendo la partecipazione della comunità.⁷

Rispetto a questo tema, tra Italia e Brasile si è creata una cooperazione denominata Laboratorio italo Brasiliano di Ricerca Formazione e Pratica in Salute Collettiva, cui interesse è stato quello di favorire attività di ricerca sui temi dello sviluppo dei servizi di CPHC. Nella cornice di questa cooperazione si inserisce una ricerca, realizzata tra il 2013 ed il 2018, sviluppata dal Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna rispetto allo sviluppo delle CdS nel territorio ferrarese. All'interno di questa ricerca è stata svolta una analisi prendendo in considerazione due casi studio relativi alle strategie di contrasto alle condizioni di cronicità in un contesto di cure primarie: i servizi relativi alle cronicità delle Case della Salute dell'Ausl di Ferrara della Regione Emilia-Romagna in Italia e l'esperienza del Serviço de Saúde Comunitária (SSC) che appartiene al Gruppo Hospital Conceição (GHC) in Brasile. Scopo dell'analisi è stato confrontare le strategie e le esperienze di contrasto alla cronicità nei due contesti evidenziando le

somiglianze e le differenze ed analizzandole alla luce della letteratura internazionale.

Metodologia

La metodologia utilizzata è stata qualitativa. Sono stati analizzati dati secondari relativi alla epidemiologia ed alla demografia nei due contesti e analizzate le normative e le Linee Guida dei due Ministeri della Salute rispetto al contrasto ed al trattamento delle malattie croniche.

Dal 10/2016 al 03/2017 sono state effettuate in Brasile letture e analisi relativi all'istituzione, al funzionamento del GHC in quanto si tratta di un Gruppo Ospedaliero che fornisce servizi di salute di livello terziario, secondario e primario direttamente controllato dal Ministero della salute Brasiliano; le pubblicazioni del Centro de Estudos e Pesquisa em Atenção Primária (CEPAPS) organo del GHC che si occupa dello sviluppo e della valutazione dei servizi assistenziali del Gruppo.

Inoltre, dal 04/2017 e 10/2017 sono state realizzati 27 incontri e sessioni di osservazione partecipante nelle CdS Cittadella S. Rocco, CdS di Portomaggiore - Ostellato e CdS Terre e Fiumi. Sono state inoltre realizzate tredici interviste ad professionisti e gestori. I dati qualitativi raccolti sono stati analizzati attraverso la metodologia della analisi di discorso.

I cambiamenti del modello assistenziale nell'SSC/GHC

L'SSC è un servizio PHC offerto dal GHC nella città di Porto Alegre, Rio Grande do Sul. È composto da dodici unità sanitarie, per un totale di 418 professionisti distribuiti in team multiprofessionali.⁸ Dai dati provenienti dal Sistema Informativo Sanitario (SIS/GHC) hanno dimostrato che l'ipertensione è la diagnosi di malattia cronica più frequente nelle unità sanitarie, seguita dal diabete.

Per questo motivo dal 2012 sono state apportate cambiamenti nell'assistenza con l'obiettivo di introdurre aspetti del Modello di Cura Cronica di Mendes (MACC),⁹ basato sul Chronic Care Model (CCM) di Wagner¹⁰ e sul modello dei determinanti sociali di Dalhgreen e Whitehead.¹¹ Oltre a questi, sono stati introdotti altri elementi di innovazione delle cure tra cui le strategie di self-care,¹² di self-care support,¹³ elementi specifici provenienti dai modelli per l'assistenza nel campo della salute mentale e delle malattie croniche della OMS;¹⁴ la stratificazione del rischio cardiovascolare del Framingham Score e il concetto di vulnerabilità alla salute di Ayres.¹⁵ A partire da questi quadri teorici sono state sviluppate diverse strategie attuative presentate qui di seguito.¹⁶

Per affrontare il problema relative alla valutazione clinica a breve termine,

incompatibili con l'inquadramento ed il trattamento delle patologie croniche, il SSC/GHC ha sperimentato nuove strategie, come la consultazione multiprofessionale e sequenziali. La consultazione multiprofessionale è una consultazione per un gruppo di utenti che presenta lo stesso problema, con la partecipazione di professionisti di diversa provenienza e le consultazioni sequenziali è quando l'individuo condivide le sue esperienze con professionisti di diverse formazioni.

Per quanto riguarda l'espansione dell'accesso ai servizi da parte di queste persone, le attività dei team sono state riorganizzate e le consultazioni programmatiche sono state implementate.¹⁶ È il tipo di attenzione che dovrebbe essere applicata di routine e programmata a intervalli regolari e prevedibili. Pertanto, al termine di un servizio programmato, la persona avrà il prossimo servizio programmato.⁹

Per quanto riguarda alle malattie mentali, SSC/GHC esegue uno screening per la depressione utilizzando lo strumento di screening psichiatrico SRQ 20 (Self Report Questionnaire).¹⁷ Il fumo e l'uso eccessivo di alcol come fattori predominanti del patologie croniche. Per stimolare il controllo dell'abitudine al fumo, i team conducono counseling clinico, attività di gruppo, uso di

farmaci di supporto e incoraggiamento a promuovere attività di educazione sanitaria. Per valutare l'ultimo fattore, è utilizzato il CAGE (Cut down - Annoyed-Guilty Eye), uno strumento che indaga sull'uso di alcol.¹⁸

Un altro intervento che merita di essere evidenziato è la stratificazione dei pazienti ipertesi e diabetici, in base ai rischi biologici ed alla vulnerabilità, utilizzando una classificazione che consideri la gravità della malattia congiuntamente alla capacità di auto-cura su base individuale e sociale. Questa classificazione è stata mutuata ed adattata da diversi modelli: Sturmer e Bianchini,¹⁹ dal CCM, dal modello delle determinazioni sociali di salute e da quello del rischio cardiovascolare di Framingham.¹⁶

In relazione alle pratiche intersectoriali, l'SSC/GHC ha attivato numerose collaborazioni con delle scuole ed i Consigli Locali di Salute che sono lo strumento adottato dal Ministero della Salute Brasiliano per permettere la partecipazione comunitaria al sistema sanitario nazionale brasiliano (o SUS, Sistema Unico de Saúde). Nelle scuole vengono svolte attività di promozione della salute relative ai fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, la valutazione antropometrica, la promozione di una alimentazione salutare e dell'attività fisica, la prevenzione dell'uso eccessivo di alcol,

tabacco e droghe. In collaborazione con i Consigli Locali di Salute, vengono realizzati workshops con lo scopo di promuovere la partecipazione attiva della comunità, e valutare i bisogni degli utenti portatori di malattie croniche. Tra le richieste scaturite dagli incontri con la comunità si evidenzia la richiesta della costruzione di Palestre Popolari, attraverso un progetto ministeriale denominato Academias da Saúde (Palestre per la Salute), tuttavia, la costituzione delle palestre al momento dello studio non è ancora stata realizzata.¹⁶

Case della Salute: innovazioni nell'attenzione primaria

La Regione Emilia-Romagna è tra le prime regioni italiane ad adottare il modello delle CdS attraverso il decreto legislativo 291 del 2010 - "Casa della salute: le direzioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale" (Giunta della regione Emilia-Romagna Progr. Num. 291/2010). Come vedremo, la CdS è un'unità sanitaria che si approssima a quella che è conosciuta in Brasile come Unità Sanitaria di Base e rappresenta una relativa novità nel sistema sanitario italiano nel tentativo di rinnovamento delle Cure Primarie.²⁰

L'AUSL di Ferrara è suddivisa in tre distretti, tredici nuclei di cura primarie, due ospedali comunitari, tre CdS funzionanti ed altre tre in

fase di implementazione. Le CdS sono suddivise in tre tipi: piccola, media e grande, in base alla varietà e alla complessità dei servizi offerti.²¹ In questo contesto va registrata un'importante caratteristica del sistema sanitario italiano ovvero la modalità di contratto dei MMG, che non sono dipendenti pubblici ma liberi professionisti, che hanno facoltà di scegliere se lavorare nei loro ambulatori privati o all'interno della CdS. Allo stesso tempo gli MMG non sono obbligati a seguire i flussi assistenziali decisi dalle AUSL, possono rifiutarsi di lavorare in team ed in rete con gli altri professionisti sanitari che, al contrario, sono quasi tutti contrattualizzati dal Servizio Sanitario Nazionale e rispondono direttamente alla gestione dell'AUSL.²⁰

Per quanto riguarda le patologie croniche è importante ricordare l'esistenza di un Piano Nazionale Cronicità, basato su modelli internazionali. L'AUSL di Ferrara negli ultimi anni ha anche focalizzato l'attenzione sulla gestione delle patologie croniche attraverso diverse strategie, da un lato l'implementazione di medicina dell'iniziativa e di "Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali".²²

Risultati e discussioni

Brasile e Italia attraversano gli stessi processi di transizione demografica ed epidemiologica che

richiedono una specifica capacità degli operatori sanitari di modificare in maniera efficace le loro pratiche di lavoro. L'organizzazione dei servizi sanitari nel nuovo scenario richiede una notevole innovazione: in termini di approccio alla salute è necessario modificare le modalità di produzione dell'assistenza sostituendo il modello centrato sulla patologia tipico del contesto a prevalenza di patologie acute, con un modello centrato sulla persona e sulle sue reti di relazioni prossime tipico del contesto delle cronicità; in termini di rapporto con la popolazione invece, la necessità di sviluppare interventi *lifelong* di tipo promotivo e preventivo necessita di skills e competenze specifiche da parte dei servizi specifiche sia comunicative sia skills di tipo organizzativo; infine gli interventi centrati sulla persona e sulla popolazione e non sulle patologie prevedono la costituzione di reti intersettoriali e interistituzionali che consentano di contrastare in maniera efficace i determinanti sociali, culturali e biologici che rappresentano il target principali nel contrasto delle condizioni di cronicità.

Dalla nostra analisi è emerso che la risposta delle CdS nell'AUSL di Ferrara sia ancora un'esperienza recente ed in fase di implementazione per essere correttamente valutata. L'SSC/GHC al contrario è un'istituzione consolidata con anni di

esperienza nel campo delle cure primarie e numerose sperimentazioni. Le due istituzioni però, benché operino in contesti distinti e con esperienze differenti sono impegnate in sperimentazioni che offrono contributi significativi per l'assistenza ed il contrasto alle condizioni di cronicità alle fronte a condizioni croniche. Tuttavia, presentano diverse sfide legate all'intersectorialità e al lavoro di gruppo.

Per quanto riguarda l'SSC/GHC, come abbiamo visto in precedenza, esistono iniziative per le azioni intersectoriali, tuttavia esistono ancora ostacoli alla loro applicabilità. Tuttavia, anche se l'intersectorialità non si verifica in modo efficace, è inteso come riconoscimento della pratica integrata del lavoro di squadra, considerando che l'unità sanitaria da sola non è in grado di attuare pratiche di promozione della salute, poiché spesso dipende da altri settori. Altrimenti, le Case di Salute dell'AUSL di Ferrara, l'intersectorialità è ancora una strategia in costruzione, che deve affrontare gli effetti dell'architettura del servizio e l'immaginario dei diversi professionisti, gestori e rappresentanti della comunità locale.

Secondo Malta,²³ la realizzazione dell'azione intersectoriale rappresenta una grande sfida a causa dei numerosi fattori coinvolti, tra cui la definizione di obiettivi comuni per tutti i settori, il coordinamento delle azioni, la definizione del

finanziamento, il monitoraggio, la responsabilità e la sostenibilità delle azioni. Un altro punto da notare è il mix di competenze, background professionale, la complessità della collaborazione interdisciplinare, la diversità di punti di vista e le differenze di opinione. Ossia, quando si forma un tavolo di lavoro intersectoriale, è necessario prendere in considerazione il conflitto, a volte anche generato in molti anni di lavoro verticale e profondamente radicato nella propria immaginazione.

In questo contesto, questa sfida è dovuta principalmente alla mediazione dei conflitti. Pertanto, in una prima fase della creazione del gruppo di lavoro intersectoriale, l'attività preminente è stata di mediazione dei conflitti, conflitto mantenuto dalla mancanza di comprensione della logica del lavoro dell'altro per altri motivi. Tuttavia, è importante riconoscere che il conflitto è necessario e auspicabile al fine di incoraggiare l'innovazione e la risoluzione dei problemi. Una volta finita questa fase, è necessario costruire un linguaggio comune, e molto spesso alcuni concetti sono collegati a settori specifici, o le stesse parole sono usate in modi diversi in contesti diversi. Infine, dopo questi due passaggi, lavorando con casi concreti, i professionisti iniziano a riorganizzare l'assistenza nelle reti intersectoriali.

Un altro problema relativo alle CdS è il lavoro di squadra. Il problema chiave da comprendere è il ruolo di MdF in SSN. I MdF non sono dipendenti pubblici, ma sono contratti in modo molto particolare a causa della storia di SSN. Come si può immaginare, questa particolarità del SSN si riflette negativamente nel corso della costruzione delle CdS, rendendo difficile la costituzione di gruppi sanitari per la famiglia.

Questa cultura organizzativa mostra che le azioni sanitarie sono ancora basate sul modello biomedico, le cui conseguenze sono la riproduzione e la frammentazione degli interventi legati al processo di malattia-salute. La frammentazione impedisce la continuità delle cure, poiché il lavoratore inizia a eseguire atti isolati e l'utente finisce per "perdere" nel sistema sanitario. I lavoratori sono a volte consapevoli di ciò che deve essere fatto per continuare il trattamento, ma altri professionisti che non comunicano sono necessari, l'assistenza diventa frammentata.

Nell'SSC/GHC, d'altra parte, è presente il lavoro di squadra, tuttavia, si nota che anche se funzionando in un gruppo, si osservano ancora diversi ostacoli. Si dovrebbe considerare che proporre modifiche e rivalutare delle attività che sono già consolidate nel modo di cura può generare qualche disagio nella squadra. I professionisti in generale si sentono sopraffatti

dal "nuovo" e questo inizialmente causa le sensazioni di "una cosa in più da fare", resistenza, non azione, non coinvolgimento.

Il re indirizzamento del modello di assistenza impone chiaramente la necessità di una trasformazione permanente del funzionamento dei servizi e del processo di lavoro delle squadre che richiedono professionisti e gestori, una maggiore capacità di analisi e autonomia per l'istituzione di pratiche trasformative, gestione dei cambiamenti e restringimento dei collegamenti tra progettazione ed esecuzione del lavoro.²⁴

In questo scenario, le attività di educazione permanente sono fondamentali. L'SSC/GHC svolge attività educative mensili presso strutture sanitarie, come studi di casi e seminari locali. Il quadro pedagogico utilizzato è il contributo dell'educazione critica degli adulti, i cui presupposti sono che gli adulti imparino quando sentono la necessità e i cambiamenti avvengono quando viene percepito un problema/necessità, essendo costruttori attivi di nuove conoscenze e nuove pratiche.¹⁵

All'AUSL di Ferrara, l'attività proposta è un modello di formazione di intervento, basato sull'apprendimento significativo dei professionisti, che beneficia della discussione di casi clinici ad alta complessità correlati al DCNT.

La metodologia utilizzata è sviluppata dal CSI in collaborazione con diverse istituzioni brasiliane che partecipano al Laboratorio Italo-brasiliano di Ricerca e Pratica della Salute Collettiva. La metodologia si unisce al quadro teorico della ricerca di intervento con quello della formazione all'intervento, utilizzando diversi strumenti di analisi della produzione di assistenza sanitaria, assistenza al lavoro, reti di produzione e relazioni intersectoriali e interprofessionali con l'obiettivo di produrre un processo di empowerment degli attori coinvolti e stimolare una profonda conoscenza della produzione di lavoro nel settore sanitario gestito dal servizio. Inoltre, favorisce la riorganizzazione dei percorsi assistenziali in base all'esperienza sul campo e aiuta la gestione nella modellazione dei servizi.

Le attività proposte, sia nell'SSC/GHC che nell'ASUL di Ferrara, potrebbero non essere "la soluzione" alle sfide presentate, tuttavia consentono l'identificazione di un percorso da intraprendere fronte alle difficoltà nello sviluppo di nuovi approcci organizzativi per adeguare le risposte assistenziali all'aumento delle condizioni croniche.

Considerazioni finali

Progressi positivi sono stati identificati in relazione alla cura delle persone con condizioni

croniche. Tuttavia, viene anche identificata l'influenza del modello biomedico egemonico sulle pratiche di assistenza sanitaria, e anche se esistono proposte e strategie per un modello che rompe con il paradigma biomedico, le difficoltà per la sua attuazione sono ancora presenti.

Nel caso italiano, vale sottolineare l'intersectorialità come una strategia in costruzione, così come la mancanza di una cultura del lavoro di squadra e della cogestione frammentaria, in cui i medici si mettono al di fuori del sistema. Nell'SSC/GHC, d'altra parte, il lavoro di squadra è presente, tuttavia, l'atto di lavorare con il "nuovo", genera resistenze conseguenti, che possono spesso essere spiegate dalla convenienza con il processo già adattato. Per quanto riguarda l'intersectorialità, esistono iniziative per le azioni intersectoriali, tuttavia sono osservati ancora ostacoli alla loro applicabilità.

È noto che la trasformazione delle pratiche è una sfida da superare in molti casi, perché implica cambiamenti di paradigmi già strutturati nei servizi e nelle relazioni interpersonali. Pertanto, l'implementazione di un nuovo modello assistenziale, orientato a condizioni croniche, deve ancora essere assimilato nella vita quotidiana dei servizi sanitari.

Bibliografia

- 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/prt1488211_02011.html