

Revisão da utilização do *patient assessment of chronic illness care*

Review of the use of the patient assessment of chronic illness care

ARANTES, A.A^{1*}; MENDONÇA, A.E²; MEURER, I.R¹; BRAGA, M.H²

¹ Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

² Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil

Autor Correspondente: * Aline Andries e Arantes, Presidente Carlos Luz 452, Leopoldina MG CEP 36700000, e-mail alineandries@gmail.com, telefone (32)988754288

RESUMO

O Brasil e o mundo vêm enfrentando uma epidemia de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o atual modelo de atenção à saúde, tradicionalmente apoiado em respostas às condições agudas, não tem conseguido atender a demanda. Por esta razão foi proposta a aplicação do *Chronic Care Model* (CCM) que apresenta novas estratégias para a atenção às condições crônicas. Para sua concretização é necessário que sua implementação seja monitorada. Alguns instrumentos foram desenvolvidos para facilitar a implantação e o monitoramento do CCM, dentre eles o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), que tem sido testado empiricamente e que está sustentado por evidências provenientes de vários estudos. Este estudo busca reconhecer como tem sido feita a utilização do PACIC na avaliação dos cuidados em doenças crônicas. Para isso foi feita uma revisão nas bases de dados Scielo, BVS e Pubmed das quais foram obtidos 85 artigos a serem analisados. Constatou-se que o PACIC ainda está sendo pouco utilizado pelos pesquisadores por diversas razões.

Palavras-Chave: Doença crônica. Autogestão. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Brazil and the world have been facing an epidemic of chronic non communicable diseases (CDNT) and the current model of health care, traditionally based on responses to acute conditions, has not been able to meet demand. For this reason it was proposed to apply the *Chronic Care Model* (CCM) which presents new strategies for attention to chronic conditions. To achieve this, it is necessary that its implementation be monitored. Some instruments have been developed to facilitate the implementation and monitoring of CCM, including the *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), which has been empirically tested and supported by evidence from several studies. This study seeks to recognize how PACIC has been used in the evaluation of care in chronic diseases. For that, a review was made in the databases Scielo, BVS and Pubmed, from which 85 articles were analyzed. It was found that the PACIC could be better utilized by the researchers for several reasons.

Keywords: Chronic Disease. Self-Management. Health Evaluation.



INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus se configuram como as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tendo sido responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (BRASIL, 2018). Esta situação epidemiológica tem forte correlação com mudanças ligadas ao estilo de vida contemporâneo no que concerne à nutrição, sociedade, economia e à própria transição demográfica sendo que, na América Latina e Caribe, as pessoas com mais de 60 anos representam 10% da atual população e, até 2050, esse número deve subir para 25% (PAHO, 2018) (OPAS/OMS, 2018).

Além da mortalidade e da forte carga de morbidades associadas passíveis de causar sofrimento aos sujeitos, o impacto econômico não pode ser desconsiderado. Uma grande parte destes agravos traz consequências negativas para a economia, advindas de internações, absenteísmos, aposentadorias e mortes da população economicamente ativa (MOURA et al, 2007). Também, ressalta-se que a epidemia de DCNT afeta mais as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco relacionados e por terem menor acesso aos serviços de saúde (MALTA et al, 2013). Sendo assim, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a um maior estado de pobreza (PAHO, 2018). Por estas razões torna-se imprescindível promover ações efetivas no que se refere à prevenção, cuidado e controle de doenças crônicas no país.

Tradicionalmente os sistemas de atenção à saúde têm privilegiado a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esta abordagem não tem atendido às expectativas no enfrentamento às condições crônicas (SCHWAB et al, 2014). Neste contexto e diante dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde dos mais diversos países, em 1998 foi apresentado o *Chronic Care Model (CCM)* pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*. Este modelo foi desenvolvido a partir de

estudos da literatura internacional e propõe novas estratégias para a atenção às condições crônicas, tendo sido implantado, com diferentes adaptações, em uma série de países (GLASGOW et al, 2005). Estudos trazem evidências sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente. E uma parte significativa desses trabalhos trata da aplicação do CCM na Atenção Primária à Saúde (APS), o que significa que o modelo opera com efetividade, eficiência e qualidade nos cuidados primários (MENDES, 2012).

A partir desse modelo, Mendes (2011) propõe o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) a ser aplicado no SUS, baseado no CCM, mas agrega elementos diferentes para ajustá-lo às suas particularidades. Isto foi necessário, já que o CCM foi concebido em um ambiente de sistemas de atenção à saúde nos Estados Unidos, fortemente marcado pelos valores que caracterizam a sociedade americana. Dentre eles o auto interesse e a competitividade, que se distanciam dos valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais como o SUS (MENDES, 2012). Foram incorporados outros dois modelos: o modelo da pirâmide de riscos e o modelo da determinação social da saúde.

O MACC também foi acolhido pelo Ministério da Saúde no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” como modelo de atenção que deverá subsidiar as ações direcionadas ao cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde (SILVA, 2018). No Brasil este modelo tem sido utilizado apenas em experiências inovadoras (LANDIM, 2012) sendo necessário ampliar sua implantação nos mais diversos serviços de saúde.

Alguns instrumentos foram desenvolvidos para facilitar a implantação e o monitoramento do CCM,



dentre eles o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), que tem sido testado empiricamente e que está sustentado por evidências provenientes de vários estudos, incluindo avaliações de sua tradução e adaptação para diferentes países (GIJS et al, 2017). Seu objetivo é verificar até que ponto os pacientes relatam ter recebido serviços baseados no CCM. A versão em inglês do questionário foi desenvolvida e validada por Glasgow et al., 2005 e foi testada entre 283 pacientes atendidos para 1 ou mais condições crônicas sob o CCM em uma grande organização de atendimento gerenciada em Washington e Idaho. O PACIC é composto por 20 itens que foram escolhidos dentre 46 itens elaborados por especialistas nacionais em cuidados com doenças crônicas e o CCM (ARAGONES, 2008).

Embora os problemas na interação paciente-profissional e no apoio insuficiente das habilidades de autogestão dos pacientes tenham sido reconhecidos, pesquisas que investigam as relações entre qualidade do cuidado, interação produtiva e habilidades de autogerenciamento para manter o bem-estar geral ainda são escassas (CRAMM; NIEBOER, 2015). Existe um consenso crescente de que os pacientes devem ter um papel mais ativo no auto manejo de suas condições crônicas (PAHO, 2015; ULBRICH et al, 2017) e o PACIC é o único instrumento identificado na literatura científica que permite a avaliação da qualidade do cuidado baseado nos elementos do CCM sob a perspectiva da pessoa com condição crônica (LANDIM, 2012). Este estudo busca reconhecer como tem sido feita a utilização do PACIC na avaliação dos cuidados em doenças crônicas em diferentes contextos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa teve como percurso metodológico uma revisão integrativa, organizada pelas etapas de formulação do problema, coleta, avaliação, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. O período de coleta de dados foi abril de 2018 a junho de 2018. As bases de dados utilizadas foram Scielo, BVS e Pubmed. O Acesso às mesmas foi feito pelo portal periódico Capes, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora. Os termos escolhidos para pesquisa foram "PACIC" e *Patient Assessment of Chronic Illness Care*. Como critério de inclusão dos artigos utilizados foram considerados: Língua inglesa, portuguesa ou espanhola, apresentar os termos "PACIC" ou "*patient assessment chronic illness care*" no título ou resumo e/ou se tratar de estudo no qual tenha sido aplicado o PACIC e ser recuperado em texto completo. Como o PACIC foi desenvolvido recentemente não houve delimitação de data para as publicações, tendo sido encontrados artigos publicados entre 2005 a 2018. Como critérios de exclusão foram considerados não pertencer aos idiomas supracitados, duplicatas, não ser localizado em texto completo, não se tratar de aplicação do PACIC (estudos de validação). Foi criado instrumento de coleta de dados a fim de assegurar que a totalidade das informações relevantes fosse extraída.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A revisão integrativa resultou na seleção de 85 artigos para a realização desse estudo. O ano de publicação e o respectivo número de publicações que utilizaram o PACIC, assim como o percentual em relação ao total de publicações selecionadas são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Ano de publicação dos estudos que utilizaram o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) e percentual em relação ao total de publicações

| ANO | N | % |
|------|----|------|
| 2005 | 1 | 1,2 |
| 2007 | 1 | 1,2 |
| 2008 | 4 | 4,7 |
| 2009 | 1 | 1,2 |
| 2010 | 3 | 3,5 |
| 2011 | 3 | 3,5 |
| 2012 | 9 | 10,6 |
| 2013 | 9 | 10,6 |
| 2014 | 15 | 17,6 |
| 2015 | 14 | 16,5 |
| 2016 | 7 | 8,2 |
| 2017 | 15 | 17,6 |
| 2018 | 3 | 3,5 |

A validação e a publicação do PACIC ocorreram no ano de 2005. O levantamento realizado no presente trabalho demonstrou um aumento progressivo do uso do PACIC a partir do ano de 2012.

Além do crescente impacto das DCNT no mundo, a Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) convocou para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado. Essa é a terceira vez que a ONU chama uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representa uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do

tema como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2011). Este contexto, com certeza, favorece o interesse por estudos na área resultando no aumento da utilização de instrumentos como o PACIC. Verifica-se uma pequena queda no número de estudos no ano de 2016, entretanto não foi possível relacioná-la com qualquer evento específico. Em 2018, o baixo número apresentado está ligado ao fato de que os dados só foram coletados por um curto período do ano.

Na Tabela 2 é apresentado o número de publicações que utilizaram o PACIC por país, além de seu correspondente percentual em relação ao total selecionado.

Tabela 2 - Utilização do *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) por país e percentual em relação ao total de publicações

| PAÍSES | N | % |
|-----------------------|----|------|
| Estados Unidos | 25 | 29,4 |
| Holanda | 11 | 12,9 |
| Suíça | 10 | 11,7 |
| Alemanha | 8 | 9,4 |
| Austrália | 7 | 8,2 |
| Canadá | 6 | 7 |
| Brasil | 2 | 2,3 |
| Dinamarca | 2 | 2,3 |
| Espanha | 2 | 2,3 |
| Filipinas | 2 | 2,3 |
| Vários | 2 | 2,3 |
| África do Sul | 1 | 1,2 |
| Bélgica | 1 | 1,2 |
| Bolívia | 1 | 1,2 |
| China | 1 | 1,2 |
| Itália | 1 | 1,2 |
| Malásia | 1 | 1,2 |
| Noruega | 1 | 1,2 |
| Taiwan | 1 | 1,2 |

OPACIC foi elaborado pela equipe de pesquisadores do *MacColl Institute for Health Care Innovation*, em Seattle, Washington, Estados Unidos. Esta é provavelmente uma das razões pelas quais esse é o país que mais o conhece e o utiliza, mesmo o CCM tendo encontrado dificuldades de fixação pelas incompatibilidades com os princípios organizacionais do sistema de saúde local (THORPE, 2009). Neste contexto, a nação enfrenta importantes decisões políticas sobre como lidar com os custos cada vez maiores da saúde e com os papéis que o governo e o setor privado deverão assumir.

Na Europa, o CCM influenciou de forma extensa o

redesenho dos serviços de saúde, com a adaptação de elementos importantes como cobertura universal, organização da atenção primária, ações de promoção da saúde, entre outros. Dessa forma seria de se esperar que países europeus aparecessem nesse estudo, já que com a implantação do modelo segue-se a sua avaliação. Na Holanda, que aparece com destaque neste estudo, o governo implementou os componentes do CCM, em um programa de atenção transmural, que se destina a superar a lacuna entre a atenção hospitalar e comunitária (MENDES, 2012).

No Canadá o CCM tem sido implantado de modos e graus diferentes nas várias províncias. Naquele



país o modelo também é reconhecido como o mais promissor no controle das doenças crônicas (VETERANS AFFAIRS CANADA, 2017). Neste caso, foi introduzido o componente de promoção da saúde, voltado para os determinantes sociais da saúde e para a participação da comunidade o que expande o escopo do modelo.

A maioria dos sistemas de saúde da Ásia combina instalações administradas e financiadas pelo estado com provedores privados. Entretanto, há um movimento em direção ao ideal de atendimento centrado no paciente, integração e prestação de cuidados e ênfase crescente na promoção da saúde e prevenção de doenças (CHEAH, 2001). Apenas em Singapura o CCM foi proposto (LANDIM, 2012), baseado na APS e no autocuidado, mas com pouca ênfase em mudanças organizacionais.

A urbanização rápida e não planejada na África tem contribuído para o aparecimento de estilos de vida pouco saudáveis que estão associados aos fatores de risco para doenças crônicas. A previsão é a de que a população da região africana apresente um aumento considerável de mortes relacionadas à DCNTs nos próximos dez anos (NAÇÕES UNIDAS, 2014). Na África do Sul a situação não é diferente. Uma abordagem integrada para o gerenciamento de doenças crônicas derivada do Modelo de Cuidado Crônico de Wagner e da Organização Mundial da Saúde melhorou o cuidado e foi desenvolvido e modificado com o objetivo explícito de garantir uma resposta integrada (MAHOMED; ASMALL, 2015).

A Austrália, sendo membro da OMS, assume seu compromisso de abordar as doenças crônicas de acordo com o plano de ação global das DCNT. Já estão ocorrendo avanços no sentido de obter respostas mais eficazes do sistema de saúde (AUSTRALIAN HEALTH MINISTER'S ADVISORY COUNCIL, 2017).

O Brasil, apesar de ser membro da OMS, engajado em enfrentar as doenças crônicas de acordo com o plano

global e ter, inclusive, seu próprio plano nacional, não figura como um dos principais países a utilizar o PACIC. O levantamento realizado no presente trabalho resultou em poucos estudos que medem a amplitude da implantação do CCM no país, pelo menos do ponto de vista do paciente.

Uma epidemia de diabetes *mellitus* (DM2) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035 (SBD, 2015). As barreiras ao desenvolvimento da autogestão do DM2 são motivadas principalmente pela falta de compreensão sobre aspectos relacionados à doença, falta de atenção à cultura, linguagem e atitudes erradas do profissional de saúde nas consultas com o seu paciente (GUINEA; PORTILLO, 2013). Dessa forma o enfrentamento a esta condição é essencial, principalmente no que se refere ao auto manejo e empoderamento do paciente, já que o modelo tradicional não tem obtido bons resultados. O PACIC, obviamente, pode ser muito útil em acessar o ponto de vista do paciente nesta condição.

As doenças cardiovasculares são, atualmente, a principal causa de morte no mundo. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global (OPAS, 2017). Sabe-se que o aconselhamento comportamental para promover uma dieta saudável e a prática de atividade física regular, manejo das doenças cardiovasculares é imprescindível por parte do profissional da saúde, considerando os fatores de risco para este tipo de condição (PATNODE, 2017). Entretanto, a forma como esse aconselhamento é feito influencia diretamente nos resultados obtidos com o paciente. O PACIC pode ser uma ferramenta útil para permitir o conhecimento do ponto de vista do paciente nas DCNT.

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo sendo que a nível global, uma em cada seis

mortes são relacionadas à doença. Aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de baixa e média renda (OPAS/OMS, 2018). O controle e a redução do número de novos casos estão diretamente relacionados à modificação dos fatores de risco e, para que isso ocorra, a população em geral deve estar cada vez mais ciente da responsabilidade com a própria saúde. Entender o seu ponto de vista se torna essencial para pensar estratégias neste sentido.

As doenças respiratórias crônicas (DRC), como já mencionado, também representam um dos maiores problemas de saúde mundial. Diversos fatores de risco para DRC preveníveis já foram identificados e medidas eficazes de prevenção já foram estabelecidas. Entretanto, o estabelecimento de uma linha de

cuidado adequada é necessário para a redução da morbimortalidade dessas doenças (FÓRUM INTERNACIONAL DE SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS, 2018). Seu controle e eliminação carecem de uso de ferramentas atuais e eficientes em conjunto com pesquisas adicionais, sendo o PACIC um instrumento que pode auxiliar no melhor entendimento dessa condição sob a ótica dos doentes.

Contudo as possibilidades de aplicação do instrumento são amplas, não necessariamente precisando se limitar a determinadas condições crônicas. Inclusive, como mostra a tabela 3, no item “várias”, diversas condições podem ser avaliadas simultaneamente.

Tabela 3 – Condições crônicas avaliadas pelo *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC)

| CONDIÇÃO CRÔNICA | N | % |
|-----------------------|----|------|
| Uso abusivo de drogas | 1 | 1,1 |
| Asma | 2 | 2,2 |
| Câncer | 4 | 4,5 |
| DII* | 1 | 1,1 |
| Doença cardiovascular | 9 | 10,1 |
| DPOC** | 7 | 7,9 |
| Degeneração macular | 1 | 1,1 |
| Depressão | 1 | 1,1 |
| Diabetes | 25 | 28,1 |
| Hipertensão | 4 | 4,5 |
| Várias | 30 | 33,7 |
| Osteoartrite | 1 | 1,1 |
| Polimedicação | 1 | 1,1 |
| Doenças psiquiátricas | 1 | 1,1 |
| Transplantados | 1 | 1,1 |

*Doença inflamatória intestinal. ** Doença pulmonar obstrutiva crônica.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento das condições crônicas é um desafio para o indivíduo, seus familiares e para os profissionais de saúde envolvidos. Seu gerenciamento exige cada vez mais uma abordagem organizada e centrada no paciente. Neste contexto o CCM foi desenvolvido, buscando-se preencher a lacuna entre a medicina baseada em evidências e uma prática clínica eficaz. No Brasil e em outros países do mundo a adoção do CCM, com adaptações, é recomendada, mas ainda com poucos resultados práticos. Para que sua implementação seja feita, instrumentos como o PACIC são extremamente úteis. Percebe-se que sua utilização pode ser feita das mais diversas maneiras, em estudos de qualidade, trazendo resultados pertinentes para avaliação e conseqüente incremento do cuidado ao paciente com condições crônicas. É um instrumento de baixo custo, de fácil aplicação, amparado por evidências científicas e, por esta razão, poderia estar sendo mais bem aproveitado pelos pesquisadores em geral.

REFERÊNCIAS

- ARAGONES, A.; SCHAEFER, E.W.; STEVENS, D.; GOUREVITCH, M.N.; GLASGOW, R.E.; SHAH, N.R. Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4): 1-10, 2008.
- AUSTRALIAN HEALTH MINISTER'S ADVISORY COUNCIL. National Strategic Framework for Chronic Conditions. Australian Government. Canberra, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em 16 de junho de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>. Acesso em 03 de junho de 2018.
- CHEAH, J. Chronic disease management: a Singapore perspective. *British Medical Journal*, 323(7319): 990-993, 2001.
- CRAMM, J.M.; NIEBOER, A.P. Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Family Practice*, 16(123): 1-8, 2015.
- FÓRUM INTERNACIONAL DE SOCIEDADES RESPIRATÓRIAS. O Impacto Global da Doença Respiratória, 2017. Disponível em: https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_POR.pdf. Acesso em 19 de novembro de 2019.
- GIJS, E.; ZUERCHER, E.; HENRY, V.; MORIN, D.; BIZE, R.; PEYTREMANN-BRIDEVAUX I. Diabetes care: Comparison of patients' and healthcare professionals' assessment using the PACIC instrument. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(4): 803-811, 2017.
- GLASGOW, R.E.; WAGNER, E.H.; SCHAEFER, J.; MAHONEY, L.D.; REID, J.; GREENE, S.M. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 43(5): 436-444, 2005.
- GUINEA, N.C.; PORTILLO, M.C. El auto manejo de los pacientes con diabetes tipo 2: una revisión narrativa. *Anales Sis San Navarra*, 36(3): 489-504, 2013.
- LANDIM, C.A.P. Adaptação cultural para o Brasil e Portugal do instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). 2012. Ribeirão Preto. 199 p. Tese (Doutorado em Ciências), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- MAHOMED, O.H.; ASMALL, S. Development and implementation of an integrated chronic disease model in South Africa: lessons in the management of change through improving the quality of clinical practice. *International Journal of Integrated Care*, 15: 1-13, 2015.
- MALTA, D.C.; STOPAI, S.R.; SZWARCOWALD, C.L.; GOMES, N.L.; JÚNIOR, J.B.S.; REIS, A.A.C. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(2): 3-16, 2015.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em 12 de abril de 2018.
- MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família, 2012. Disponível em:



http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 18 de fevereiro de 2018.

MOURA, A.A.G.; CARVALHO, E.F.; SILVA, N.J.C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6): 1661-1672, 2007.

NAÇÕES UNIDAS. *Perspectivas de Urbanização Mundial: Revisão de 2014*. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População, 2014.

Disponível em: <https://population.un.org/wup/>. Acesso em 12 de abril de 2018.

OPAS/OMS BRASIL. Doenças cardiovasculares. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em 23 de junho de 2018.

OPAS/OMS BRASIL. Folha informativa – Câncer, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em 19 de novembro de 2019.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Cuidados inovadores para condições crônicas*. PAHO, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/ent-cuidados-innovadores-InnovateCCC-digital-PT.pdf>. Acesso em 24 de junho de 2018.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). *Non-communicable diseases in the Americas: building a healthier future*. PAHO, 2011. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31436&Itemid=270&lang=en. Acesso em 16 de abril de 2018.

PATNODE, C.D. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force, 2017.

SANTOS, L.R.; RABELO, D.M.R.S. *Produção científica: Avaliação, ferramentas e indicadores de qualidade*. Ponto de Acesso, 11(2): 3-33, 2017.

SCHWAB, G.L.; MOYSÉS, S.T.; KUSMA, S.Z.; IGNÁCIO, A.S.; MOYSÉS, S.J. Percepção de inovações na atenção às Doenças/Condições Crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*, 38: 307-318, 2014.

SILVA, L.B.; SOARES, S.M.; SILVA, P.A.B.; SANTOS, J.F.G.; MIRANDA, L.C.V.; SANTOS, R.M. Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 26: 1-12, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). *Diretrizes SBD 2014-2015*. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/001-Diretrizes-SBD-Epidemiologia-pg1.pdf>. Acesso em 25 de junho de 2018.

THORPE, K.E. Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform. *Eurohealth*, 15(1): 5-7, 2009.

ULBRICH, E.M.; MATTEI, A.T.; MANTOVANI, M.F.; MADUREIRA, A.B.; KALINKE, L.P. Care models for people with chronic diseases: integrative review. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1): 8-16, 2017.

VETERANS AFFAIRS CANADA. *Review of Chronic Care*, Canadian Academy of Health Sciences, 2017. Disponível em: http://www.caahs-acss.ca/wp-content/uploads/2017/09/Review-of-Chronic-Care_Veterans-Affairs-Canada.pdf. Acesso em 03 de junho de 2018.