

Avaliação de qualidade de vida e custos na saúde suplementar baseada no plano de cuidado multidisciplinar de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis

Assessment of quality of life and costs in the health insurance based on the multidisciplinary care plan for patients with chronic non-communicable diseases

Ana Luiza Vieira de Resende¹, Eduarda Faria Barbosa¹, Letícia de Oliveira Santiago¹, Nayara Cecília Ferreira Silva¹, Rebeca Goecking Ruas¹, André Luiz Pimentel¹

DOI: 10.5935/2238-3182.20170005

RESUMO

Introdução: as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) interferem diretamente na qualidade de vida (QV) das pessoas e impactam de forma significativa no orçamento da saúde suplementar. É imprescindível buscar medidas para minimizar esse quadro, sendo a prevenção e promoção da saúde uma possível alternativa. **Objetivos:** verificar se o acompanhamento de pacientes com DCNT pela equipe multidisciplinar na saúde suplementar resulta na melhora da qualidade de vida do paciente e na redução de custos para uma cooperativa de saúde. **Métodos:** estudo coorte retrospectivo-prospectivo realizado com portadores de DCNT e participantes do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” na Unimed Barbacena-MG. Foi aplicado o questionário SF-36 em dois momentos para comparação da QV dos pacientes após um ano de acompanhamento; realizou-se o levantamento dos gastos com consultas médicas e exames complementares pela Unimed referentes às DCNTs durante os anos de 2014 e 2015; e compararam-se os valores reais gastos com os pacientes com os valores que deveriam ser gastos se seguissem as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Especialidades. **Resultados:** em relação à QV, no período de um ano houve melhora estatisticamente significativa dos domínios: aspectos sociais; saúde mental e dor. Ao comparar o valor calculado de acordo com as diretrizes com o valor real gasto com os pacientes, apurou-se diferença de 51,66% em 2014 e de 53,37% em 2015. **Conclusões:** tornam-se evidentes os benefícios da realização de programas de prevenção e promoção de saúde para os portadores de DCNT em relação à qualidade de vida e aos custos despendidos.

Palavras-chave: Saúde Suplementar; Doenças Crônicas; Equipe Multidisciplinar; Qualidade de Vida; Custos.

ABSTRACT

Introduction: Noncommunicable Chronic Diseases (CNCDs) interferes directly with people's Quality of Life (QoL) and have a significant impact on the supplemental health budget. It is imperative to seek measures to minimize this situation, and prevention and health promotion is a possible alternative. **Objectives:** To verify if the follow-up of patients with CNCD by a multidisciplinary team in the supplementary health results in the improvement of the quality of life of the patient and in the reduction of costs for a health cooperative. **Methods:** A retrospective-prospective cohort study was carried out with patients with CNCD and participants in the “Programa de Acompanhamento de Crônicos” at Unimed Barbacena - MG. The SF-36 questionnaire was applied in two moments to compare the patients' QoL after one year of follow-up; The survey of the expenditures for medical consultations and complementary examinations by Unimed for the DCNT during the years of 2014 and 2015 and the comparison of the actual values spent with the patients with the values that would have to be spent if they followed the recommendations of the Brazilian

¹ Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada – FUNJOBE, Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME, Barbacena, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME/FUNJOBE
Barbacena, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rebeca Goecking Ruas
E-mail: rebecagruas@gmail.com

Guidelines of Specialties. Results: In relation to QoL, in the one-year period, there was a statistically significant improvement of the domains: Social Aspects; Mental Health and Pain. When comparing the value calculated according to the guidelines with the actual value spent with patients, a difference of 51.66% in 2014 and 53.37% in 2015 was observed. Conclusions: The benefits of performing Programs for the prevention and promotion of health for people with CNCs in relation to the quality of life and in relation to the costs incurred.

Key words: Supplemental health; Chronic Disease; Multidisciplinary Team; Quality of life; Costs.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreendem um grupo de doenças composto, principalmente, de diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias e neoplásicas. A maioria das doenças desse grupo possui fatores de risco comuns e necessitam de assistência continuada. Os principais fatores de riscos relacionados às DCNTs são modificáveis e influenciados pelo estilo de vida, de modo que a prevenção e promoção à saúde, se bem-sucedidas, interferem diretamente no aumento da qualidade de vida dos pacientes.¹ Além disso, também interferem nos custos da doença, cuja quantificação permite definir o ônus que recai sobre os sistemas de saúde devido à prevalência ou agravamento de uma enfermidade e é a primeira etapa para as análises de custo-efetividade do acompanhamento do doente.²

Os custos dos diagnósticos, dos tratamentos e dos acompanhamentos das DCNTs são cada vez mais elevados, sem que se obtenham resultados eficazes nas taxas de morbimortalidade.³ Dessa forma, medidas que visam à redução de custo tornam-se importantes tanto para os pacientes quanto para os sistemas de saúde.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi investigar se o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis pela equipe multidisciplinar na saúde suplementar, em uma operadora de plano de saúde modelo cooperativa de médio porte, resulta na melhora da qualidade de vida do paciente e na redução de custos para a cooperativa de saúde.

MATERIAL

Os instrumentos utilizados foram o questionário SF-36, as Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Especialidades e banco de dados da cooperativa de

saúde Unimed Barbacena-MG. O método estatístico utilizado para processamento dos dados obtidos foi o teste T de Wilcoxon.

MÉTODOS

Trata-se de estudo coorte retrospectivo-prospectivo realizado com portadores de doenças crônicas não transmissíveis e participantes do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” do projeto “Viver Bem”, na cooperativa de saúde Unimed Barbacena-MG. O “Programa de Acompanhamento de Crônicos” foi desenvolvido para atender pacientes portadores de doenças crônicas (sem limitações funcionais), envolvendo ações de promoção e prevenção à saúde e ao tratamento de doenças e de redução de fatores de risco, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e psicólogo. Os critérios de inclusão dos pacientes foram: ser beneficiário de um plano de saúde e participante do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” da Unimed Barbacena-MG, tendo aderido ao programa no ano de 2014; ser portador de doença crônica não transmissível entre diabetes *mellitus* (DM) e/ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou dislipidemias e ter concordado em participar do estudo por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2015 a julho de 2016. Para avaliação da qualidade de vida, seguiram-se os seguintes passos:

- aplicação do questionário SF-36 aos pacientes incluídos no estudo em agosto de 2015;
- reaplicação do questionário SF-36 aos pacientes incluídos no estudo em julho de 2016;
- comparação entre a qualidade de vida obtida pela aplicação do questionário SF-36 de cada paciente da amostra nos dois momentos supracitados.

Para determinação dos custos das Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Especialidades, seguiram-se os seguintes passos:

- Análise das Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Especialidades para classificação do paciente quanto à doença de base e para um levantamento de consultas médicas e quais e quantos exames complementares são necessários para o acompanhamento da doença no período de um ano;

- após a análise das Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Especialidades, foram considerados os exames de rotina para acompanhamento de cada doença de base:
 - **hipertensão arterial:** exame de urina rotina, potássio plasmático, creatinina plasmática, estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum, colesterol total, colesterol HDL, triglicérides plasmáticos, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma;⁴
 - **diabetes *mellitus*:** glicemia de jejum, hemoglobina glicada, microalbuminúria, estimativa do ritmo de filtração glomerular, hemoglobina, índices hematimétricos, contagem de hemácias, plaquetas, leucócitos, reticulócitos, dosagem de ferritina e saturação de transferrina, dosagem de vitamina B12 e folato, vitamina D sérica;⁵
 - **dislipidemia:** colesterol total, colesterol HDL, triglicérides plasmáticos;⁶
- de acordo com as recomendações das Diretrizes das Sociedades Brasileiras de Especialidades, foi estimado custo total que seria despendido pela Unimed Barbacena-MG para acompanhamento da(s) doença(s) de base dos pacientes no período de um ano, a partir de valores de consultas médicas e exames complementares pagos por essa cooperativa de saúde.

Para determinação dos custos da Cooperativa de Saúde Unimed Barbacena – MG com os pacientes portadores de DCNT participantes do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” do projeto “Viver Bem” e selecionados pelos critérios de inclusão deste trabalho, seguiram-se os seguintes passos:

- averiguação do valor absoluto gasto pela Unimed Barbacena – MG, correspondente a consultas médicas e exames complementares, para acompanhamento da(s) doença(s) de base de cada paciente, nos períodos de janeiro de 2014 a dezembro de 2014 e de janeiro de 2015 a dezembro de 2015;
- comparação do custo absoluto despendido pela Unimed Barbacena – MG entre o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014 e o período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015, correspondente a consultas médicas e exames e complementares, para acompanhamento da(s) doença(s) de base de cada paciente;
- comparação entre o custo total estimado pelas Diretrizes das Sociedades Brasileiras e os custos

da Unimed Barbacena – MG com os pacientes incluídos no estudo no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014 e no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2015.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 17 pacientes do sexo feminino e três do sexo masculino. A média de idade dos pacientes é de 66,1 anos. A raça predominantemente declarada foi a branca, correspondendo a 75% (n=15/20) dos pacientes. Do total, 70% (n=14/20) são aposentados. Em relação à renda familiar, 80% (n=16/20) dos pacientes se encontram na faixa de um a cinco salários mínimos.

Os pacientes foram agrupados de acordo com a(s) doença(s) de base apresentadas: dislipidemia; hipertensão arterial sistêmica; diabetes *mellitus*; e a associação entre elas.

Foram calculados os quartis referentes aos resultados dos domínios dos questionários SF-36 aplicados a cada paciente - o primeiro em 2015 e o segundo em 2016 -, possibilitando a comparação entre os dois tempos. Os domínios de dor (p=0,0135), aspectos sociais (p=0,0196) e saúde mental (p=0,0463) apresentaram significância estatística (Tabela 1).

Foi calculado o valor anual correspondente ao acompanhamento de pacientes portadores das DCNTs mencionadas de acordo com as recomendações das respectivas Diretrizes das Sociedades Brasileiras de especialidades. Além disso, foram calculados os custos para aqueles pacientes que com mais de uma doença de base. Para isso, foram somados os custos referentes a cada diretriz. No final foi feito o cálculo da média ponderada dos custos adotando-se como peso o número de pacientes incluídos em cada grupo de doença de base (Tabela 2).

Foi calculado o valor anual total dos custos com os pacientes da amostra (n=20) segundo as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Especialidades, encontrando valor de R\$ 19.319,84. Os custos totais reais dos 20 pacientes da amostra foram de R\$ 9.981,09 em 2014 e de R\$ 10.311,11 em 2015. Ao comparar o valor anual total da diretriz com o valor real dos custos com os pacientes, foram encontradas diferenças de R\$ 9.338,75 em 2014, o que corresponde a 51,66% (p=0,0187), e de R\$ 9.008,73 em 2015, o que corresponde a 53,37% (p=0,0169).

Tabela 1 - Resultados dos domínios avaliados pela aplicação dos questionários SF-36 nos anos de 2015 e 2016

Domínio	Mínimo	Primeiro quartil	Segundo quartil	Terceiro quartil	Máximo	p
CF 2015	50	77.5	85	92.5	100	0.4360
CF 2016	55	77.5	87.5	95	100	
LAF 2015	0	50	100	100	100	0.5670
LAF 2016	25	75	100	100	100	
Dor 2015	20	41	61	84	100	0.0135
Dor 2016	41	61.5	72	79	100	
EGS 2015	47	54.5	62	67	82	0.9397
EGS 2016	27	57	62	69.5	82	
VIT 2015	35	57.5	72.5	80	85	0.0728
VIT 2016	40	67.5	75	82.5	90	
AS 2015	12.5	56.25	75	87.5	100	0.0196
AS 2016	50	75	87.5	100	100	
LAE 2015	0	66.65	100	100	100	0.1487
LAE 2016	33.3	100	100	100	100	
SM 2015	8	60	76	84	100	0.0463
SM 2016	32	74	80	88	100	

CF: Capacidade funcional; LAF: Limitação por aspectos físicos; EGS: Estado geral de saúde; Vit.: Vitalidade; AS: Aspectos sociais; LAE: Limitação por aspectos emocionais; SM: Saúde mental.

Tabela 2 - Custos anuais correspondentes ao acompanhamento de pacientes portadores de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis de acordo com as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Especialidades

Doença(s) de base (grupos)	Custo diretriz/paciente (R\$)	nº pacientes por categoria	Custo diretriz/grupo (R\$)
Dislipidemia	349,12	7	2.443,84
HAS	893,7	3	2.681,1
DM	528,99	0	0
HAS e DM	1.422,7	1	1.422,7
HAS e dislipidemia	1.242,8	6	7.456,8
HAS, DM e dislipidemia	1.771,8	3	5.315,4
<i>Média ponderada</i>			<i>965,99</i>

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo (n=20) é pequena frente ao universo (n=121) de pacientes participantes do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” do projeto “Viver Bem”, uma vez que o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida e os custos no mesmo grupo de pacientes com as DCNTs determinadas pelos critérios de inclusão. Trata-se de uma amostra homogênea, uma vez que é composta predominantemente de mulheres (85%). O fato de as mulheres cuidarem mais da saúde de forma preventiva possibilita a descoberta e o tratamento precoces de doenças crônicas.⁷

Neste estudo a média de idade foi de 66,1 anos. A epidemiologia do envelhecimento demonstra que populações mais envelhecidas têm alta prevalência

de doenças crônicas⁸, sendo a idade, então, um fator de risco não modificável.⁹

A maioria dos pacientes estudados alegou renda familiar de um a cinco salários mínimos. Essa é a faixa de renda com maior número de beneficiários de planos de saúde, segundo o Instituto de Estudos da Saúde Suplementar¹⁰.

Associação de mais de uma doença crônica em um mesmo paciente se dá, principalmente, por serem doenças que têm fatores de riscos em comum, sejam eles modificáveis, oriundos de maus hábitos de vida; e não modificáveis, como hereditariedade, sexo e etnia.^{11,12}

Para avaliação da qualidade de vida desses pacientes, foi utilizado o questionário SF-36, que é um instrumento multidimensional composto de 36 itens que fornecem pontuação em oito domínios ou esca-

las da qualidade de vida que podem ser agrupadas em dois componentes: saúde física e saúde mental. Os domínios que correspondem ao componente físico são: capacidade funcional (CF), aspectos físicos (AF), dor (D) e estado geral de saúde (EGS); e os que correspondem ao componente mental são: vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM).^{12,13}

Por meio da aplicação do questionário SF-36 foi feita uma análise dos principais domínios de qualidade de vida para cada paciente incluído na amostra.

Após a avaliação dos dados obtidos, constatou-se que, dos oito parâmetros avaliados pelo questionário, três apresentaram significância estatística ($p < 0,05$). Os outros cinco parâmetros, mesmo tendo como resultado final valores absolutos referentes ao ano de 2016 superiores aos valores obtidos no ano de 2015, não obtiveram significância.

Os domínios capacidade funcional; aspecto físico; estado geral de saúde; vitalidade; e aspecto emocional obtiveram valores de p superiores a 0,05. Apesar da constatação de melhora desses parâmetros em valores absolutos mediante intervenção multidisciplinar no período de tempo avaliado, não houve significância estatística.

Esse resultado corrobora o estudo de Maggi *et al.*¹⁴, que afirmam que as intervenções multidisciplinares como forma de restabelecimento da saúde de pessoas portadoras de doenças crônicas são necessárias. Contudo, necessitam de um período de intervenção maior para que se alcance resultados mais favoráveis em relação à qualidade de vida.

Dos domínios que apresentaram significância estatística, o domínio aspectos sociais apresentou valor de $p = 0,0196$. Esse dado sugere que o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes participantes do “Programa de Acompanhamento de Crônicos” do projeto “Viver Bem” da cooperativa de saúde Unimed Barbacena-MG foi eficaz na redução do impacto que distúrbios físicos e emocionais têm sobre as atividades sociais normais de cada indivíduo.

Sabe-se que a procura por serviços de atendimento multidisciplinar se dá, principalmente, por razões de âmbito físico e mental. Idosos portadores de diversas doenças e, por consequência, de limitações veem o programa como uma alternativa à prática de exercícios físicos fundamentais ao manejo de suas enfermidades e, além disso, como uma forma de convívio.¹⁵

Outro domínio a apresentar significância estatística foi a saúde mental, cujo valor de p foi de 0,0463.

Os grupos de abordagem multidisciplinar adquirem o sentido de inclusão e interação social, promovendo resgate da autonomia, melhora da autoestima e aumento da satisfação com a vida¹⁵, a tal passo que justificaria a relevância obtida no domínio.

Em relação ao domínio dor, o valor de p foi igual a 0,0135. Condições crônicas que levam ao surgimento ou ao agravamento de quadros algícos são os principais fatores que provocam grande comprometimento na qualidade de vida, levando a incapacidades temporárias ou até mesmo permanentes. Sendo assim, uma melhora nesse quadro tem como consequência a recuperação da capacidade funcional, que por sua vez contribui para o aumento da qualidade de vida.¹⁶

No que se refere à comparação dos custos dos pacientes nos dois períodos de um ano avaliados (2014 e 2015) com os custos calculados de acordo com as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Especialidades para acompanhamento da(s) doença(s) de base também no período de um ano, inferiu-se que as consultas médicas e os exames complementares realizados pelos pacientes custaram menos para a Unimed Barbacena-MG. A diferença foi estatisticamente significativa em ambas as comparações.

Em estudo, Costa e Hyeda¹⁷ analisaram, pelo período de 20 meses, dois grupos com DCNT: aqueles que optaram por participar de um programa com plano de cuidado multidisciplinar e aqueles que não optaram por participar. O grupo que participou contribuiu para redução absoluta de 31,94% no total dos custos de saúde em relação ao grupo não participante do programa.

Embora Costa e Hyeda¹⁷ tenham comparado os custos de um grupo intervenção em relação a um grupo-controle, utilizando metodologia distinta deste estudo em discussão, demonstraram resultados semelhantes no que diz respeito à redução dos custos para acompanhamento de DCNT em pacientes que participam de programas com plano de cuidado multidisciplinar.

Alves *et al.*¹⁸ realizaram estudo descritivo avaliando o perfil de utilização de serviços de saúde (consultas ambulatoriais; serviços de apoio à diagnose e terapia; internações) por beneficiários cadastrados em programas de promoção da saúde e prevenção de doença cardiovascular e os correspondentes custos na prestação da assistência à saúde, no período de 2004 a 2007. A redução do número total de consultas e da média por beneficiário cadastrado, assim como a redução do custo médio *per capita*, apresentou forte associação estatística. Atribuíram esses resultados a um acompanhamento mais pró-

ximo e programado da assistência. Assim, à medida que esses indivíduos obtêm um perfil de saúde e dos fatores de risco para dentro dos parâmetros de normalidade, diminui-se o número necessário de consultas durante o ano.

Esses achados podem ser extrapolados para este estudo em discussão, de modo que o acompanhamento contínuo de pacientes com DCNT em programas com plano de cuidado multidisciplinar permite que se controle a evolução da doença, reduzindo o número de intervenções necessárias e minimizando a instalação de complicações indesejáveis, que constituem grande parte dos custos em saúde.

As operadoras de saúde têm assumido papel cada vez mais importante na promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que buscam, por meio de modelos de atenção continuada, abordar a assistência de forma integral e mais próxima ao paciente.

CONCLUSÕES

Este estudo propõe-se a contribuir para minimizar a escassez de informações na literatura atual no que se refere à avaliação de programas de prevenção e promoção da saúde baseado em um plano de cuidado multidisciplinar na saúde suplementar.

A avaliação da qualidade de vida dos pacientes ocorreu em curto espaço de tempo e, como já abordado, os resultados são mais favoráveis quando o período de análise é maior. No entanto, as conclusões em relação à qualidade de vida obtidas neste estudo são vantajosas e promissoras, de modo que podem, sem dúvidas, nortear a ampliação da oferta de programas de prevenção e promoção da saúde para pacientes portadores de DCNT na saúde suplementar.

Ademais, a avaliação dos custos baseando-se na comparação com as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Especialidades para acompanhamento da doença de base é inovador e relevante. Embora no cotidiano o paciente seja abordado individualmente, de acordo com o seu perfil de saúde e com as experiências clínicas dos profissionais, as diretrizes têm por finalidade orientar as condutas médicas. Logo, tornam-se parâmetros passíveis de confrontação com o que é realizado na prática.

Em vista dos argumentos apresentados e dos resultados obtidos neste estudo, o acompanhamento de pacientes com DCNT por um plano de cuidado multidisciplinar oferece melhora nos resultados em

termos de controle da evolução da doença de base, bem como benefício na qualidade de vida.

Nesse contexto, a prática de cuidado pode, como consequência, resultar em redução de eventos e custos em saúde. Recomenda-se, portanto, o investimento, por parte da saúde suplementar, em programas que visam à prevenção de doenças e complicações e à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(2):833-40.
2. Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. 3ª ed. Brasília: IPEA; 2002.
3. Ministério da Saúde (BR). A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(supl.1):1-51.
5. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015. [citado em 2016 dez. 23]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(supl. 1):1-17.
7. Costa Junior FM, Maia ACB. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. *Psic Teor Pesq*. 2009;25:55-63.
8. Ramos LR. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *Bol Inst Saúde*. 2009;(47):1-2.
9. Daudt CVG. Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
10. Novais M, Burri CM. Perfil dos beneficiários de planos e SUS e o acesso a serviços de saúde. *IESS*. 2010;1:1-14.
11. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(4):833-40.
12. Brischiliari SCR, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. *Rev Bras Cardiol*. 2014;27(1):531-8.
13. Suzano DS, Almeida MCS, Massa LDB, Wegert M. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. *Saúde em Redes*. 2016;2(1):53-63.
14. Maggi RM, Oliveira G, Alves GM, Ronsani MM, Farias JM. Resultados de uma intervenção multidisciplinar sobre a composição corporal de portadores de doenças crônicas atendidos por uma

- Unidade Básica de Saúde. Rev Prog Residência Multiprof Atenção Básica. 2013;1(2):71-9.
15. Wichmann FMA, Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013;16(4):821-32.
 16. Capela C, Marques II AP, Assumpção III A, Sauerl JF, Cavalcante AB, Chalot SD. Associação da qualidade de vida com dor, ansiedade e depressão. Fisioter Pesq. 2009;16(3):263-8.
 17. Costa ESM, Hyeda A. Chronic case management: clinical governance with cost reductions. Rev Assoc Med Bras. 2016;62(3):231-5.
 18. Alves DC, Uga MAD, Portela MC. Promoção da saúde, prevenção de doenças e utilização de serviços: avaliação das ações de uma operadora de plano de saúde brasileira. Cad Saúde Coletiva. 2016;24(2):153-61.
-