
MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA: INSERÇÃO DE UMA TEORIA DE ENFERMAGEM

Luciana Gomes Furtado¹, Maria Miriam Lima da Nóbrega²

¹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: lugofurtado@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria. Docente do PPGENF/UFPB. Pesquisadora CNPq. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

RESUMO: Na efetivação do Modelo de Cuidados na Doença Crônica, o enfermeiro tem sido apontado como a chave para a sua implementação. O presente estudo apresenta uma reflexão teórica que objetiva refletir sobre a inserção de uma teoria de enfermagem no Modelo de Cuidados na Doença Crônica. Tal reflexão emerge de um projeto de tese, no contexto de um hospital universitário que é referência para o atendimento a pacientes com diabetes na atenção especializada e hospitalar. Nessa proposta, são relacionados quatro elementos do modelo para a organização do cuidado de enfermagem a essa clientela, associados com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta. Considera-se que utilizar o Modelo de Cuidados na Doença Crônica associado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, poderá favorecer a prática de enfermagem a essa clientela, evidenciando os elementos da prática e, conseqüentemente, a visibilidade das competências e das atividades da prática do enfermeiro na atenção às doenças crônicas.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem. Teoria de enfermagem. Doença crônica. Diabetes mellitus.

MODEL OF CARE IN CHRONIC DISEASE INCLUSION OF A THEORY OF NURSING

ABSTRACT: In implementing the Chronic Care Model, the nurse has been indicated as key. The present study gives a theoretical reflection which aims to reflect on the integration of a theory of nursing into the Chronic Care Model. This reflection originates from a thesis project, in the context of a University Hospital which is a benchmark in the attendance of patients with diabetes, in specialized and hospital care. This proposal relates four elements of the model for organizing the nursing care for this clientele, associated with Horta's Basic Human Needs Theory. It is considered that using the Chronic Care Model, associated with Horta's Basic Human Needs Theory, can advance nursing practice with this clientele, evidencing the practice's elements and, consequently, evidencing the visibility of the nurse's competences and practice activities in care for the chronic illnesses.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing theory. Chronic illness. Diabetes mellitus.

MODELO DE ATENCIÓN EN LA ENFERMEDAD CRÓNICA: LA INCLUSIÓN DE UNA TEORÍA DE ENFERMERÍA

RESUMEN: En la realización del Modelo de cuidados de enfermedades crónicas, la enfermera ha sido considerada como la clave para su implementación. Por lo tanto, este estudio presenta una reflexión teórica que tiene como objetivo reflexionar sobre la inserción de una teoría de enfermería en el Modelo de cuidados de enfermedades crónicas. Esta reflexión surge de un proyecto de tesis en el contexto de un hospital universitario que es un referente para el cuidado de la diabetes en el hospital y la atención especializada. En esta propuesta, se relacionan con los cuatro elementos del modelo de organización de la atención de enfermería a estos clientes asociados con la Teoría de las Necesidades humanas básicas Horta. Se considera que el uso del Modelo de cuidados de enfermedades crónicas asociadas con la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas Horta puede favorecer la práctica de la enfermería a esta clientela destacando los elementos de la práctica y por lo tanto la visibilidad de las actividades y competencias de la práctica de enfermería en la atención de las enfermedades crónicas.

DESCRIPTORIOS: Enfermería. Teoría de enfermería. Enfermedad crónica. Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

Neste início de século, as doenças crônicas têm aparecido, nos cenários mundial e nacional, como responsáveis pelo aumento massivo nos perfis de mortalidade e incapacidades funcionais, provocado por inúmeros fatores, que incluem urbanização, globalização econômica, medidas políticas e sociais, questões de injustiça social, bem como o envelhecimento populacional.¹

Tal situação faz emergir a necessidade de mudar a gestão da doença crônica, a partir de novos modelos assistenciais, como o Modelo de Atenção Crônica ou Modelo de Cuidados na Doença Crônica. Essas traduções foram apresentadas na literatura para se referir ao *Chronic Care Model* (CCM); o Quadro de Referência de Cuidados Inovadores para os Quadros Crônicos (*Innovative Care for Chronic Conditions*, ICCC); o Modelo da Pirâmide de Risco; e o Modelo de Determinação Social da Saúde, de Dahlgren e Whitehead.¹⁻²

Entre esses modelos, destaca-se o Modelo de Cuidados na Doença Crônica, o CCM, desenvolvido por Wagner e colaboradores no *MacColl Institute for Health Innovation* de Seattle, Estados Unidos da América (EUA), como o mais apropriado para o cuidado com as doenças crônicas, por ter sido validado e estar sendo utilizado em mais de dez países.³ Ressalta-se, ainda, o fato de esse modelo constituir-se em um esquema básico, mas abrangente, para organizar a atenção às doenças crônicas e cumprir o requisito de se basear em dados cientificamente comprovados, na perspectiva populacional e centrados nos usuários.⁴

O CCM foi idealizado com o fim de ser uma solução multidimensional para um problema complexo, que conta com uma equipe de profissionais motivada, entre eles, o enfermeiro, que assume um papel fundamental por estar na linha de frente da prática em termos de proporcionar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os clientes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para otimizar a prestação de cuidados; como, também, apoiar a adesão a terapêuticas em longo prazo e promover a prática colaborativa.¹

Nessa perspectiva da complexidade das doenças crônicas, ganham ênfase as ações educativas para o autocuidado, devendo a equipe de profissionais apresentar conhecimentos (fisiopatologia, nutrição, atividade física e cuidados específicos), habilidades (saber ouvir, comunicar-se,

liderar, avaliar e trabalhar em equipe) e atitudes (empatia, acolher, motivar, flexibilidade, criatividade e iniciativa) voltados para a organização e planejamento de tais práticas.⁵

Diante da possibilidade de aplicação em qualquer condição crônica, selecionou-se este modelo para redesenhar o cuidado de enfermagem à clientela com diabetes atendidas na atenção especializada, por esta ser uma prioridade nos sistemas de saúde, como também ser referência no local de trabalho de uma das autoras.

Dessa forma, este estudo tem o objetivo de refletir sobre as implicações da inserção de uma teoria de enfermagem no CCM, aplicado ao cuidado às pessoas com diabetes, atendidas no setor de ambulatório de endocrinologia de um hospital de ensino, de forma a contribuir com uma melhor efetividade da assistência de enfermagem a esta clientela específica.

As reflexões deste artigo emergem do projeto de tese de doutorado em curso, e cujo objeto de investigação é a construção de um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem CIPE® para clientes portadores de Diabetes Mellitus na atenção especializada, como instrumento facilitador para a sistematização da assistência de enfermagem a eles direcionada. Apresenta-se, inicialmente, a temática do Modelo de Cuidados na Doença Crônica, sua origem de desenvolvimento, componentes, avaliação e aplicação; em seguida, o papel da enfermagem, com suas atividades e competências; e, por fim, uma proposta de inserção de uma teoria de enfermagem no Modelo de Cuidados na Doença Crônica.

MODELO DE CUIDADOS NA DOENÇA CRÔNICA

O CCM foi desenvolvido por meio de uma ampla revisão de literatura internacional sobre a gestão das doenças crônicas, como resposta para as situações de saúde de alta prevalência de condições crônicas e da falência dos sistemas de atenção à saúde nos EUA. Seus autores acreditam que, a partir desse modelo, as pessoas podem ser mais bem atendidas, podem viver mais saudavelmente e, paralelamente, os custos da atenção à saúde podem ser diminuídos com a mudança radical do modelo de atenção à saúde.²

O CCM é composto de seis elementos (Figura 1), subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas

na organização da atenção à saúde, no desenho da linha de cuidado, no apoio a decisões clínicas, nos sistemas de informação clínica e no apoio ao autocuidado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com

os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.⁶

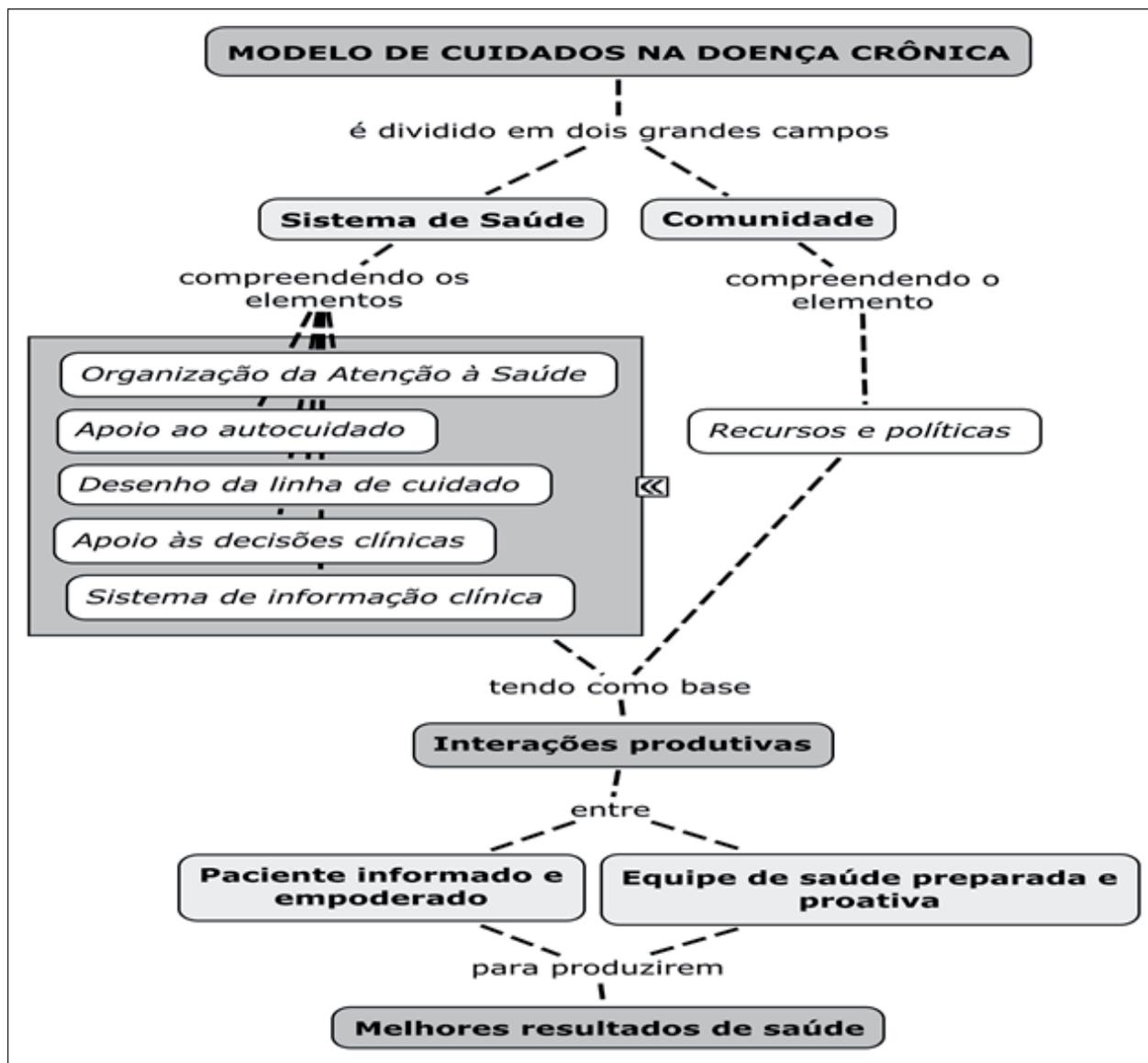


Figura 1 - Modelo de cuidados na doença crônica

Para implementar o CCM, em sua totalidade ou parcialmente, é preciso conhecer o que demanda a utilização de cada elemento, considerando-se as mudanças que são requeridas para cada um. Na Organização de atenção à saúde, as mudanças objetivam, criar a cultura, a organização e os mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade; no Desenho da linha de cuidado: assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente e um Apoio ao autocuidado; no Apoio às decisões

clínicas: promover uma atenção à saúde que seja consistente com as evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias; no Sistema de informação clínica: organizar os dados da população e das pessoas usuárias, para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva; no Apoio ao autocuidado: preparar e empoderar as pessoas para que autogerenciem sua saúde e a atenção prestada; e nos Recursos e políticas: mobilizar esses recursos para atender às necessidades das pessoas usuárias.²

Quanto à avaliação do CCM, há evidências, na literatura internacional, sobre seus efeitos positivos na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente. Apesar de ter sido desenvolvida, aplicada e avaliada nos EUA, a proposta original do CCM foi adaptada em vários países e situações e gerou uma série de modelos derivados em países em desenvolvimento e nos desenvolvidos.^{2,4}

Esse modelo encontra um ambiente melhor de desenvolvimento em sistemas de atenção à saúde pública e universal. Aqui no Brasil são utilizados, parcialmente, como parte de experiências inovadoras de cuidados de condições crônicas no Sistema Único de Saúde (SUS) em alguns municípios, acolhido pelo Ministério da Saúde no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das condições crônicas não transmissíveis (DCNT) 2011-2022, como também servir de base para o desenvolvimento de novo modelo aplicável ao sistema público de saúde brasileiro, denominado de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).²

PAPEL DO ENFERMEIRO NO MODELO DE CUIDADOS NA DOENÇA CRÔNICA

Os enfermeiros têm sido vistos como líderes em cuidados crônicos, especificamente na

participação no CCM, em cuja essência apresenta interações produtivas entre a equipe e o paciente. Experiências têm evidenciado que, quando esse profissional assume o papel central em suas relações com o paciente diabético, seus níveis de hemoglobina glicada reduzem significativamente, ele passa a precisar menos do hospital, e o índice de mortalidade e de incidência de eventos adversos (infarto do miocárdio, angina, doença renal) diminui, por melhorar comportamentos saudáveis através de consultas de enfermagem planejadas.⁷

Acredita-se que esses resultados positivos se devem ao fato de haver um processo de comunicação bem melhor entre o enfermeiro e o paciente, à natureza de sua educação e de seu papel, posto que esse profissional utiliza estratégias, como a abordagem de temas mais abrangentes, não se restringindo apenas: ao tratamento e à dieta; à liderança do cliente na discussão de mudança de comportamentos; e à inserção do cuidado compartilhado para a gestão da diabetes.⁷

No quadro 1 foram descritas as atividades do enfermeiro para atuar no CCM, especificamente para cada elemento do modelo, pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), que aponta os enfermeiros como elementos-chave para a sua execução, porquanto participam de uma equipe de cuidados centrados no doente.

Quadro 1 - Modelo de cuidados na doença crônica e as atividades dos enfermeiros

(Continua)

Elementos do MAC	Atividades do enfermeiro
Apoio ao autocuidado	- Envolver os clientes como parceiros ativos na gestão da doença. - Proporcionar informação e educação aos clientes e público em geral. - Facilitar o autocuidado e a gestão pelo cliente. - Desenvolver relações com os doentes e os cuidadores.
Desenho da linha de cuidado	- Liderar na prevenção, rastreamento, avaliação, diagnóstico. - Passar dos cuidados reativos para os cuidados planejados. - Utilizar uma abordagem em equipe e prática colaborativa. - Fazer o rastreamento de grupos de alto risco. - Coordenar o cuidado de clientes com necessidades complexas.
Apoio às decisões clínicas	- Fazer um uso sistemático de instrumentos de avaliação e diagnóstico. - Usar protocolos baseados na evidência e linhas de orientação para a prática clínica. - Coordenar o encaminhamento para especialistas.
Sistema de informação clínica	- Comunicar efetivamente e gerir apropriadamente a informação. - Usar novas tecnologias. - Monitorar e avaliar os cuidados e o tratamento. - Colocar o foco na melhoria do cuidado.
Recursos e políticas	- Criar ligações fortes com entidades existentes na comunidade. - Incentivar os clientes a participar em programas eficazes.

(Continuação)

Organização da atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometer-se a apoiar o desenvolvimento estratégico da infraestrutura de cuidados planejados. - Adotar papéis de liderança apropriados nas organizações e entre organizações. - Desenvolver acordos para a coordenação dos cuidados. - Usar e gerir os recursos de forma custo-efetiva. - Contribuir para a realização de políticas, planejamento e gestão de serviços.
--------------------------------	---

Fonte: CIE¹.

Para tanto, é crucial que esses profissionais adquiram competências específicas para prevenir e gerir a doença crônica, e assim contribuir com todo o seu potencial. Tais competências se encontram numa publicação do CIE, denominada *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*. Entre as nove, destacam-se: participar em atividades relacionadas com a melhoria do acesso ao leque de serviços de saúde efetivos; respeitar o direito do cliente à informação, escolha e autodeterminação na enfermagem e nos cuidados de saúde; demonstrar integridade profissional, honorabilidade e conduta ética em resposta às estratégias de marketing da indústria ao prescrever fármacos e outros produtos, entre outras.¹ Não obstante, o CIE apontar as atividades e competências para o enfermeiro empregar na prática, evidencia-se que falta um modelo teórico de enfermagem que direcione a assistência nessa área.

PROPOSTA DE INSERÇÃO DE UMA TEORIA DE ENFERMAGEM NO MODELO DE CUIDADOS NA DOENÇA CRÔNICA

A proposta foi percebida quando foi estruturado o projeto de construção de um subconjunto terminológico da CIPE[®] para portadores de Diabetes *Mellitus* na atenção especializada, para o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), que se destaca como referência no cuidado ao paciente diabético. Pretende-se que este subconjunto constitua um instrumento de referência de cuidado de fácil acesso, para melhorar a documentação dos cuidados de enfermagem e promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde no referido setor clínico. Os referenciais teóricos selecionados para o estudo foram o CCM e a Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

A escolha pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas justifica-se por ser o modelo teórico que embasa o projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do HULW/UFPB. Também por compreender que, para uma assistência de enfermagem adequada e indivi-

dualizada, é necessária a adoção do processo de enfermagem, baseado em uma teoria específica, que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado.

Nessa direção, a proposta de cuidado, neste estudo, foi organizada contemplando-se quatro elementos do CCM (Figura 2), a saber: apoio a pessoa com diabetes para o autocuidado; estruturação de linha de cuidado para a pessoa com diabetes, sistema de informação clínica sobre a pessoa com diabetes e apoio à decisão clínica sobre a pessoa com diabetes.

A seleção por meio desses quatro elementos levou em consideração as recomendações propostas em recente avaliação do CCM, em que as evidências sugerem que as práticas sejam redesenhadas, de acordo com as diversas doenças crônicas, considerando-se as especificidades de cada local de cuidado.⁸

Assim, para que a gestão da atenção à pessoa com diabetes no ambulatório de endocrinologia do HULW/UFPB tenha uma assistência de enfermagem planejada de acordo com as necessidades humanas básicas, permitindo alcançar resultados positivos nas interações produtivas entre enfermeiro e cliente, foram propostas algumas mudanças nos elementos selecionados do CCM. Tais mudanças objetivaram apoiar o processo de enfermagem, compreendido como instrumento teórico-metodológico que norteia o planejamento do cuidado de enfermagem.

No elemento apoio à pessoa com diabetes para o autocuidado serão identificadas as necessidades humanas básicas que subsidiarão as mudanças para o apoio do autocuidado para as pessoas com diabetes, por meio da utilização das três primeiras etapas do processo de enfermagem: histórico de enfermagem (identificação dos problemas); diagnósticos de enfermagem (identificação das necessidades do ser humano); e plano assistencial (determinação da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido). Justifica-se

a correlação da teoria a este elemento tendo em vista que a enfermagem consiste na ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.⁹ Também foi levando em conside-

ração, nesta correlação, a realidade presente no referido setor de endocrinologia, onde a consulta de enfermagem não é sistematizada, sendo a educação em saúde trabalhada em etapas isoladas (medicação, dieta, exercício físico, cuidado com os pés), por consultas sequenciadas (informação verbal), sem fundamentação em um modelo ou teoria de enfermagem.

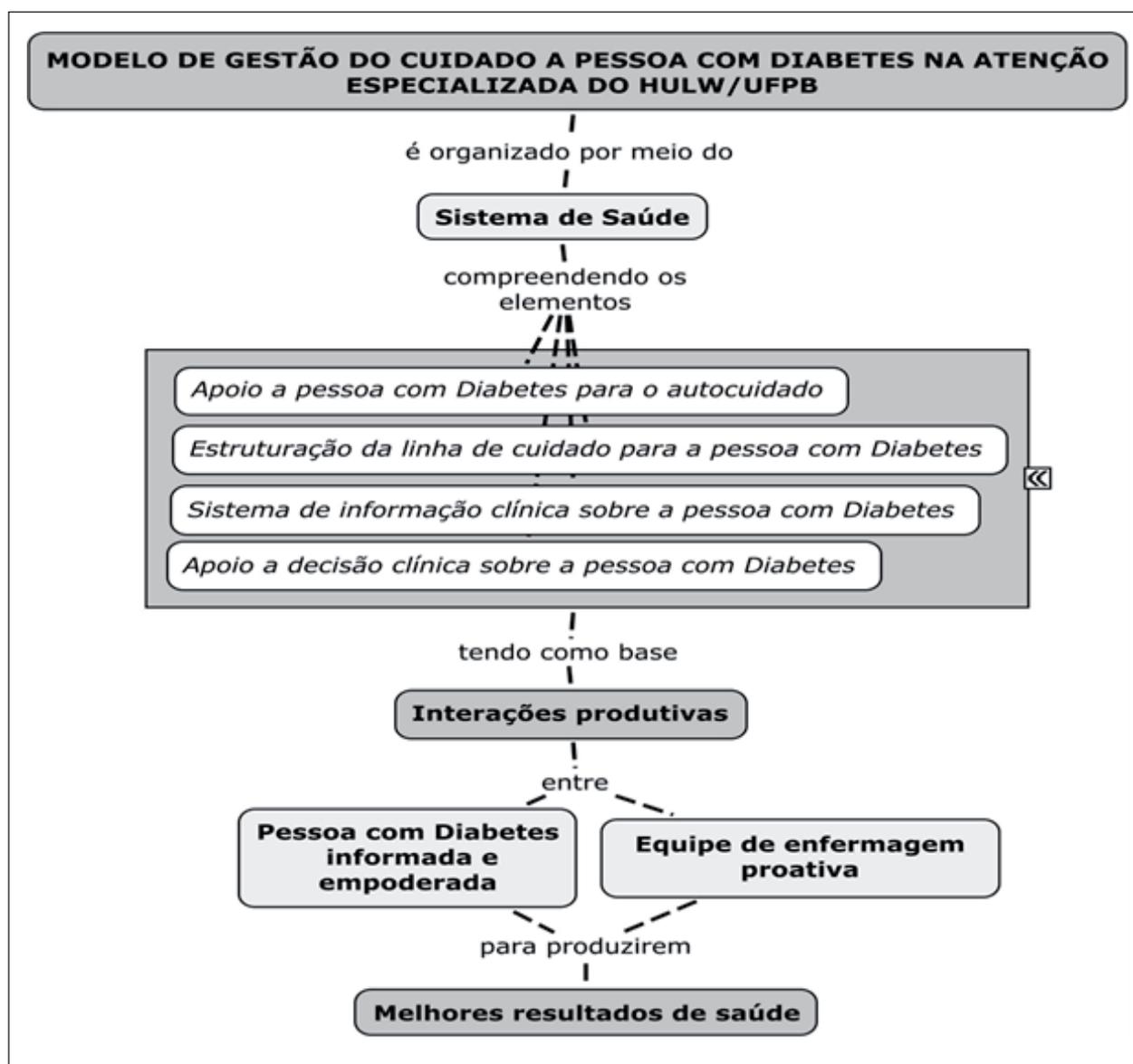


Figura 2 - Modelo de gestão do cuidado a pessoa com diabetes na atenção especializada do HULW/UFPB

Sendo assim, acredita-se que realizando tais mudanças, baseadas na Teoria das Necessidades Humanas, será possível sensibilizar as pessoas com diabetes de que precisam fazer alterações em seu estilo de vida, capacitá-los a problematizar sobre sua condição, a não se acomodar e de fazê-los

acreditar que podem mudar sua realidade. Tais comportamentos de autocuidado são voltados para a atividade física, a alimentação saudável, a monitorização da glicemia, a medicação, a resolução de problemas, o enfrentamento saudável e a redução de riscos.

O segundo elemento refere-se ao sistema de informação clínica sobre a pessoa com diabetes. Nesse aspecto, é fundamental que as informações dos prontuários clínicos sejam organizadas e sistematizadas, de forma a possibilitarem sua inserção nos sistemas de informação em saúde, possibilitando a documentação da prática de enfermagem no que se referem às etapas do processo de enfermagem. Essa documentação acontece na consulta de enfermagem, nas etapas de histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem (implementação do plano assistencial) e evolução de enfermagem (relato das mudanças sucessivas ocorridas no paciente sob assistência).

Para apoiar essa informação organizada e sistematizada da documentação de enfermagem, deve-se empregar um sistema de informação em enfermagem, nesta pesquisa escolheu-se a CIPE®, por ser uma terminologia que representa a enfermagem mundialmente, proporcionando dados à representação da prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde.

No contexto atual, não é utilizado nenhum sistema de informação em enfermagem para documentar a prática do enfermeiro nas consultas às pessoas com diabetes, no HULW/UFPB. Este fato não possibilita uma representação da prática de enfermagem de forma sistematizada, comprometendo a visibilidade da atuação de enfermagem no contexto do cuidado prestado às pessoas com diabetes, como também na comunicação dos enfermeiros dos diversos setores do hospital que atende essa clientela.

O terceiro elemento refere-se ao apoio à decisão clínica sobre a pessoa com diabetes, o qual será direcionado com a aplicação do processo de enfermagem, especificamente quando o enfermeiro desenvolve o raciocínio clínico, para identificar os diagnósticos de enfermagem; e o raciocínio terapêutico, quando traça o planejamento e implementa as prescrições de enfermagem. O objetivo consiste em promover um cuidado individualizado e holístico, a partir da identificação das necessidades da pessoa com diabetes, fundamentada em conhecimento científico.

Dessa maneira, para se garantir uma maior confiabilidade e direcionamento na tomada de decisão do enfermeiro no cuidado a essa clientela específica, espera-se que seja utilizado o subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes, na atenção especializada, como referencial do cuidado. Neste subconjunto, os

enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem serão baseados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta, apoiando a implementação do processo de enfermagem em suas diversas etapas. Reafirma-se que os subconjuntos ou catálogos constituem um conjunto de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para um grupo de clientes ou prioridade de saúde selecionada, devendo, na sua estruturação estarem apoiados em um referencial teórico. O CIE propôs o desenvolvimento desses subconjuntos com base na CIPE®, como uma estratégia de fortalecer a expansão do uso desta classificação no âmbito mundial, contribuindo assim com a unificação da linguagem de enfermagem e, conseqüentemente, com o aumento da visibilidade da profissão nos diferentes cenários clínicos.¹⁰

O quarto elemento, compreendido pela estruturação da linha de cuidado para a pessoa com diabetes é direcionada para que haja uma integração entre os três níveis de atenção à saúde, que garante o movimento de referência e de contrarreferência entre os pacientes que são encaminhados via Estratégia Saúde da Família para o ambulatório de endocrinologia e para a clínica médica (setor de endocrinologia), ambos do HULW/UFPB, para que esses clientes sejam mais bem gerenciados, e as complicações advindas dessa doença sejam minimizadas.

Diante do exposto, acredita-se que as implicações da inserção de uma teoria de enfermagem no CCM poderá trazer resultados positivos, uma vez que possibilitará um efetivo cuidado com as doenças crônicas, destacando-se a individualização do cuidado¹¹ de acordo com a necessidade da pessoa com diabetes.

Reiterando-se os dados acima, atrelados ao fato de que o CCM ser utilizado por todos os membros da equipe de saúde, sua aplicabilidade pela enfermagem, a partir de uma teoria específica, poderá fomentar novos conhecimentos no aperfeiçoamento da profissão na atenção aos cuidados crônicos, uma vez que as teorias de enfermagem foram concebidas com o intuito de organizar e sistematizar as questões que permeiam as atividades profissionais e gerar conhecimentos que as apoiem e subsidiem a própria prática.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão desenvolvida neste estudo possibilitou uma compreensão do CCM e da inserção

de uma teoria de enfermagem, com a finalidade futura de utilização de seus elementos, de forma multidimensional ou singular, para reestruturar o processo de cuidar em enfermagem à pessoa com diabetes, atendida no ambulatório de endocrinologia do HULW/UFPB.

Nesse processo de reestruturação do processo de cuidar em enfermagem, é relevante o papel do enfermeiro, que precisa refletir sobre a necessidade de incrementar a sua prática nos cuidados crônicos, com ferramentas que norteiem a prática de enfermagem de forma segura, organizada e competente, em que se destaca a utilização do processo de enfermagem, baseada em um modelo teórico, apropriado por meio da sistematização da assistência de enfermagem.

Assim, com base na proposta apresentada, considera-se que utilizar o CCM associado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta poderá favorecer a prática de enfermagem a essa clientela e evidenciar os elementos da prática (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) e, conseqüentemente, a visibilidade das competências e das atividades da prática do enfermeiro na atenção às doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crônica. Portugal (PT): Ordem dos Enfermeiros; 2010.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Organização Pan-americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão e diabetes. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
4. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Ordunez P, Tasca R, Sued O. Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde. Washington, DC: OPAS; 2012.
5. Santos L, Torres HC. Práticas educativas em Diabetes Mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. Texto Contexto Enferm [online]. 2012 [acesso 2013 Mai 30]; 21(3):574-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a12.pdf>
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2010 [acesso 2012 Abr 05]; 15(5):2297-305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
7. Bodenheimer T, Mac Gregor K, Stothart N. Nurses as leaders in chronic care: their role is pivotal in improving care for chronic diseases. BMJ [online]. 2005 [cited 2012 Abr 06]; (330):612-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC554894/>
8. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millenium. Health Affairs [online]. 2009 [cited 2012 Abr 06]; 28(1):75-85. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.long>
9. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011.
10. Coenen A, Kim TY. Development of terminology subsets using ICNP®. Int J Med Inform [online]. 2010 [Cited 2012 Abr 25]; 79(7):530-8. Available from: <http://dx.doi.org.ez15.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.ijmedinf.2010.03.005>
11. Wagner EH, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs [online]. 2001 [cited 2012 Abr 06]; 20(6):64-78. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/20/6/64.long>
12. Rosa LM, Sebold LF, Arzuaga MA, Santos VEP, Radünz V. Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. Rev Enferm UERJ [online]. 2010 [acesso 2012 Abr 06]; 18(1):120-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf>