

Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model¹

Líliam Barbosa Silva²

Sônia Maria Soares³

Patrícia Aparecida Barbosa Silva⁴

Joseph Fabiano Guimarães Santos⁵

Lívia Carvalho Viana Miranda⁶

Raquel Melgaço Santos⁷

Objetivos: avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde (APS) segundo o Chronic Care Model (CCM) e identificar associações com resultados do cuidado. Método: estudo transversal envolvendo 105 idosos com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. Para avaliação da qualidade do cuidado, utilizou-se o questionário Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) cujo escore total foi comparado com resultados do cuidado que incluiu parâmetros bioquímicos, índice de massa corporal, níveis pressóricos e qualidade de vida. A análise dos dados baseou-se em estatística descritiva e regressão logística múltipla. Resultados: houve predomínio do sexo feminino e mediana de idade de 72 anos. A pontuação mediana do PACIC foi de 1,55 (IQ 1,30-2,20). Entre as dimensões do PACIC, o “Modelo de atenção/tomada de decisão” foi a que apresentou melhor resultado. Não houve diferença estatística entre as medianas do escore total do PACIC e resultados do cuidado individualmente. Entretanto, quando avaliada a boa qualidade de vida e satisfação com a saúde simultaneamente, observou-se diferença estatística entre os valores das medianas. Conclusão: constataram-se baixos escores do PACIC, indicando que o cuidado crônico segundo o CCM na APS parece ainda distante de seus pressupostos.

Descritores: Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Autocuidado; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde); Diabetes Mellitus; Hipertensão.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado “Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde”, apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.








⁴ PhD.

⁵ PhD, Médico, Hospital Governador Israel Pinheiro, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁶ MSc, Enfermeira, Centro de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁷ Aluna do curso de graduação em enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar este artigo

Silva LB, Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Miranda LCV, Santos RM. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e2987. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>.  dia  mês  ano

URL

Introdução

O progressivo envelhecimento populacional levou a um aumento das condições crônicas, com destaque para o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, principais causas primárias de doenças cardiovasculares no cenário mundial. Ambos foram responsáveis por 14,4 milhões de mortes em 2015 e 81,6 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (disability adjusted of years - DALY) no mundo⁽¹⁾. Falhas no manejo dessas condições crônicas contribuem para impactos negativos sobre a saúde da população, com aumento de complicações tardias, reinternações e diminuição da qualidade de vida, assim como sobrecarga econômica dos sistemas de saúde e da estrutura familiar⁽²⁾.

Diante desse cenário, constata-se que a magnitude dos problemas associados ao envelhecimento irá depender crucialmente se os anos a mais de vida alcançados pelas pessoas serão saudáveis ou de doenças e de dependência, o que traz desafios a serem superados pelo setor saúde na busca de um envelhecimento ativo e saudável⁽³⁾, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), considerada *locus* privilegiado para a operacionalização de ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Com vistas à manutenção da funcionalidade das pessoas idosas, é imprescindível otimizar o manejo das condições crônicas a partir de estratégias multidimensionais ancoradas no conceito de condições de saúde e com os referenciais teóricos relacionados ao cuidado centrado na pessoa⁽⁴⁻⁵⁾, o que nem sempre é observado. Estudos ainda evidenciam uma prática assistencial voltada a responder às condições e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa⁽⁶⁾, tornando-se entraves na consolidação da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo na APS⁽⁷⁻⁹⁾.

Para preencher essa lacuna, o modelo de atenção à saúde que se apresenta mais apropriado para nortear a prática é o Chronic Care Model (CCM)⁽¹⁰⁾. Esse modelo orienta a prestação de cuidados crônicos por meio de interações produtivas entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde pró-ativas e preparadas. Assim sendo, o CCM desafia o *status quo* de programas de saúde tradicionais e enfatiza a importância de repensar e redesenhar a prática clínica no nível primário de saúde.

Um dos instrumentos que mede a congruência dos cuidados prestados com o CCM na perspectiva do usuário é o questionário Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)⁽¹¹⁾, que consiste na Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas, em sua versão adaptada para a língua

portuguesa do Brasil⁽⁶⁾. O PACIC enfatiza interações ocorridas entre pessoas usuárias e equipes responsáveis pelo cuidado, especialmente aspectos do autocuidado apoiado; compreende na avaliação pelos usuários da frequência com que foram criadas, nos últimos seis meses, oportunidades para sua adesão ao tratamento, compreensão do modelo de atenção e suporte a sua participação na tomada de decisão sobre a condução do tratamento, definição de metas, apoio à resolução de problemas e contextualização do aconselhamento, além de sua percepção sobre a coordenação da atenção e acompanhamento pela equipe local⁽⁶⁾. Inclusive, esse questionário tem sido considerado sensível às mudanças de prestação de cuidados crônicos, associando-se a outras medidas de produtividade e melhorias do sistema, principalmente com desfechos clínicos e comportamentais⁽¹²⁻¹⁴⁾.

No Brasil, o PACIC foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa⁽⁶⁾, visto que o CCM também foi acolhido pelo Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ no "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 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.

Nesse sentido, ao considerar o atual movimento de reorganização dos serviços de saúde em torno dos cuidados crônicos, ainda não está claro em que medida a assistência às pessoas idosas com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial na APS se alinha aos pressupostos do Chronic Care Model na perspectiva do próprio idoso e qual é sua associação com resultados do cuidado prestado a esses indivíduos.

Apesar das discussões empreendidas até o momento, ainda são limitadas pesquisas que avaliam a qualidade do cuidado na perspectiva do próprio usuário, principalmente à pessoa idosa, o que justifica a realização deste estudo. Entretanto, a busca pela qualidade dos serviços de assistência em saúde no Brasil tem, nas últimas décadas, recebido grande destaque do Ministério da Saúde, com ênfase para a atenção ao indivíduo longo, tendo em vista a sua importância na adequação das políticas públicas às necessidades desse grupo etário. Inclusive, a reorientação dos serviços de saúde, com criação de uma cultura de cuidados crônicos, incluindo a atenção proativa baseada em evidências e estratégias de melhoria da qualidade, compõe uma das recomendações internacionais para a Região das Américas⁽¹⁶⁾.

Diante do exposto e partindo-se da hipótese de que as pessoas idosas com maiores pontuações no PACIC apresentem melhores resultados do cuidado, objetivou-se avaliar a qualidade do cuidado à pessoa

idosos com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde segundo o Chronic Care Model na perspectiva do próprio idoso. Especificamente, buscou-se identificar associações entre o escore total do PACIC e os resultados do cuidado na amostra estudada.

Método

Esta pesquisa de delineamento transversal faz parte da segunda etapa do estudo "Envelhecimento e Doença Renal" (en-DoRen), de base populacional, cujo objetivo geral na primeira etapa foi estimar a prevalência de doença renal crônica (DRC) não dialítica em pessoas idosas residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil⁽¹⁷⁾. A escolha desse distrito deveu-se ao fato de, na época da elaboração da primeira etapa do estudo, era o distrito que apresentava maior número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais (n=44.801).

A amostra da atual análise envolveu uma subamostra da primeira etapa do estudo en-DoRen, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: idade 60 anos ou mais; ser acompanhado por equipe de Saúde da Família atuante no Distrito Sanitário Noroeste por pelo menos um ano; diagnóstico de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial ou ambos autorreferidos ou confirmados pelo prontuário eletrônico; ter respondido ao questionário PACIC. Foram excluídos os idosos com comprometimento cognitivo severo (escore no Mini Exame do Estado Mental - MEEM \leq 9), na ausência de uma pessoa responsável que pudesse auxiliar nas respostas.

A base de dados do estudo en-DoRen identificou 143 usuários da APS. Desse total, 118 idosos apresentavam diagnóstico médico de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial ou ambos, sendo incluídos na atual análise. Houve uma perda de 13 pessoas por não terem respondido ao PACIC devido a óbito (n=4), mudança de endereço e tentativa de contato telefônico sem sucesso (n=3) e não encontrados no domicílio após três tentativas sem sucesso (n=6). Logo, a amostra deste estudo foi finalizada com 105 idosos.

Ressalta-se que tais perdas ocorreram em razão da cronologia diferente da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) entre as duas etapas do estudo en-DoRen: antes da liberação pelo COEP para o início da 2ª etapa, 54 idosos já tinham completado a primeira etapa, e, portanto, esses idosos tiveram que ser recontatados e convidados a responderem ao questionário PACIC posteriormente.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o método proposto por Lwanga e Lemeshow⁽¹⁸⁾ a fim de verificar se o n da subamostra do presente estudo é suficiente para avaliar a qualidade do cuidado prestado pelo nível

primário de atenção à saúde. Para tal, considerou-se a média da prevalência de boa qualidade do cuidado na APS de 39,7%⁽¹⁹⁻²²⁾, precisão absoluta de 10% (média do desvio padrão das prevalências da qualidade do cuidado dos estudos supracitados foi de 20,4%) e nível de significância de 5%, estimando-se um tamanho amostral de 92 indivíduos. Considerando 10% de possíveis perdas, o n total estimado foi 101 indivíduos. Portanto, a subamostra deste estudo foi adequada para avaliar a qualidade do cuidado na APS pelos usuários idosos com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial.

Os dados foram coletados no período de 26 de agosto de 2014 a 1 de novembro de 2016, no domicílio dos idosos, por duas enfermeiras pesquisadoras e seis bolsistas de iniciação científica do curso de graduação em Enfermagem, previamente treinadas.

O trabalho de campo envolveu aplicação de questionários estruturados e coleta de amostras de sangue e urina. Foram obtidas informações sociodemográficas, clínicas, antropométricas, bioquímicas, de qualidade de vida, assim como de qualidade do cuidado primário na perspectiva do idoso (PACIC).

O PACIC é constituído por 20 questões, distribuídas em cinco dimensões: adesão ao tratamento (3 perguntas - avalia até que ponto o indivíduo foi motivado e apoiado pelo profissional de saúde para iniciar mudanças), modelo de atenção/tomada de decisão (3 perguntas - avalia se o indivíduo foi apoiado, por exemplo, com materiais educativos e quão satisfeito ficou com a organização do cuidado recebido), definição de metas (5 perguntas - avalia até que ponto as instruções gerais e sugestões foram adaptadas à situação individual da pessoa), resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (4 perguntas - remete como os profissionais de saúde lidam com os problemas, que interferem no alcance dos objetivos predefinidos), coordenação da atenção/acompanhamento (5 perguntas - aborda quão frequente e consistentemente todo o processo foi seguido). Os indivíduos podem dar apenas uma resposta para cada pergunta cujas alternativas encontram-se em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo: 1) nunca, 2) poucas vezes, 3) algumas vezes, 4) muitas vezes e 5) sempre⁽⁶⁾.

A pontuação média geral do PACIC é obtida pela soma das respostas de cada questão, dividida pelo número total de perguntas (n=20). Por sua vez, os escores das dimensões são obtidos a partir das pontuações médias das questões em cada dimensão particular. Escores mais altos indicam percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas⁽⁶⁾.

Ressalta-se que esse questionário tem sido adaptado e validado semântica e culturalmente por diversos grupos

interessados em sua utilização como ferramenta de suporte para o diagnóstico, adequação, monitoramento e avaliação de modelos de atenção às condições crônicas apoiados no Chronic Care Model, testado em indivíduos com diversas condições crônicas, por exemplo, diabetes *mellitus*^(11-14,23-24) e doenças cardiovasculares^(23,25).

A aferição dos níveis pressóricos e dados antropométricos foi realizada em um intervalo de até duas semanas após inquérito domiciliar. Nesta ocasião era agendada a coleta do material biológico (sangue e urina) com um prazo máximo de uma semana e fornecidas orientações para o preparo do exame. A coleta do material biológico foi realizada no período da manhã, por duas integrantes da equipe do projeto, estando os idosos em jejum de 12 horas. O material era encaminhado até as dependências de um laboratório de análises clínicas particular para seu processamento.

As variáveis dependentes do estudo foram os escores total e por dimensões do PACIC.

Foram analisadas as seguintes variáveis independentes: sexo (feminino, masculino); idade em anos; nível instrucional em anos completos de estudo (0-4 e 5 ou mais); renda mensal categorizada em salário mínimo vigente no ano da entrevista; presença de cuidador formal ou informal; polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos comprovado a partir da apresentação da prescrição médica recente); tabagismo (não fumante, ex-fumante e fumante atual); etilismo aferido pelo questionário The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)⁽²⁶⁾ (escore ≥ 4 para sexo masculino e ≥ 3 para sexo feminino sugere provável abuso de bebida alcoólica); atividade física (prática algum tipo de atividade física com frequência ≥ 3 x/semana e duração ≥ 30 minutos cada sessão); morbidades autorreferidas e confirmadas no prontuário eletrônico; nível cognitivo avaliado pelo MEEM, sendo que o ponto de corte levou em consideração o nível instrucional dos idosos⁽²⁷⁾ (nível cognitivo alterado para escore ≤ 13 se analfabeto; escore ≤ 18 se escolaridade ≤ 8 anos; escore ≤ 26 se escolaridade > 8 anos); capacidade funcional avaliada pelo índice Katz⁽²⁸⁾ (escore 0-2: dependência importante; 3-4: dependência parcial; 5-6: independência); índice de massa corporal baseado nos pontos de corte estabelecidos para idosos segundo literatura⁽²⁹⁾ (baixo peso: < 22 kg/m²; eutrofia: 22-27 kg/m²; sobrepeso: 27-30 kg/m² para homens e 27-32 kg/m² para mulheres; obeso: > 30 kg/m² para homens e > 32 kg/m² para mulheres); níveis pressóricos categorizados posteriormente em bom controle ($< 140/90$ mmHg em hipertensos e $< 130/80$ mmHg em diabéticos); autopercepção da qualidade de vida (categorizada em "boa/muito boa" e "ruim/muito ruim/razoável") e satisfação com a própria

saúde (categorizada em "satisfeito/muito satisfeito" e "insatisfeito/muito insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito"), obtidas pelas duas primeiras questões do questionário World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref), versão traduzida e validada para o idioma português⁽³⁰⁾. As variáveis bioquímicas consistiram na hemoglobina glicada (HbA1c), colesterol total e frações, triglicérides, glicemia em jejum, razão albumina/creatinina (ACR) e creatinina sérica.

Os parâmetros bioquímicos foram classificados dentro da faixa de normalidade e considerados para análise dos resultados do cuidado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial: creatinina sérica ($< 1,3$ mg/dL em homens e $< 1,2$ mg/dL em mulheres), ACR ($< 30,0$ mg/g), HbA1c ($< 7\%$ em diabéticos e $< 6,5\%$ em hipertensos), glicemia sérica em jejum (< 126 mg/dL), colesterol total (< 200 mg/dL), high density lipoprotein cholesterol/HDL-c (> 40 mg/dL em homens e > 50 mg/dL em mulheres), low density lipoprotein cholesterol/LDL-c (< 160 mg/dL) e triglicérides (< 150 mg/dL). Taxa de filtração glomerular (TFG) foi estimada pela equação Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinina e DRC foi definida como TFG < 60 ml/min./1,73m² e/ou presença de albuminúria (ACR ≥ 30 mg/g), confirmada em dois exames laboratoriais com intervalo de tempo ≥ 3 meses, conforme critérios de definição da DRC proposta pelo grupo Kidney Disease: Improving Global Outcomes⁽³¹⁾.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versão 23.0, Chicago, IL, USA). Primeiramente, os resultados foram analisados por meio de técnicas descritivas, expressadas em proporções ou porcentagens para variáveis categóricas e medianas com seus respectivos intervalos interquartílicos (IQ) para as variáveis contínuas não paramétricas. Análise de normalidade foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise de confiabilidade do PACIC foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Teste de correlação de Spearman's-Rho do escore PACIC total foi realizado entre as cinco dimensões do questionário.

Comparação da mediana dos escores total do PACIC com os resultados do cuidado (parâmetros bioquímicos, índice de massa corporal, níveis pressóricos e as duas questões do WHOQOL-bref utilizadas) foi feita pelo teste U Mann-Whitney e posteriormente ajustada para potenciais variáveis de confusão (sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* e tempo de diagnóstico de hipertensão arterial) no modelo multivariado por meio da regressão logística Backward. O nível de significância adotado foi de 5%, rejeitando as hipóteses nulas de ausências de diferenças quando o p-valor encontrado foi menor que 0,05. Os valores obtidos

foram expressos em *odds ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 1.238.099) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer nº 1.351.378), obedecendo a todos os trâmites legais. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se sigilo dos dados e anonimato.

Resultados

A amostra estudada foi constituída por 105 idosos, sendo a maioria (67,6%) do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 93 anos, com mediana de 72,0 anos (IQ 66,5-80,5 anos). Baixa escolaridade foi predominante entre os idosos (56,2% referiram 0 a 4 anos de estudos completos). Pouco mais de ¼ da amostra relatou renda mensal de ≤ 1 salário mínimo. Presença de cuidador foi informada em 11,4% da amostra. Em relação aos hábitos comportamentais, 10,5% dos idosos eram tabagistas, 19,0% possuíam provável diagnóstico de abuso de bebida alcoólica e apenas 20,0% praticavam algum tipo de atividade física.

A maioria dos idosos possuía boa ou muito boa percepção da qualidade de vida (65,0%) e encontrava-se satisfeita ou muito satisfeita com sua saúde (57,3%). Nível cognitivo alterado esteve presente em 10,5% dos idosos, sendo que dois deles apresentaram um escore ≤ 9 pontos no MEEM e encontravam-se sob cuidados de um cuidador. Quanto às atividades de vida diária, apenas 1,9% dos idosos possuía dependência parcial ou total. Observou-se elevada prevalência de dislipidemia (86,7%), DRC (30,5%) e cardiopatia (20,0%), além disso, 13,3% informaram acidente vascular encefálico prévio. Apenas 28,6% dos idosos encontravam-se eutróficos e 21,9% eram obesos. Entre os idosos hipertensos (n=104), 42,9% possuíam diagnóstico de diabetes *mellitus* concomitante. A mediana de duração da hipertensão arterial foi 13 anos (IQ 7,0-23,0 anos) e do diabetes *mellitus* 7,0 anos (IQ 4,0-13,0 anos). Polifarmácia esteve presente em 65,7% dos idosos.

Controle metabólico e dos níveis tensionais estavam adequados em 74,3% e 54,3% dos idosos, respectivamente. Entre os parâmetros bioquímicos investigados, o pior indicador foi HDL_c (50,5%), seguido do triglicérides (65,0%) e colesterol total (71,0%). Informações detalhadas sobre os resultados do cuidado na amostra estudada são apresentadas na Tabela 1.

Com relação ao questionário PACIC, a análise de confiabilidade apresentou resultado satisfatório para o coeficiente alfa Cronbach (0,881). Também se verificou

correlação moderada a forte entre as cinco dimensões do PACIC com o escore PACIC total, variando de 0,490 (adesão ao tratamento) a 0,889 (definição de metas), todos estatisticamente significativos ($p < 0,001$).

Os idosos atribuíram pontuação mediana baixa à qualidade do cuidado recebido considerando o escore total do PACIC (1,55; IQ 1,30-2,20). Ao avaliar as dimensões, observou-se que Modelo de atenção/tomada de decisão apresentou melhor resultado (2,33; IQ 1,50-3,00), mas Adesão ao tratamento (1,00; IQ 1,00-1,67), Resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (1,00; IQ 1,00-2,00) e Coordenação da atenção/acompanhamento (1,60; IQ 1,00-2,00) destacaram-se enquanto fragilidades na perspectiva das pessoas idosas (Figura 1).

Tabela 1 - Resultados do cuidado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016

Medidas de resultados		
	n	%
Percepção da qualidade de vida geral*		
Boa / muito boa	67	65,0
Nem ruim nem boa / ruim / muito ruim	36	35,0
Satisfação com a saúde*		
Satisfeito / muito satisfeito	59	57,3
Nem satisfeito nem insatisfeito / insatisfeito / muito insatisfeito	44	42,7
Índice de massa corporal (kg/m ²)		
<22	11	10,5
22-27	30	28,6
27-30 (Masculino) e 27-32 (Feminino)	41	39,0
>30 (Masculino) e >32 (Feminino)	23	21,9
Níveis pressóricos	Mediana	Q25 - Q75†
Pressão arterial sistólica (mmHg)	130,00	120,00 - 140,00
Pressão arterial diastólica (mmHg)	74,00	70,00 - 80,00
Parâmetros bioquímicos		
Glicemia em jejum (mg/dL)	100,00	88,00 - 115,0
HbA1c‡ (%)	6,10	5,65 - 6,80
Colesterol total (mg/dL)§	182,50	164,00 - 206,75
LDL-c (mg/dL)¶	106,00	87,00 - 128,00
HDL_c** (mg/dL)¶	45,00	40,00 - 54,00
Triglicérides (mg/dL)§	126,50	97,25 - 171,75
Razão albumina/creatinina (mg/g)	8,05	3,73 - 15,98
Creatinina sérica (mg/dL)	0,86	0,70 - 1,01
Taxa de filtração glomerular (mL/min/1,73 m ²)††	74,76	61,55 - 87,21

Nota: * Duas informações faltosas; † Q - quartil; ‡ HbA1c - hemoglobina glicada; § Cinco informações faltosas; || LDL_c - low density lipoprotein cholesterol; ¶ Seis informações faltosas; ** HDL_c - high density lipoprotein cholesterol; †† Taxa de filtração glomerular estimada pela equação Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinina.

Sobre as respostas para cada item avaliado do questionário, observou-se que mais da metade dos idosos referiu "nunca" como resposta para 16 itens dos 20 avaliados, sendo os itens 1 e 9 aqueles com maior concentração de respondentes (89,5% e 94,3%). Apenas o item 5 apresentou predomínio da resposta "sempre" (36,2%) (Figura 2).

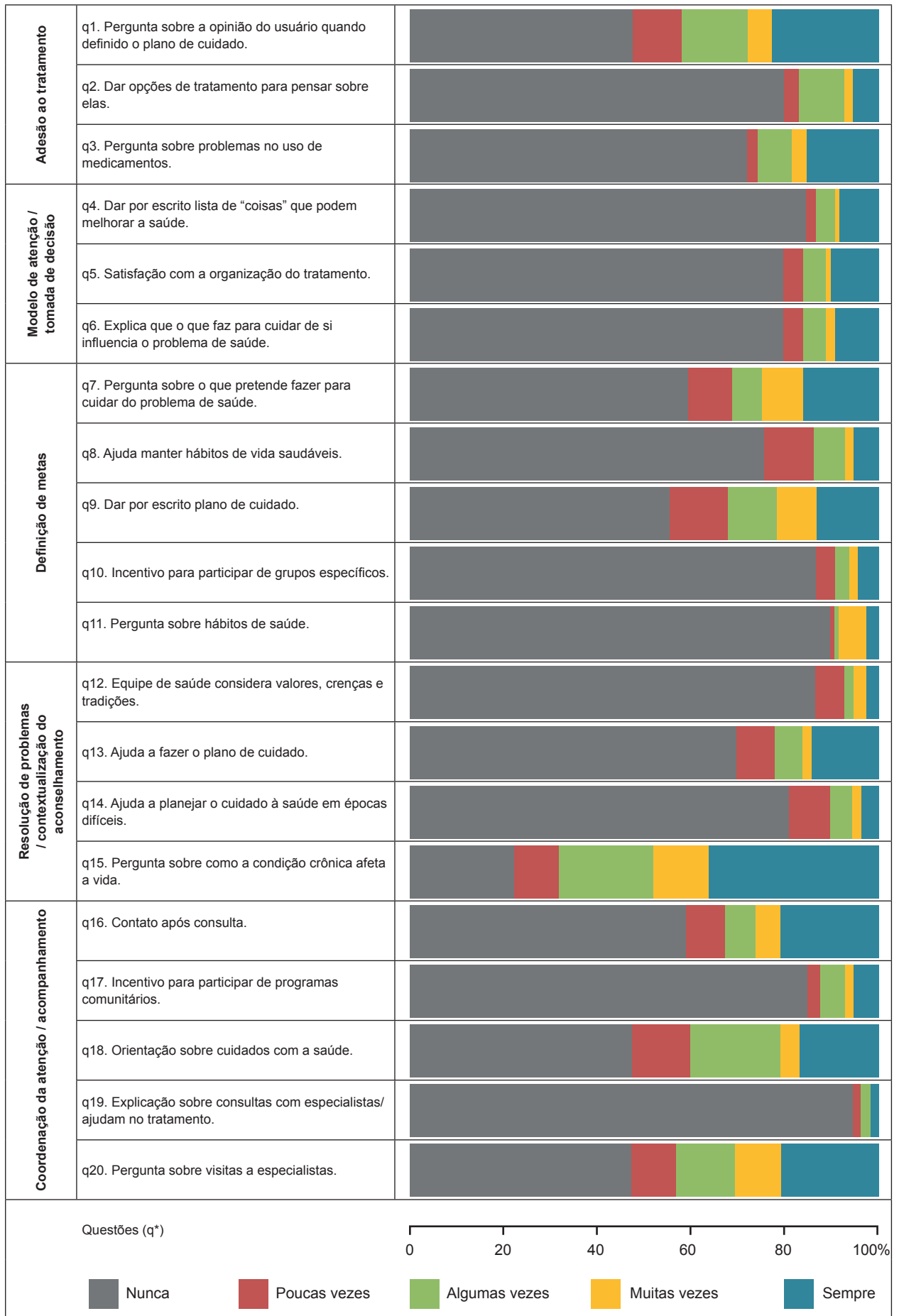
Não foi observada diferença estatística entre as medianas dos escores total do PACIC e os indicadores de resultados do cuidado individualmente (Figura 3), mesmo após ajuste para sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* e tempo de diagnóstico de hipertensão arterial. Entretanto, quando avaliadas as diferenças das medianas dos escores PACIC total entre os idosos que relataram boa ou muito boa

qualidade de vida e satisfeito ou muito satisfeito com a saúde simultaneamente, houve diferença estatística entre os valores das medianas (1,83 vs 1,40; $p=0,019$), ajustados para as variáveis supracitadas. Estas pessoas idosas tiveram 2,01 vezes mais chances de terem maiores escores mediano total do PACIC em relação aos demais idosos (OR=2,01; IC 95%: 1,12-3,59; $p=0,019$) (dados não mostrados).

Dimensões PACIC*	Questões (q†)	n (%)‡	Q50 (Q25-Q75)§	
Adesão ao tratamento (q1-q3)	q1. Pergunta sobre a opinião do usuário quando definido o plano de cuidado.	94 (89,5)		
	q2. Dar opções de tratamento para pensar sobre elas.	91 (86,7)		
	Total dimensão		1,00 (1,00-1,67)	
Modelo de atenção/ tomada de decisão (q4-q6)	q4. Dar por escrito lista de "coisas" que podem melhorar a saúde.	85 (81,0)		
	Total dimensão		2,33 (1,50-3,00)	
Definição de metas (q7-q11)	q7. Pergunta sobre o que pretende fazer para cuidar do problema de saúde.	89 (84,8)		
	q9. Dar por escrito plano de cuidado.	99 (94,3)		
	Total dimensão		1,60 (1,20-2,60)	
Resolução de problemas/ contextualização do aconselhamento (q12-q15)	q12. Equipe de saúde considera valores, crenças e tradições.	84 (80,0)		
	q14. Ajuda a planejar o cuidado à saúde em épocas difíceis.	88 (83,8)		
	q15. Pergunta sobre como a condição crônica afeta a vida.	84 (80,0)		
	Total dimensão		1,00 (1,00-2,00)	
Coordenação da atenção/ acompanhamento (q16-q20)	q16. Contato após consulta.	84 (80,0)		
	q20. Pergunta sobre visitas a especialistas.	91 (86,7)		
	Total dimensão		1,60 (1,00-2,00)	
Escore total			1,55 (1,30-2,20)	

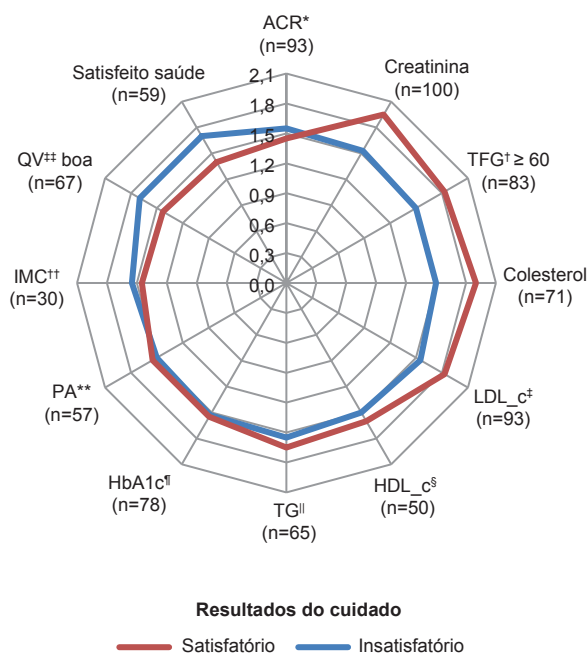
Nota: Escala de Likert de 1 a 5 (1 = pior concordância; 5 = maior concordância com o Chronic Care Model - CCM). Optou-se por destacar as 10 perguntas com pior avaliação entre os 20 itens avaliados. * PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care; † q - questão; ‡ Porcentagem de pessoas que responderam "nunca"; § Q - quartil.

Figura 1 - Distribuição descritiva dos 10 itens com pior avaliação e escore total e boxplots das cinco dimensões do Patient Assessment of Chronic Illness Care. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016



Nota: * q - questão.

Figura 2 - Distribuição descritiva das cinco dimensões do Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) para cada questão. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016



Nota: * ACR - razão albumina/creatinina; † TFG - taxa de filtração glomerular; ‡ LDL_c - low density lipoprotein cholesterol; § HDL_c - high density lipoprotein cholesterol; || TG - triglicérides; ¶ HbA1c - hemoglobina glicada; ** PA - pressão arterial; †† IMC - índice de massa corporal; ‡‡ QV - qualidade de vida. n = número de idosos com resultado do cuidado satisfatório. HbA1c controlada: <7% (diabéticos) e <6,5% (hipertensos). PA controlada: <140/90 mmHg (hipertensos) e <130/80 mmHg (diabéticos). p>0,05 ajustado para sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* e tempo de diagnóstico de hipertensão arterial.

Figura 3 - Mediana dos escores total do Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) de acordo com resultados do cuidado satisfatórios ou não. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016

Discussão

Neste estudo, o escore total do PACIC de 1,55 indica que, em geral, o processo de cuidado avaliado concordante com o CCM nunca aconteceu ou ocorreu poucas vezes na perspectiva dos participantes. Esse resultado contrasta com outras pesquisas internacionais que alcançaram escore total maior ao apresentado na atual investigação, variando de 2,33 a 4,19^(12-14,23-25,32). Em âmbito nacional, encontrou-se apenas o estudo responsável pela tradução do questionário no país, realizado em Curitiba, que obteve um escore médio de 2,86⁽⁶⁾. Parte dessa diferença pode ser explicada pelo fato dos trabalhos levantados terem incluído na amostra pessoas mais jovens e com outras morbidades. Além disso, deve-se destacar a possível influência da presença de maior homogeneidade da cultura em outros países quando comparada à realidade brasileira.

O baixo escore encontrado sugere fragilidades das equipes de Saúde da Família em garantir um cuidado proativo, planejado, coordenado e centrado na pessoa⁽⁶⁾, expresso por possíveis dificuldades em incorporar na

prática aspectos não clínicos do cuidado crônico, como a implementação do autocuidado apoiado⁽¹⁶⁾.

Esse é um dos elementos-chave do CCM para garantir alta qualidade do cuidado, sendo considerado pela Organização Pan-Americana de Saúde uma estratégia fundamental e inovadora na assistência a pessoas com problemas crônicos de saúde, pois uma vez diagnosticada a condição crônica, como o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, a pessoa necessitará lidar diariamente com essa condição e, conseqüentemente, o autocuidado será uma tarefa para toda a vida desse indivíduo, incluindo familiares⁽¹⁶⁾. Para reforçar a importância do autocuidado, ressalta-se que uma pessoa com diabetes *mellitus* gasta por ano aproximadamente 8,7 horas com um profissional de saúde, enquanto as outras 8.751,3 horas ela manejará sua doença. Portanto, é imperativo ajudar esses indivíduos a entender e responsabilizar-se por sua doença⁽³³⁾.

Por definição, o autocuidado apoiado consiste na implementação sistemática de intervenções de educação e apoio pelos profissionais de saúde no intuito de aumentar habilidade e confiança dos usuários no manejo de seus problemas de saúde, promovendo uma noção de corresponsabilidade. Inclui escolha de problemas a serem priorizados, fixação e monitoramento do cumprimento de metas centradas nas necessidades, nos valores e nas preferências do usuário, identificando as dificuldades em cumpri-las, apoio para a solução de problemas a partir de um plano conjunto de cuidado, entre outras ações, em que os provedores deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde⁽¹⁶⁾.

A partir do exposto, questiona-se sobre a formação dos profissionais de saúde que pode não estar enfatizando a abordagem de cuidados que reconheça o papel crucial dos usuários na gestão de sua própria condição de saúde. Este questionamento é compartilhado por outros autores⁽²⁴⁾ e, inclusive, encontra respaldo na literatura. Pesquisa realizada em Quebec, envolvendo 364 pessoas com diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica (idade média: 64,9±11,8 anos), usuárias de instituições de ensino, encontrou de um lado escore médio total do PACIC de 2,8 e, por outro lado, um alto grau de qualidade do cuidado técnico com quase 80% de adesão às diretrizes clínicas para as condições crônicas estudadas. Os autores explicam que tal fato pode ter ocorrido em parte pelo próprio contexto acadêmico cujo ensino clínico focado no treinamento pode concentrar-se menos na implementação de ações que estejam em consonância com os referenciais do CCM do que na qualidade técnica, que é mais facilmente avaliada⁽²³⁾.

Entretanto, os baixos escores do PACIC podem também estar sinalizando que, mesmo se na prática

essas ações estejam sendo implementadas, as mesmas não estão agregando valor às pessoas, de tal modo que não foram reconhecidas pelos usuários. Isso porque apesar de estar bem inserido o termo autocuidado no discurso do campo da educação em saúde, nem sempre sua compreensão exata e aplicação autêntica ocorrem tão facilmente, na medida em que implica muitas vezes fazer uma mudança de paradigma. Complementando o que já foi comentado, tradicionais modelos biomédicos de assistência à saúde direcionados para condições agudas e episódicas fundamentam muitas vezes a formação e socialização dos profissionais de saúde, de tal modo que quando esses profissionais tentam incorporar seus princípios em suas crenças e práticas atuais, começam a surgir muitos equívocos sobre o tema, o que requer que os mesmos se tornem cientes de tais contradições e passem a empreender mudanças de comportamento ou de filosofia⁽³⁴⁾.

Por sua vez, ao analisar cada item do PACIC individualmente, verificou-se que somente quatro questões obtiveram medianas acima de 1,00 (q5, q8, q10 e q11). Contudo, apenas q5 "Ficou satisfeito com a organização de seu tratamento" obteve pontuação acima da média do escore total possível de ser pontuado, apresentando predomínio da resposta "sempre" (36,2%), com a ressalva de que 21,9% das pessoas idosas referiram "nunca" estarem satisfeitas. O contraste entre os baixos escores das demais perguntas com maior satisfação com o serviço de saúde deve ser interpretado com cautela, pois é possível que os idosos deste estudo tenham expectativas mais elevadas em relação aos cuidados de saúde recebidos e, conseqüentemente, influenciando na menor percepção da qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família. Pesquisas futuras devem explorar com maior profundidade a relação entre qualidade do cuidado e satisfação nesse segmento populacional.

Entre as questões com elevadas porcentagens de respostas "nunca", destacam-se q1 (pergunta sobre a opinião do usuário quando definido o plano de cuidado - 89,5%), q2 (dar opções de tratamento para pensar sobre elas - 86,7%), q7 (pergunta sobre o que pretende fazer para cuidar do problema de saúde - 84,8%) e q12 (equipe de saúde considera valores, crenças e tradições, quando indica o tratamento - 80,0%). Esse achado é preocupante, visto que evidencia possíveis falhas dos profissionais de saúde em reconhecer a responsabilidade do usuário na tomada de decisões pelo seu próprio cuidado. Nessa perspectiva, a não flexibilização nas escolhas do cuidado pode trazer a ideia, mesmo que implicitamente, de que o indivíduo terá sua vida controlada pela doença. Essa situação, quando trazida para um contexto de pessoas idosas

com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial, pode conduzir a resultados clínicos e funcionais desfavoráveis, na medida em que as conseqüências metabólicas são uma função das decisões e ações que as pessoas fazem durante o manejo diário do agravo⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Isso porque, mediante situação de descoberta de uma condição crônica, passa a ser exigido da pessoa modificação em seu dia a dia para que a mesma seja capaz de organizar o seu cuidado, a partir do desenvolvimento de competências, para lidar com uma gama de atividades previstas ou não pelo saber médico, incluindo situações adversas para o controle da doença, dado o contexto sociocultural em que se insere o portador, situação essa denominada por alguns autores como "ruptura da biografia do indivíduo". Entretanto, com o passar do tempo⁽³⁶⁾, a própria pessoa pode desenvolver uma postura de "não aderência estratégica", não obedecendo às recomendações médicas de forma consciente e crítica⁽³⁶⁾. Nesse sentido, algumas estratégias voltadas a apoiar a efetiva realização do autocuidado podem ser utilizadas pelas equipes de Saúde da Família, por exemplo, as "estratégias comportamentais" (empoderamento - descoberta e o desenvolvimento de uma capacidade própria do indivíduo, valorizando sua autonomia e tornando responsável pela sua própria vida; "grupos de apoio"; "soluções de problemas"; "motivação e suporte para a autonomia")⁽³⁶⁾.

No que se refere aos fatores associados ao PACIC, os resultados do estudo não foram capazes de apoiar a hipótese de que pessoas idosas com maiores pontuações no PACIC apresentariam melhores resultados do cuidado. Entretanto, na análise conjunta das questões relacionadas à percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde, a hipótese foi confirmada. Esses achados indicam a necessidade de ressignificar a prática para além dos cuidados técnicos e laboratoriais para manter altos níveis de qualidade do cuidado.

Mediante os achados, é importante destacar o importante papel da Enfermagem na APS enquanto agente propulsora de mudanças. Sua essência "o cuidado" proporciona espaços de encontro intersubjetivo entre o profissional e a pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde tão necessária para o desenvolvimento de atitudes/mudanças de comportamento. Trata-se de um processo lento e dificultoso para as pessoas com condições crônicas, na medida em que envolve repensar toda a rotina e adaptar o projeto de vida. Nesse sentido, a atuação do enfermeiro tem grande potencial para agir segundo os pressupostos dos cuidados crônicos, seja na consulta de enfermagem, seja em atividades educativas individuais ou coletivas, até mesmo em ações de mobilização na comunidade. Isso será alcançado a partir de uma assimilação

crítico-reflexiva de conhecimentos que possibilite a conscientização da nova condição de saúde, de forma autônoma. Nesse contexto, a Enfermagem é capaz de resgatar a intersubjetividade, envolvendo reflexão e ação, o que permite ao outro problematizar sua situação cuja liberdade vai preenchendo o espaço antes habitado por sua dependência e dessa forma descobre como participar na transformação do seu mundo em prol da saúde integral do ser humano⁽³⁷⁾.

Como limitações do estudo, destacam-se a natureza do estudo transversal que impossibilita determinar relações causais do desfecho e variáveis de interesse. Também não foram encontrados estudos nacionais ou internacionais que incluíssem apenas pessoas idosas utilizadoras de serviços públicos de saúde para fins de comparação e não se pode excluir o viés da resposta seletiva. Como potencialidades do estudo, destacam-se amostra de base populacional, aleatorizada entre os setores censitários; o uso de questionário traduzido e adaptado para a língua portuguesa contribuindo para maior precisão das respostas em avaliar a qualidade do cuidado; e a não existência de missing no questionário PACIC, que quando relatada na literatura podem alcançar até 32,7%^(25,32).

Conclusão

Constatou-se baixa qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde segundo o Chronic Care Model na perspectiva do próprio idoso, indicando que a reordenação do modelo assistencial orientado para o cuidado crônico no contexto da APS parece ainda distante de seus pressupostos, cedendo lugar aos modelos biomédicos tradicionais na perspectiva das pessoas idosas participantes do estudo.

Ainda não foi possível confirmar a hipótese de que idosos com maiores pontuações no PACIC apresentam melhores resultados do cuidado, apenas quando se considera aqueles idosos que relataram boa ou muito boa qualidade de vida e satisfeito ou muito satisfeito com a saúde simultaneamente.

Recomenda-se incentivos na ampliação de estratégias *in loco* que possibilitem a diversidade de ações na prevenção e gestão das condições de saúde, de modo a incluir a cultura, os valores e as experiências do usuário.

Referências

1. GBD 2015 DALYs, HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. [Internet]. 2016 Oct [cited Feb 15, 2017];388(10053):1603-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388857/pdf/main.pdf>
2. Grandy S, Fox KM. Change in health status (EQ-5D) over 5 years among individuals with and without type 2 diabetes *mellitus* in the SHIELD longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2012 Aug [cited Jan 17, 2017];10:99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3490883/pdf/1477-7525-10-99.pdf>
3. Berlezi EM, Farias AM, Dallazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [Internet]. 2016 Aug [cited Sept 14, 2017];19(4):643-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n4/1809-9823-rbagg-19-04-00643.pdf>
4. Koley M, Saha S, Ghosh S, Nag G, Kundu M, Mondal R, et al. Patient-Assessed Chronic Illness Care (PACIC) scenario in an Indian homeopathic hospital. *J Tradit Complement Med*. [Internet]. 2016 Jan [cited Apr 11, 2017];6(1):72-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765762/>
5. Nasmith L, Kupka S, Ballem P, Creede C. Achieving care goals for people with chronic health conditions. *Can Fam Physician*. [Internet]. 2013 Jan [cited Feb 10, 2017];59(1):11-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555640/>
6. Schwab GL, Moysés ST, Kusma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba. *Saúde Debate*. [Internet]. 2014 Oct [cited Apr 2, 2017];38(special):307-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0307.pdf>
7. Al-Khaldi YM. Quality of diabetic care in family practice centre, Aseer Region, Saudi Arabia. *J Health Spec*. [Internet]. 2014 July/Sept [cited Sept 14, 2017];2(3):109-13. Available from: http://www.thejhs.org/temp/JHealthSpec23109-3539346_094953.pdf
8. Jingi AM, Nansseu JR, Noubiap JJ. Primary care physicians' practice regarding diabetes mellitus diagnosis, evaluation and management in the West region of Cameroon. *BMC Endocr Disord*. [Internet]. 2015 Apr [cited Sept 14, 2017];15:18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4403824/pdf/12902_2015_Article_16.pdf
9. Noubiap JJN, Jingi AM, Veigne SW, Onana AE, Yonta EW, Kingue S. Approach to hypertension among primary care physicians in the West Region of Cameroon: substantial room for improvement. *Cardiovasc Diagn Ther*.

- [Internet]. 2014 Oct [cited Sept 14, 2017];4(5):357-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221322/pdf/cdt-04-05-357.pdf>
10. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. [Internet]. 1998 Aug/Sept [cited Apr 19, 2017];1(1):2-4. Available from: <https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>
11. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*. [Internet]. 2005 May [cited Dec 2, 2016];43(5):436-44. Available from: <https://www.familycarenetwork.com/sites/default/files/Development%20and%20Validation%20of%20PACIC.pdf>
12. Aung E, Donald M, Coll J, Dower J, Williams GM, Doi SAR. The impact of concordant and discordant comorbidities on patient-assessed quality of diabetes care. *Health Expect*. [Internet]. 2015 Oct [cited May 2, 2017];18(5):1621-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060868/pdf/HEX-18-1621.pdf>
13. Casillas A, Iglesias K, Flatz A, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. No consistent association between processes-of-care and health-related quality of life among patients with diabetes: a missing link? *BMJ Open Diabetes Res Care*. [Internet]. 2015 [cited May 12, 2017];3(1):e000042. Available from: <http://drc.bmj.com/content/bmjdr/3/1/e000042.full.pdf>
14. Chiu HC, Hsieh HM, Lin YC, Kuo SJ, Kao HY, Yeh SC, et al. Patient assessment of diabetes care in a pay-for-performance program. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2016 Apr [cited May 12, 2017];28(2):183-90. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzv120>
15. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA, Grupo Técnico de Monitoramento do Plano de DCNT. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2016 Apr/June [cited Sept 12, 2017];25(2):373-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>
16. Pan American Health Organization. Innovative care for chronic conditions: organizing and delivering high quality care for chronic noncommunicable diseases in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2013. 103 p. [Internet]. [cited Jan 20, 2017]. Available from: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi39qTwy3UUhVCDpAKHXc9AscQFggUAE&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D21115%26Itemid%3D270%26lang%3Den&usq=AFQjCNGXRdMidtZZFGx_-EAI3go_2kgcVA
17. Silva LB, Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Santos FC, Santos RM, et al. Prognóstico e fatores associados à consciência da doença renal crônica em idosos. *J Bras Nefrol*. [Internet]. 2016 [cited Feb 13, 2017];38(3 Suppl 1):273. Available from: <http://www.jbn.org.br/article/list/38/3%20Suppl%201/2016>
18. Naing NN. Determination of sample size. *Malays J Med Sci*. [Internet]. 2003 July [cited Feb 13, 2017];10(2):84-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3561892/>
19. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, Oliveira HFV, Azevedo WM, Almeida HJB Júnior. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2014 Aug [cited May 12, 2017];19(8):3521-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
20. Augusto DK. Fatores associados aos atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados por idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010. [Dissertação - Mestrado em Saúde Coletiva]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2016 [cited Apr 13, 2017]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16386/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o_DanielKnuppAugusto.pdf
21. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Primary healthcare geared to the needs of the elderly: from theory to practice. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2014 Aug [cited Feb 17, 2017];19(8):3403-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03403.pdf>
22. Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Assessing the quality of care for the elderly in services from public primary health care in Porto Alegre, Brazil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited Jan 15, 2017];8(29):264-73. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140034/000913344.pdf?sequence=1>
23. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, Grande C, Pellerin JP, Authier M, et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Can Fam Physician*. [Internet]. 2012 Dec [cited Jan 15, 2017];58(12):1366-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3520666/pdf/0581366.pdf>
24. Lévesque JF, Feldman DE, Lemieux V, Tourigny A, Lavoie JP, Tousignant P. Variations in Patients' Assessment of Chronic Illness Care across organizational models of primary health care: a multilevel cohort analysis. *Healthc Policy*. [Internet]. 2012 Nov [cited Jan

- 13, 2017];8(2):e108-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3517876/pdf/policy-08-e108.pdf>
25. Tusek-Bunc K, Petek-Ster M, Ster B, Petek D, Kersnik J. Validation of the Slovenian version of patient assessment of chronic illness care (PACIC) in patients with coronary heart disease. *Coll Antropol*. [Internet]. 2014 June [cited Feb 17, 2017];38(2):437-44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25144971>
26. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. [Internet]. 1998 Sept [cited Feb 16, 2017];158(16):1789-95. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/208954>
27. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 1994 [cited Feb 16, 2017];52(1):1-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
28. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. Katz Index on elderly functionality evaluation. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2007 June [cited Feb 16, 2017];41(2):317-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>
29. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. [Internet]. 1994 Mar [cited Dec 14, 2016];21(1):55-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8197257>
30. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2000 Apr [cited Feb 16, 2017];34(2):178-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
31. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. [Internet]. 2013 Jan [cited Jan 17, 2002];3(1):1-150. Available from: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf
32. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M, et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2012 Aug [cited Feb 16, 2017];12:293. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3526462/pdf/1472-6963-12-293.pdf>
33. Marrero DG. Diabetes care and research: what should be the next frontier? *Diabetes Spectr*. [Internet]. 2016 Feb [cited Feb 16, 2017];29(1):54-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755457/pdf/54.pdf>
34. Lopes AAF. Care and empowerment: the construction of the subject responsible for his own health in the experience of diabetes. *Saude soc*. [Internet]. 2015 June [cited Sept 13, 2017];24(2):486-500. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sau-soc-24-02-00486.pdf>
35. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes *mellitus* patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2017 [cited Feb 16, 2017];25:e2882. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2882.pdf>
36. Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. Education for type 2 diabetes *mellitus* self-care: from compliance to empowerment. *Interface Comun Saúde Educ*. [Internet]. 2009 July/Sept [cited Feb 16, 2017];13(30):93-106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a09.pdf>
37. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contributions to the changing strategies for teaching medicine. *Rev Bras Educ Med*. [Internet]. 2014 Sept [cited Sept 13, 2017];38(3):299-307. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/03.pdf>

Recebido: 13.06.2017

Aceito: 07.11.2017

Correspondência:

Líliam Barbosa Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem
Av. Professor Alfredo Balena, 190 sala 200
Bairro: Santa Efigênia
CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: ligemeasbh@yahoo.com.br

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.