

Evaluación de la calidad en la atención primaria al adulto mayor según el 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: evaluar la calidad del cuidado al adulto mayor con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial en la Atención Primaria a la Salud (APS) según el Chronic Care Model (CCM) e identificar asociaciones con resultados del cuidado. **Método:** estudio transversal realizado con 105 adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. Para evaluación de la calidad del cuidado fue utilizado el cuestionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), cuyo escore total fue comparado con los resultados del cuidado que incluyó parámetros bioquímicos, índice de masa corporal, niveles de presión y calidad de vida. El análisis de los datos se basó en estadística descriptiva y regresión logística múltiple. **Resultados:** Hubo predominio del sexo femenino, con media de edad de 72 años. La puntuación mediana del PACIC fue de 1,55 (IQ 1,30-2,20). Entre las dimensiones del PACIC, el "Modelo de atención/toma de decisión" fue la que presentó mejor resultado. No hubo diferencia estadística entre las medianas del escore total del PACIC y resultados del cuidado individualmente. Sin embargo, cuando fue evaluada la buena calidad de vida y satisfacción con la salud simultáneamente, se observó diferencia estadística entre los valores de las medianas. **Conclusión:** se constataron bajos escores del PACIC, indicando que, el cuidado crónico según el CCM en la APS parece aún distante de sus presupuestos.

Descriptores: Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud; Autocuidado; Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud); Diabetes Mellitus; Hipertensión.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde", presentada en la Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil y de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

² Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, 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, Enfermera, Centro de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁷ Alumna del curso de graduación en Enfermería, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Cómo citar este artículo

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>.  día  mes  año

URL

Introducción

El progresivo envejecimiento poblacional llevó a un aumento de las condiciones crónicas, con destaque para la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial, principales causas primarias de enfermedades cardiovasculares en el escenario mundial. Ambos fueron responsables por 14,4 millones de muertes en 2015 y 81,6 millones de años de vida perdidos ajustados por incapacidad (disability adjusted of years - DALY) en el mundo⁽¹⁾. Fallas en el manejo de esas condiciones crónicas contribuyen para impactos negativos sobre la salud de la población, con aumento de complicaciones tardías, re-internaciones y disminución de la calidad de vida, así como, sobrecarga económica de los sistemas de salud y de la estructura familiar⁽²⁾.

Ante ese escenario, se constata que la magnitud de los problemas asociados al envejecimiento irá depender crucialmente si los años a más de vida alcanzados por las personas serán saludables o de enfermedades y de dependencia, lo que trae desafíos a ser superados por el sector salud en la búsqueda de un envejecimiento activo y saludable⁽³⁾ principalmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), considerada *locus* privilegiado para la operacionalización de acciones volcadas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Con miras a la manutención de la funcionalidad de los adultos mayores, es imprescindible optimizar el manejo de las condiciones crónicas, a partir de estrategias multi-dimensionales ancladas en el concepto de condiciones de salud y con los referenciales teóricos relacionados al cuidado centrado en la persona⁽⁴⁻⁵⁾, lo que ni siempre es observado. Estudios aún evidencian una práctica asistencial volcada a responder a las condiciones y a los eventos decurrentes de agudización de condiciones crónicas, de forma fragmentada, episódica y reactiva⁽⁶⁾, tornándose entabes en la consolidación de la calidad de los cuidados prestados, sobre todo en la APS⁽⁷⁻⁹⁾.

Para llenar esa laguna, el modelo de atención a la salud que se presenta más apropiado para guiar la práctica es el Chronic Care Model (CCM)⁽¹⁰⁾. Ese modelo orienta la prestación de cuidados crónicos por medio de interacciones productivas entre personas usuarias activas e informadas y equipos de salud pro-activos y preparado. Siendo así, el CCM desafía el *status quo* de programas de salud tradicionales y enfatiza la importancia de repensar y rediseñar la práctica clínica en el nivel primario de salud.

Uno de los instrumentos que mide la congruencia de los cuidados prestados con el CCM en la perspectiva del usuario es el cuestionario Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC)⁽¹¹⁾, que consiste en la Evaluación del Usuario sobre el Cuidado a las Condiciones Crónicas, en su versión adaptada para

la lengua portuguesa del Brasil⁽⁶⁾. El PACIC enfatiza interacciones ocurridas entre personas usuarias y equipos responsables por el cuidado, especialmente aspectos del auto-cuidado apoyado. Comprende en la evaluación por los usuarios de la frecuencia con que fueron creadas, en los últimos seis meses, oportunidades para su adhesión al tratamiento, comprensión del modelo de atención y soporte a su participación en la toma de decisión sobre la conducción del tratamiento, definición de metas, apoyo a la resolución de problemas y contextualización del asesoramiento, además de su percepción sobre la coordinación de la atención y acompañamiento por el equipo local⁽⁶⁾. Inclusive, ese cuestionario ha sido considerado sensible a los cambios de prestación de cuidados crónicos, asociándose a otras medidas de productividad y mejorías del sistema, principalmente con resultados clínicos y comportamentales⁽¹²⁻¹⁴⁾.

En Brasil, el PACIC fue traducido y adaptado para la lengua portuguesa⁽⁶⁾, dado que el CCM también fue acogido por el Ministerio de Salud⁽¹⁵⁾ en el "Plano de Acciones Estratégicas para el Enfrentamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (DCNT) en Brasil 2011-2022" como modelo de atención que deberá subsidiar las acciones direccionadas al cuidado de la persona que vivencia una condición crónica de salud.

En ese sentido, al considerar el actual movimiento de reorganización de los servicios de salud en torno de los cuidados crónicos, aún no está claro en qué medida la asistencia a los adultos mayores con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial en la APS se alinea a los presupuestos del Chronic Care Model en la perspectiva del propio adulto mayor y cuál es su asociación con resultados del cuidado prestado a esos individuos.

A pesar de las discusiones emprendidas hasta el momento, aún son limitadas investigaciones que evalúan la calidad del cuidado en la perspectiva del propio usuario, principalmente lo adulto mayor, lo que justifica la realización de este estudio. Sin embargo, la búsqueda por la calidad de los servicios de asistencia en salud en Brasil tiene, en las últimas décadas, recibido gran destaque del Ministerio de Salud, con énfasis para la atención al individuo longevo, teniendo en vista su importancia en la adecuación de las políticas públicas a las necesidades de ese grupo de edad. Inclusive, la reorientación de los servicios de salud, con creación de una cultura de cuidados crónicos, incluyendo la atención proactiva basada en evidencias y estrategias de mejoría de la calidad, componen una de las recomendaciones internacionales para la Región de las Américas⁽¹⁶⁾.

Ante lo expuesto, y partiéndose de la hipótesis de que los adultos mayores con mayores puntuaciones en el PACIC presenten mejores resultados del cuidado, se objetivó evaluar la calidad del cuidado a lo adulto

mayor con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial en la Atención Primaria a la Salud según el Chronic Care Model en la perspectiva del propio adulto mayor. Específicamente, se buscó identificar asociaciones entre el score total del PACIC y los resultados del cuidado en la muestra estudiada.

Método

Esta investigación de delineamiento transversal hace parte de la segunda etapa del estudio "Envejecimiento y Enfermedad Renal" (En-DoRen), de base poblacional, cuyo objetivo general en la primera etapa fue estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica (DRC) no dialítica en adultos mayores residentes en uno de los nueve distritos sanitarios de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil⁽¹⁷⁾. La elección de ese distrito se debió al hecho de, en la época de la elaboración de la primera etapa del estudio, era el distrito que presentaba mayor número absoluto de individuos con 60 años o más ($n=44.801$).

La muestra del actual análisis involucró una submuestra de la primera etapa del estudio en-DoRen, atendiendo a los siguientes criterios de inclusión: edad 60 años o más; ser acompañado por equipo de Salud de la Familia actuante en el Distrito Sanitario Noroeste por lo menos por un año; diagnóstico de diabetes *mellitus*, hipertensión arterial o ambos auto-referidos o confirmados por el prontuario electrónico, haber respondido el cuestionario PACIC. Fueron excluidos los adultos mayores con comprometimiento cognitivo severo (score en el Mini-examen del Estado Mental - MEEM ≤ 9), en la ausencia de una persona responsable que pudiese auxiliar en las respuestas.

La base de datos del estudio en-DoRen identificó 143 usuarios de la APS. De ese total, 118 adultos mayores presentaban diagnóstico médico de diabetes *mellitus*, hipertensión arterial o ambos, siendo incluidos en el actual análisis. Hubo una pérdida de 13 personas, por no haber respondido el PACIC debido a óbito ($n=4$), cambio de dirección y tentativa de contacto telefónico sin suceso ($n=3$) y no encontrados en el domicilio después de tres tentativas sin suceso ($n=6$). Por lo tanto, la muestra de ese estudio fue finalizada con 105 adultos mayores.

Se resalta que tales pérdidas ocurrieron debido a cronología diferente de la aprobación del Comité de Ética en Investigación (COEP) entre las dos etapas del estudio en-DoRen: antes de la liberación por el COEP para el inicio de la 2ª etapa, 54 adultos mayores ya habían completado la primera etapa, y, por lo tanto, esos adultos mayores tuvieron que ser re-contactados y convidados a responder el cuestionario PACIC posteriormente.

Para el cálculo de la muestra, fue utilizado el método propuesto por Lwanga y Lemeshow⁽¹⁸⁾, a fin de verificar si

la n de la sub muestra del presente estudio es suficiente para evaluar la calidad del cuidado prestado por el nivel primario de atención a la salud. Para tal, se consideró la media de la prevalencia de buena calidad del cuidado en la APS de 39,7%⁽¹⁹⁻²²⁾, precisión absoluta de 10% (media del desvío estándar de las prevalencias de la calidad del cuidado de los estudios supra-citados fue de 20,4%), y nivel de significancia de 5% fue estimado un tamaño de muestra de 92 individuos. Considerando 10% de posibles pérdidas, la n total estimada fue 101 individuos. Por lo tanto, la sub muestra de este estudio fue adecuada para evaluar la calidad del cuidado en la APS por los usuarios adultos mayores con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial.

Los datos fueron recolectados en el período de 26 de agosto de 2014 a 1 de noviembre de 2016, en el domicilio de los adultos mayores, por dos enfermeras investigadoras y seis bolsistas de iniciación científica del curso de graduación en Enfermería, previamente entrenadas.

El trabajo de campo implicó la aplicación de cuestionarios estructurados y recolección de muestras de sangre y orina. Fueron obtenidas informaciones sociodemográficas, clínicas, antropométricas, bioquímicas, de calidad de vida, así como de calidad del cuidado primario en la perspectiva del adulto mayor (PACIC).

El PACIC está constituido por 20 preguntas, distribuidas en cinco dimensiones: adhesión al tratamiento (3 preguntas - evalúa hasta qué punto el individuo fue motivado y apoyado por el profesional de salud para iniciar cambios), modelo de atención/toma de decisión (3 preguntas - evalúa si el individuo fue apoyado, por ejemplo, con materiales educativos y cuán satisfecho quedó con la organización del cuidado recibido), definición de metas (5 preguntas - evalúa hasta qué punto las instrucciones generales y sugerencias fueron adaptadas a la situación individual de la persona), resolución de problemas/contextualización del asesoramiento (4 preguntas - remite cómo los profesionales de salud lidian con los problemas, que interfieren en el alcance de los objetivos pre-definidos), coordinación de la atención/acompañamiento (5 preguntas - aborda cuán frecuente y consistentemente todo el proceso fue seguido). Los individuos pueden dar apenas una respuesta para cada pregunta, cuyas alternativas se encuentran en una escala del tipo Likert de 5 puntos, siendo: 1) nunca, 2) pocas veces, 3) algunas veces, 4) muchas veces y 5) siempre⁽⁶⁾.

La puntuación media general del PACIC es obtenida por la suma de las respuestas de cada pregunta, dividido por el número total de preguntas ($n=20$). A su vez, los scores de las dimensiones son obtenidas a partir de las puntuaciones medias de las preguntas en cada dimensión particular. Scores más altos indican percepción de las

personas usuarias de mayor implicación en el autocuidado y soporte al cuidado de sus condiciones crónicas⁽⁶⁾.

Se resalta que ese cuestionario ha sido adaptado y validado semántica y culturalmente por diversos grupos interesados en su utilización como herramienta de soporte para el diagnóstico, adecuación, monitoreo y evaluación de modelos de atención a las condiciones crónicas apoyados en el Chronic Care Model, testado en individuos con diversas condiciones crónicas, por ejemplo, diabetes *mellitus*^(11-14,23-24) y enfermedades cardiovasculares^(23,25).

La medición de los niveles presóricos y datos antropométricos fue realizada en un intervalo de hasta dos semanas después de la investigación domiciliaria. En esta ocasión era agendada la recolección del material biológico (sangre y orina) con un plazo máximo de una semana, y provisto de orientaciones para la preparación del examen. La recolección del material biológico fue realizada en el período de la mañana, por dos integrantes del equipo del proyecto, estando los adultos mayores en ayuno de 12 horas. El material era encaminado hasta las dependencias de un laboratorio particular de análisis clínicos para su procesamiento.

Las variables dependientes del estudio fueron los escores totales y por dimensiones del PACIC.

Fueron analizadas las siguientes variables independientes: sexo (femenino, masculino); edad en años; nivel de instrucción en años completos de estudio (0-4 y 5 o más); renta mensual categorizada en salario mínimo vigente en el año de la entrevista; presencia de cuidador formal o informal; poli farmacia (uso de cinco o más medicamentos comprobado a partir de la presentación de la prescripción médica reciente); tabaquismo (no fumador, ex-fumador y fumador actual); etilismo calibrado por el cuestionario The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)⁽²⁶⁾ (escore ≥ 4 para sexo masculino y ≥ 3 para sexo femenino sugiere probable abuso de bebida alcohólica); actividad física (practica algún tipo de actividad física con frecuencia ≥ 3 x/semana y duración ≥ 30 minutos cada sesión); morbilidades auto-referidas y confirmadas en el prontuario electrónico; nivel cognitivo evaluado por el MEEM, siendo que el punto de corte tuvo en consideración el nivel de instrucción de los adultos mayores⁽²⁷⁾ (nivel cognitivo alterado para escore ≤ 13 si es analfabeto; escore ≤ 18 si tiene escolaridad ≤ 8 años; escore ≤ 26 si tiene escolaridad > 8 años); capacidad funcional evaluada por el índice Katz⁽²⁸⁾ (escore 0-2: dependencia importante; 3-4: dependencia parcial; 5-6: independencia); índice de masa corporal basado en los puntos de corte establecidos para adultos mayores según literatura⁽²⁹⁾ (bajo peso: < 22 kg/m²; eutrofia: 22-27 kg/m²; sobrepeso: 27-30 kg/m² para hombres y 27-32 kg/m² para mujeres; obeso: > 30 kg/m² para hombres y > 32 kg/m² para mujeres); niveles

de presión categorizados posteriormente en buen control ($< 140/90$ mmHg en hipertensos y $< 130/80$ mmHg en diabéticos); autopercepción de la calidad de vida (categorizada en "buena/muy buena" y "mala/muy mala/razonable") y satisfacción con la propia salud (categorizada en "satisfecho/muy satisfecho" e "insatisfecho/muy insatisfecho/ni satisfecho ni insatisfecho") obtenidos por las dos primeras preguntas del cuestionario World Health Organization Quality of Life-bref (WHOQOL-bref), versión traducida y validada para el idioma portugués⁽³⁰⁾. Las variables bioquímicas consistieron en la hemoglobina glicosilada (HbA1c), colesterol total y fracciones, triglicéridos, glicemia en ayunas, razón albúmina/creatinina (ACR) y creatinina sérica.

Los parámetros bioquímicos fueron clasificados dentro de la faja de normalidad y considerados para análisis de los resultados del cuidado a lo adulto mayor con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial: creatinina sérica ($< 1,3$ mg/dL en hombres y $< 1,2$ mg/dL en mujeres), ACR ($< 30,0$ mg/g), HbA1c ($< 7\%$ en diabéticos y $< 6,5\%$ en hipertensos), glicemia sérica en ayunas (< 126 mg/dL), colesterol total (< 200 mg/dL), high density lipoprotein cholesterol/HDL-c (> 40 mg/dL en hombres y > 50 mg/dL en mujeres), low density lipoprotein cholesterol/LDL-c (< 160 mg/dL) y triglicéridos (< 150 mg/dL). Tasa de filtración glomerular (TFG) fue estimada por la ecuación Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinina y DRC fue definida como TFG < 60 ml/min/1,73m² y/o presencia de albuminuria (ACR ≥ 30 mg/g), confirmada en dos exámenes de laboratorio con intervalo de tiempo ≥ 3 meses, conforme criterios de definición da DRC propuesta por el grupo Kidney Disease: Improving Global Outcomes⁽³¹⁾.

Los datos fueron analizados por medio del programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS, versión 23.0, Chicago, IL, USA). Primeramente los resultados fueron analizados por medio de técnicas descriptivas, expresadas en proporciones o porcentajes para variables categóricas y medianas con sus respectivos intervalos intercuartílicos (IQ) para las variables continuas no paramétricas. Un análisis de normalidad fue testado por el test de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de confiabilidad del PACIC fue realizado por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Test de correlación de Spearman's-Rho del escore PACIC total fue realizado entre las cinco dimensiones del cuestionario.

Comparación de la media de los escores total del PACIC con los resultados del cuidado (parámetros bioquímicos, índice de masa corporal, niveles de presión y las dos preguntas del WHOQOL-bref utilizadas) fue hecha por el test U Mann-Whitney, y posteriormente ajustado para potenciales variables de confusión (sexo, edad, escolaridad, renta, tiempo de diagnóstico de diabetes

mellitus y tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial) en el modelo multivariado por medio de la regresión logística Backward. El nivel de significancia adoptado fue de 5%, rechazando las hipótesis nulas de ausencias de diferencias cuando el p-valor encontrado fue menor que 0,05. Los valores obtenidos fueron expresos en odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC 95%).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais (Parecer nº 1.238.099) y de la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte (Parecer nº 1.351.378), obedeciendo todos los trámites legales. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, garantizándose sigilo de los datos y anonimato.

Resultados

La muestra estudiada fue constituida por 105 adultos mayores, siendo la mayoría (67,6%) del sexo femenino. La edad varió entre 60 y 93 años, con media de 72,0 años (IQ 66,5-80,5 años). Baja escolaridad fue predominante entre los adultos mayores (56,2% refirieron 0 a 4 años de estudios completos). Poco más de ¼ de la muestra relató renta mensual de ≤ 1 salario mínimo. Presencia de cuidador fue informada en 11,4% de la muestra. En relación a los hábitos comportamentales, 10,5% de los adultos mayores eran tabaquistas, 19,0% poseían probable diagnóstico de abuso de bebida alcohólica y apenas 20,0% practicaban algún tipo de actividad física.

La mayoría de los adultos mayores poseía buena o muy buena percepción de la calidad de vida (65,0%) y se encontraban satisfechos o muy satisfechos con su salud (57,3%). Nivel cognitivo alterado estuvo presente en 10,5% de los adultos mayores, siendo que dos de ellos presentaron un score ≤ 9 puntos en el MEEM, y se encontraban bajo los cuidados de un cuidador. En relación a las actividades de vida diaria, apenas 1,9% de los adultos mayores poseían dependencia parcial o total. Se observó elevada prevalencia de dislipidemia (86,7%), DRC (30,5%) y cardiopatía (20,0%), además, 13,3% informaron accidente vascular encefálico previo. Apenas 28,6% de los adultos mayores se encontraban eutróficos, y 21,9% eran obesos. Entre los adultos mayores hipertensos (n=104), 42,9% poseían diagnóstico de diabetes *mellitus* concomitante. La media de duración de la hipertensión arterial fue de 13 años (IQ 7,0-23,0 años) y de diabetes *mellitus* 7,0 años (IQ 4,0-13,0 años). Polifarmacia estuvo presente en 65,7% de los adultos mayores.

Control metabólico y de los niveles tensionales estaban adecuados en 74,3% y 54,3% de los adultos

mayores, respectivamente. Entre los parámetros bioquímicos investigados, el peor indicador fue HDL_c (50,5%), seguido de triglicéridos (65,0%) y colesterol total (71,0%). Informaciones detalladas sobre los resultados del cuidado en la muestra estudiada son presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1 - Resultados del cuidado a lo adulto mayor con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial acompañada en la Atención Primaria a la Salud. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016

Medidas de resultados		
	n	%
Percepción de la calidad de vida general*		
Buena / muy buena	67	65,0
Ni mala ni buena /mala / muy mala	36	35,0
Satisfacción con la salud*		
Satisfecho / muy satisfecho	59	57,3
Ni satisfecho ni insatisfecho / insatisfecho / muy insatisfecho	44	42,7
Índice de masa corporal (kg/m ²)		
<22	11	10,5
22-27	30	28,6
27-30 (Masculino) e 27-32 (Femenino)	41	39,0
>30 (Masculino) e >32 (Femenino)	23	21,9
Niveles presóricos	Media	Q25 - Q75[†]
Presión arterial sistólica (mmHg)	130,00	120,00 - 140,00
Presión arterial diastólica (mmHg)	74,00	70,00 - 80,00
Parámetros bioquímicos		
Glicemia en ayunas (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
Triglicéridos (mg/dL)§	126,50	97,25 - 171,75
Razón albúmina/creatinina (mg/g)	8,05	3,73 - 15,98
Creatinina sérica (mg/dL)	0,86	0,70 - 1,01
Tasa de filtración glomerular (mL/min/1,73 m ²)††	74,76	61,55 - 87,21

Nota: * Dos informaciones en falta; † Q - cuartil; ‡ HbA1c - hemoglobina glicosilada; § Cinco informaciones en falta; || LDL_c - low density lipoprotein cholesterol; ¶ Seis informaciones en falta; ** HDL_c - high density lipoprotein cholesterol; †† Tasa de filtración glomerular estimada por la ecuación Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinina.

En relación al cuestionario PACIC, el análisis de confiabilidad presentó resultado satisfactorio para el coeficiente alfa Cronbach (0,881). También se verificó correlación moderada a fuerte entre las cinco dimensiones del PACIC con el score PACIC total, variando de 0,490 (adhesión al tratamiento) a 0,889 (definición de metas), todos estadísticamente significativos (p<0,001).

Los adultos mayores atribuyeron puntuación mediana baja a la calidad del cuidado recibido considerando el score total del PACIC (1,55; IQ 1,30-2,20). Al evaluar las dimensiones, se observó que el Modelo de atención/toma de decisión presentó mejor resultado (2,33; IQ 1,50-3,00), pero Adhesión al tratamiento (1,00; IQ 1,00-1,67), Resolución de problemas/contextualización del asesoramiento (1,00; IQ 1,00-2,00) y Coordinación de la atención/acompañamiento (1,60; IQ 1,00-2,00) se destacaron como fragilidades en la perspectiva de los adultos mayores (Figura 1).

Sobre las respuestas para cada ítem evaluado del cuestionario, se observó que más de la mitad de los adultos mayores refirió "nunca" como respuesta para 16 ítems de los 20 evaluados, siendo los ítems 1 y 9, aquellos con mayor concentración de respondientes (89,5% e 94,3%). Apenas el ítem 5 presentó predominio de la respuesta "siempre" (36,2%) (Figura 2).

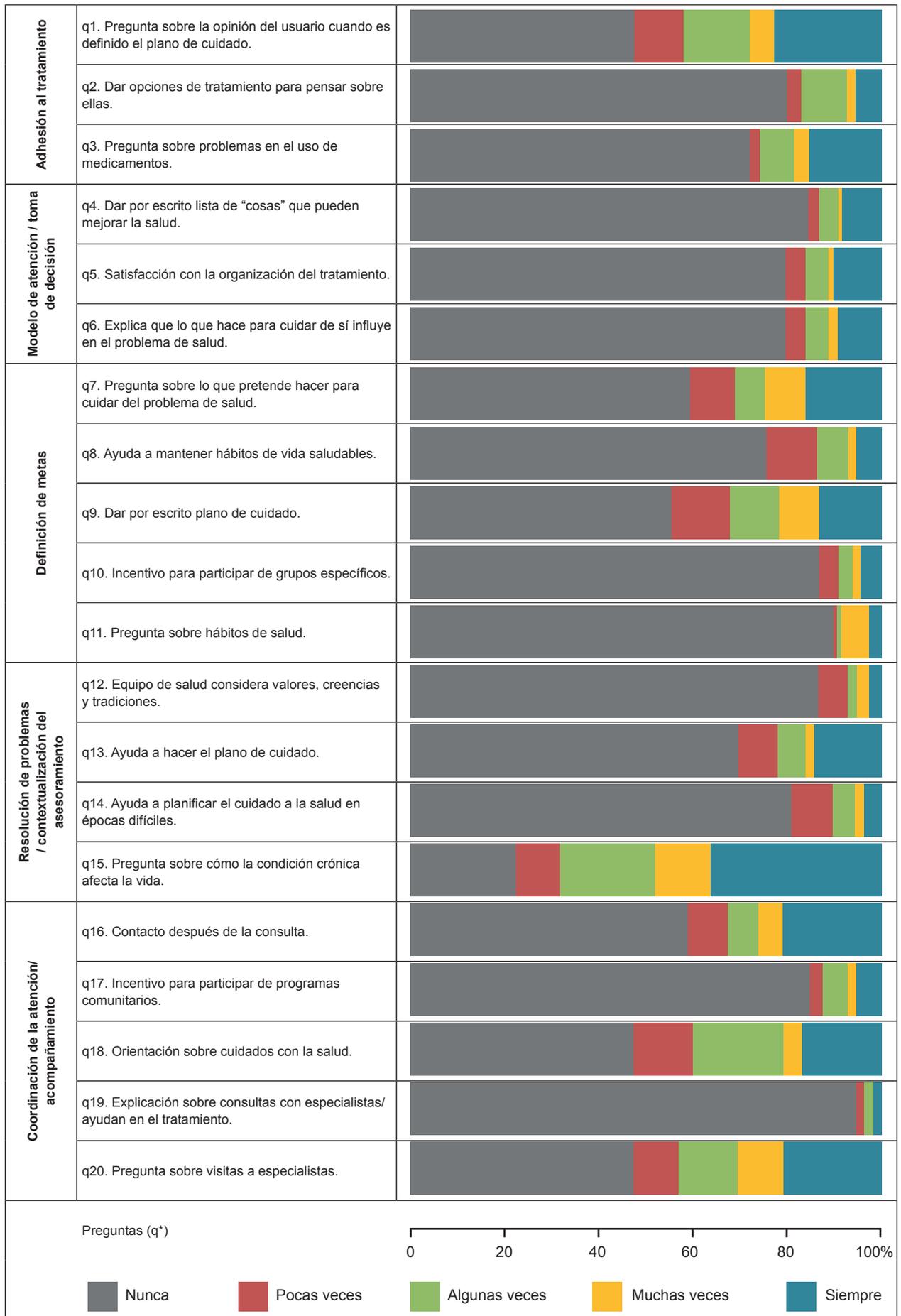
No fue observada diferencia estadística entre las medias de los escores total del PACIC y los indicadores de resultados del cuidado individualmente (Figura 3), inclusive después al ajuste para sexo, edad, escolaridad, renta, tiempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* y tiempo de

diagnóstico de hipertensión arterial. Sin embargo, cuando fueron evaluadas las diferencias de las medias de los escores PACIC total entre los adultos mayores que relataron buena o muy buena calidad de vida y satisfecho o muy satisfecho con la salud simultáneamente, hubo diferencia estadística entre los valores de las medias (1,83 vs 1,40; $p=0,019$), ajustado para las variables antes mencionadas. Estos adultos mayores tuvieron 2,01 veces más chances de tener mayores escores mediano total del PACIC en relación a los demás adultos mayores (OR=2,01; IC 95%: 1,12-3,59; $p=0,019$) (datos no mostrados).

Dimensiones PACIC*	Preguntas (q [†])	n (%) [‡]	Q50 (Q25-Q75) [§]	
Adhesión al tratamiento (q1-q3)	q1. Pregunta sobre la opinión del usuario cuando es definido el plano de cuidado.	94 (89,5)		
	q2. Dar opciones de tratamiento para pensar sobre ellas.	91 (86,7)		
	Total dimensión		1,00 (1,00-1,67)	
Modelo de atención/ toma de decisión (q4-q6)	q4. Dar por escrito lista de "cosas" que pueden mejorar la salud.	85 (81,0)		
	Total dimensión		2,33 (1,50-3,00)	
Definición de metas (q7-q11)	q7. Pregunta sobre lo que pretende hacer para cuidar del problema de salud.	89 (84,8)		
	q9. Dar por escrito plano de cuidado.	99 (94,3)		
	Total dimensión		1,60 (1,20-2,60)	
Resolución de problemas/ contextualización del asesoramiento (q12-q15)	q12. Equipo de salud considera valores, creencias y tradiciones.	84(80,0)		
	q14. Ayuda a planear el cuidado a la salud en épocas difíciles.	88 (83,8)		
	q15. Pregunta sobre cómo la condición crónica afecta la vida.	84 (80,0)		
	Total dimensión		1,00 (1,00-2,00)	
Coordinación de la atención/ acompañamiento (q16-q20)	q16. Contacto después de la consulta.	84 (80,0)		
	q20. Pregunta sobre visitas a especialistas.	91 (86,7)		
	Total dimensión		1,60 (1,00-2,00)	
Escore total			1,55 (1,30-2,20)	

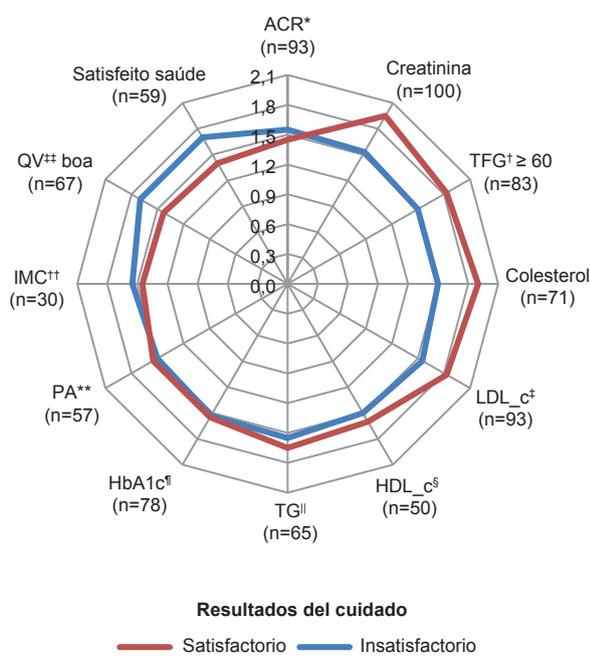
Nota: Escala de Likert de 1 a 5 (1 = peor concordancia; 5 = mayor concordancia con el Chronic Care Model - CCM). Se optó por destacar las 10 preguntas con peor evaluación entre los 20 ítems evaluados. * PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care; † q - pregunta; ‡ Porcentaje de personas que respondieron "nunca"; § Q - cuartil.

Figura 1 - Distribución descriptiva de los 10 ítems con peor evaluación y escore total y boxplots de las cinco dimensiones del Patient Assessment of Chronic Illness Care. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016



Nota: * q - pregunta.

Figura 2 - Distribución descriptiva de las cinco dimensiones del Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) para cada cuestión. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016



Nota: * ACR - razón albúmina/creatinina; † TFG - tasa de filtración glomerular; ‡ LDL_c - low density lipoprotein cholesterol; § HDL_c - high density lipoprotein cholesterol; || TG - triglicéridos; ¶ HbA1c - hemoglobina glicosilada; ** PA - presión arterial; †† IMC - índice de masa corporal; ‡‡ QV - calidad de vida. n = número de adultos mayores con resultado del cuidado satisfactorio. HbA1c controlada: <7% (diabéticos) y <6,5% (hipertensos). PA controlada: <140/90 mmHg (hipertensos) y <130/80 mmHg (diabéticos). p>0,05 ajustado para sexo, edad, escolaridad, renta, tiempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* y tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial.

Figura 3 - Media de los escores total del Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) de acuerdo con resultados del cuidado satisfactorios o no. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016

Discusión

En este estudio, el escore total del PACIC de 1,55 indica que, en general, el proceso de cuidado evaluado concordante con el CCM nunca sucedió u ocurrió pocas veces en la perspectiva de los participantes. Este resultado contrasta con otras investigaciones internacionales que alcanzaron escore total mayores al presentado en la actual investigación, variando de 2,33 a 4,19^(12-14,23-25,32). En ámbito nacional, fue encontrado apenas el estudio responsable por la traducción del cuestionario en el país, realizado en Curitiba, que obtuvo un escore medio de 2,86⁽⁶⁾. Parte de esa diferencia puede ser explicada por el hecho de los trabajos levantados haber incluido en la muestra personas más jóvenes y con otras morbilidades. Además, se debe destacar la posible influencia de la presencia de mayor homogeneidad de la cultura en otros países cuando es comparada a la realidad brasilera.

El bajo escore encontrado sugiere fragilidades de los equipos de Salud de la Familia en garantizar un cuidado proactivo, planificado, coordinado y centrado en la persona⁽⁶⁾, expresado por posibles dificultades en incorporar en la práctica aspectos no clínicos del cuidado

crónico, como, por ejemplo, la implementación del autocuidado apoyado⁽¹⁶⁾.

Este es uno de los elementos-clave del CCM para garantizar alta calidad del cuidado, siendo considerado por la Organización Pan-Americana de Salud una estrategia fundamental e innovadora en la asistencia a personas con problemas crónicos de salud, pues una vez diagnosticada la condición crónica, como la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial, la persona necesitará lidiar diariamente con esa condición, y, consecuentemente, el autocuidado será una tarea para toda la vida de ese individuo, incluyendo familiares⁽¹⁶⁾. Para reforzar la importancia del autocuidado, se resalta que una persona con diabetes *mellitus* gasta por año aproximadamente 8,7 horas con un profesional de salud, mientras las otras 8.751,3 horas ella manejará su enfermedad. Por lo tanto, es imperativo ayudar a esos individuos a entender y responsabilizarse por su enfermedad⁽³³⁾.

Por definición, el autocuidado apoyado consiste en la implementación sistemática de intervenciones de educación y apoyo por los profesionales de salud con la intención de aumentar habilidades y confianza de los usuarios en el manejo de sus problemas de salud, promoviendo una noción de corresponsabilidad. Incluye elección de problemas a ser priorizados, fijación y monitoreo del cumplimiento de metas centradas en las necesidades, en los valores y en las preferencias del usuario, identificando las dificultades en cumplirlas, apoyo para la solución de problemas a partir de un plano conjunto de cuidado, entre otras acciones, en que los proveedores dejan de ser prescriptores para transformarse en aliados de las personas usuarias de los sistemas de atención a la salud⁽¹⁶⁾.

A partir de lo expuesto, se cuestiona sobre la formación de los profesionales de salud que puede no estar enfatizando el abordaje de cuidados que reconozca el papel crucial de los usuarios en la gestión de su propia condición de salud. Este cuestionamiento es compartido por otros autores⁽²⁴⁾ e, inclusive, encuentra respaldo en la literatura. Investigación realizada en Quebec, implicando 364 personas con diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (edad media: 64,9±11,8 años) usuarias de instituciones de enseñanza encontró, de un lado, escore medio total del PACIC de 2,8, y, por otro lado, un alto grado de calidad del cuidado técnico con casi 80% de adhesión a las directrices clínicas para las condiciones crónicas estudiadas. Los autores explican que tal hecho puede haber ocurrido en parte por el propio contexto académico, cuya enseñanza clínica centrada en el entrenamiento puede concentrarse menos en la implementación de acciones que estén en consonancia con los referenciales del CCM que en la calidad técnica, que es más fácilmente evaluada⁽²³⁾.

Sin embargo, los bajos escores del PACIC pueden también estar señalizando que, mismo si en la práctica esas acciones estén siendo implementadas, las mismas no están agregando valor a las personas, de tal modo que no fueron reconocidas por los usuarios. Eso porque a pesar de estar bien insertado el término autocuidado en el discurso del campo de la educación en salud, ni siempre su comprensión exacta y aplicación auténtica ocurren tan fácilmente, en la medida en que implica muchas veces hacer un cambio de paradigma. Complementando lo que ya fue comentado, tradicionales modelos biomédicos de asistencia a la salud direccionados para condiciones agudas y episódicas fundamentan muchas veces la formación y socialización de los profesionales de salud, de tal modo que cuando esos profesionales intentan incorporar sus principios en sus creencias y prácticas actuales, comienzan a surgir muchos equívocos sobre el tema, lo que requiere que los mismos se vuelvan conscientes de tales contradicciones y pasen a emprender cambios de comportamiento o de filosofía⁽³⁴⁾.

A su vez, al analizar cada ítem del PACIC individualmente, se verificó que solamente cuatro preguntas obtuvieron medias encima de 1,00 (q5, q8, q10 y q11). Con todo, apenas q5 "Quedó satisfecho con la organización de su tratamiento" obtuvo puntuación encima de la media del escore total posible de ser puntuado, presentando predominio de la respuesta "siempre" (36,2%), con la excepción de que 21,9% de los adultos mayores refirieron "nunca" estar satisfechas. El contraste entre los bajos escores de las demás preguntas con mayor satisfacción con el servicio de salud debe ser interpretado con cautela, pues es posible que los adultos mayores de este estudio tengan expectativas más elevadas en relación a los cuidados de salud recibidos y, consecuentemente, influenciando en la menor percepción de la calidad del cuidado ofrecido por los equipos de Salud de la Familia. Investigaciones futuras deben explorar con mayor profundidad la relación entre calidad del cuidado y satisfacción en ese segmento poblacional.

Entre las preguntas con elevados porcentajes de respuestas "nunca" se destacan q1 (pregunta sobre la opinión del usuario cuando es definido el plano de cuidado - 89,5%), q2 (dar opciones de tratamiento para pensar sobre ellas - 86,7%), q7 (pregunta sobre lo que pretende hacer para cuidar del problema de salud - 84,8%) y q12 (equipo de salud considera valores, creencias y tradiciones, cuando indica el tratamiento - 80,0%). Ese hallazgo es preocupante visto que evidencia posibles fallas de los profesionales de salud en reconocer la responsabilidad del usuario en la toma de decisiones por su propio cuidado. En esa perspectiva, la no flexibilización en las elecciones del cuidado puede traer la idea, aunque implícitamente, de que el individuo tendrá su vida

controlada por la enfermedad. Esa situación, cuando es traída para un contexto de adultos mayores con diabetes *mellitus* y/o hipertensión arterial, puede conducir a resultados clínicos y funcionales desfavorables, en la medida en que las consecuencias metabólicas son una función de las decisiones y acciones que las personas hacen durante el manejo diario del agravo⁽³⁴⁻³⁵⁾.

Eso porque mediante la situación de descubrimiento de una condición crónica, pasa a ser exigido de la persona modificación en su día-a-día, para que la misma sea capaz de organizar su cuidado, a partir del desarrollo de competencias para lidiar con una gama de actividades previstas o no por el saber médico, incluyendo situaciones adversas para el control de la enfermedad, dado el contexto sociocultural en que se inserta el portador, situación ésta denominada por algunos autores como "ruptura de la biografía del individuo". Sin embargo, con el pasar del tiempo⁽³⁶⁾, la propia persona puede desarrollar una postura de "no adherencia estratégica", no obedeciendo las recomendaciones médicas de forma consciente y crítica⁽³⁶⁾. En ese sentido, algunas estrategias volcadas a apoyar la efectiva realización del autocuidado pueden ser utilizadas por los equipos de Salud de la Familia como, por ejemplo, las "estrategias comportamentales" (capacitación - descubrimiento y el desenvolvimiento de una capacidad propia del individuo, valorizando su autonomía y tornando responsable por su propia vida; "grupos de apoyo"; "soluciones de problemas"; "motivación y soporte para la autonomía")⁽³⁶⁾.

En lo que se refiere a los factores asociados al PACIC, los resultados del estudio no fueron capaces de apoyar la hipótesis de que adultos mayores con mayores puntuaciones en el PACIC presentarían mejores resultados del cuidado. Sin embargo, en el análisis conjunto de las preguntas relacionadas a la percepción de calidad de vida y satisfacción con la salud la hipótesis fue confirmada. Esos hallazgos indican la necesidad de resignificar la práctica para además de los cuidados técnicos y de laboratorio para mantener altos niveles de calidad del cuidado.

Mediante los hallazgos, es importante destacar el importante papel de la Enfermería en la APS como agente propulsora de cambios. Su esencia "el cuidado" proporciona espacios de encuentro intersubjetivo entre el profesional y la persona que vivencia una condición crónica de salud tan necesaria para el desarrollo de actitudes/cambios de comportamiento. Se trata de un proceso lento y dificultoso para las personas con condiciones crónicas, en la medida en que implica repensar toda la rutina y adaptar el proyecto de vida. En ese sentido, la actuación del enfermero tiene gran potencial para actuar según los presupuestos de los cuidados crónicos, sea en la consulta de enfermería, sea en actividades educativas individuales o colectivas, hasta mismo en acciones de

movilización en la comunidad. Eso será alcanzado a partir de una asimilación crítico-reflexiva de conocimientos, que posibilite la concientización de la nueva condición de salud, de forma autónoma. En este sentido, la Enfermería es capaz de rescatar la intersubjetividad, implicando reflexión y acción, lo que permite al otro problematizar su situación, cuya libertad va llenando el espacio antes habitado por su dependencia, y de esa forma descubre cómo participar en la transformación de su mundo en pro de la salud integral del ser humano⁽³⁷⁾.

Como limitaciones del estudio se destacan la naturaleza del estudio transversal que imposibilita determinar relaciones causales del resultado y variables de interés. Tampoco fueron encontrados estudios nacionales o internacionales que incluyesen apenas adultos mayores utilizadores de servicios públicos de salud, para fines de comparación y no se puede excluir el bias de la respuesta selectiva. Como potencialidades del estudio se destacan muestra de base poblacional, aleatorizada entre los sectores censitarios; el uso de cuestionario traducido y adaptado para la lengua portuguesa contribuyendo para mayor precisión de las respuestas en evaluar la calidad del cuidado; y la no existencia de missing en el cuestionario PACIC, que cuando relatadas en la literatura pueden alcanzar hasta 32,7%^(25,32).

Conclusión

Se constató baja calidad del cuidado a lo adulto mayor con diabetes *mellitus* y/o hipertensión en la Atención Primaria a la Salud según el Chronic Care Model en la perspectiva del propio adulto mayor, indicando que, la reordenación del modelo asistencial orientado para el cuidado crónico en el contexto de la APS parece aún distante de sus presupuestos, cediendo lugar a los modelos biomédicos tradicionales en la perspectiva de los adultos mayores participantes del estudio.

Aún, no fue posible confirmar la hipótesis de que adultos mayores con mayores puntuaciones en el PACIC presentan mejores resultados del cuidado, apenas cuando es considerado aquellos adultos mayores que relataron buena o muy buena calidad de vida y satisfecho o muy satisfecho con la salud simultáneamente.

Se recomiendan incentivos en la ampliación de estrategias *in loco* que posibiliten la diversidad de acciones en la prevención y gestión de las condiciones de salud, de manera de incluir la cultura, los valores y las experiencias del usuario.

Referencias

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/rbgg/v19n4/1809-9823-rbgg-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 JN, 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 SCSA, 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=0ahUKEwi39qTwwY3UUhVCDpAKHXc9AscQFggUAE&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%20C3%A7%C3%A3o_EPI_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. Health 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, McDonell 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>

Recibido: 13.06.2017

Aceptado: 07.11.2017

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.