

LÍLIAM BARBOSA SILVA

**Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes
e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde**

BELO HORIZONTE
2018

LÍLIAM BARBOSA SILVA

**Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes
e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

BELO HORIZONTE
2018

Silva, Líliam Barbosa.
S586q Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão
 atendida na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]. / Líliam Barbosa
 Silva. - - Belo Horizonte: 2018.

216f.: il.

Orientador: Sônia Maria Soares.

Área de concentração: Enfermagem e Saúde.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Saúde do Idoso. 2. Dinâmica Populacional. 3. Estratégia Saúde da
Família. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Avaliação de Processos e
Resultados (Cuidados de Saúde). 6. Diabetes Mellitus. 7. Hipertensão. 8.
Dissertações Acadêmicas. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal
de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 152

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Financiamento Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG APQ 00108-11; APQ 02212-14 e APQ 03556-13).

Bolsa de auxílio financeiro concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

ATA DE NÚMERO 106 (CENTO E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA LÍLIAM BARBOSA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 20 (vinte) dias do mês de abril de dois mil e dezoito, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "QUALIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA COM DIABETES E/OU HIPERTENSÃO ATENDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", da aluna **Líliam Barbosa Silva**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Sônia Maria Soares (orientadora), Karla Cristina Giacomin, Adriano Marçal Pimenta, Simone Tetu Moyses (participou da sessão por skype) e Mirela Castro Santos Camargos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de abril de 2018.

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Soares
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Karla Cristina Giacomin
(Secretaria Municipal de Saúde/PBH)

Prof. Dr. Adriano Marçal Pimenta
(Esc.Enf/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moyses
(PUC/PR)

Prof.ª Dr.ª Mirela Castro Santos Camargos
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Profa. Dra. Adriana Oliveira
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem / UFMG



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG
Avenida Alfredo Balena, 190 - Sta. Efigênia
Caixa Postal 1556 - Campus da Saúde
Fone: (031) 248-9828 - Fax: (031) 248-9830
CEP 30130-100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

Patrícia Prata Saigado
Assistente em Administração
Inscrição: 215627

conferir com o original
Esc. de Enf. UFMG

08 / 09 / 2018

Ass.:

HOMOLOGADO em reunião do CPG
07 05 / 2018

Aos **familiares**, em especial àqueles que tenho maior proximidade, que se alegram pelas conquistas e encontram-se próximos nos momentos difíceis. A virtude do reconhecimento dos erros e dos acertos, ... só o tempo para apagar as marcas ...

Às amigas **Aneilde, Lírica, Lívia, Teresinha, Thábata e Vera**, vocês sabem o quanto foi difícil essa etapa final. Talvez a dificuldade maior fosse encontrar as palavras exatas para explicar algo incerto. Obrigada pelas palavras de incentivo. Agora é momento de comemorar, mas com moderação.

Ao amigo **super especial Lucas**, novo membro da FAMÍLIA UFMG! Que orgulho! Uma pessoa que compartilha os mesmos anseios de sucesso e de felicidade. Quando menos espero, você liga para ver se "tô viva" (risos).

Ah! Que bom ter um amigo que irradia alegria e confiança.

Às bolsistas de **Iniciação Científica** e amigas **Francielle, Raquel Melgaço, Camila Isis, Raquel Eustáquia, Antonieta, Thaís e Lariza**, que em tanto contribuíram na coleta de dados e nas ações comunitárias. Espero que esse momento vivenciado durante o encontro com os nossos idosos tenha agregado valores e despertado o lado vocacional para a pesquisa e, sobretudo, tenha demonstrado a importância do "encontro dialógico entre o ser que cuida e o ser que é cuidado".

Aos **integrantes do NEPCDH**, pelas contribuições nas discussões em grupo para melhoria deste trabalho. Ainda temos muito que avançar e aprender. Lembrem-se: a construção coletiva do conhecimento perpassa por boas ideias, regrada com um toque de ousadia. Vamo k vamo!

Aos **colegas de Doutorado**, pela amizade e sugestões em nossas calorosas discussões de projetos. Como é gratificante a sensação de término desta etapa.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**, pela concessão de espaço na realização desta pesquisa. Reafirmo que a construção coletiva de compromissos para mudanças gradativas no processo de trabalho no cuidado primário perpassa a articulação e complementaridade de saberes. Destarte, é um documento inacabado à espera de contribuições de todos comprometidos com a qualificação da assistência - a instituição de ensino e o provedor do cuidado.

Obrigada pela parceria e fico na torcida pela continuidade de nossas ações. Aos **professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, boa parte de minha vida foi compartilhada por seus ensinamentos e experiências, desde a Graduação. Talvez a lição mais sublime que permanece é o compromisso ético e estético da Enfermagem, modulada por expectativas de mudanças transformadoras do cuidar. O cuidar ... esse que deixa marcas de saudades de um tempo presente que se esvai a cada segundo de nossas vidas. Poder sentir o que não é sentido, palpar aquilo que não pode ser palpado e ouvir aquilo que não pode ser ouvido é algo que busco diante da pessoa que cuido. Isso é o que representa a Enfermagem para mim. Obrigada a todos que contribuíram pela minha formação.

Estarei sempre aberta para novos ensinamentos e ...
... sempre disponível para novos desafios.



AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas idosas que deram vida a este projeto, permitindo que o mesmo alcançasse um significado pessoal e profissional. Talvez as palavras não expressem tudo aquilo que sinto agora ... Ficam já saudades de colocar o despertador todo dia, ao lado da cabeceira, pensando que logo já deveria levantar e aprontar-me para ir ao encontro de vocês.

Posso dizer que vivi intensamente a pesquisa, mais que uma pesquisa ..., uma aventura.

Várias situações presenciadas, situações estas que me fez sorrir e chorar.

Foram tantas histórias escutadas com o olhar tácito, contadas por pessoas que vivem e lutam a cada dia na expectativa de manter a chama interior acesa, regada pelo toque suave da juventude, impedindo de esvair-se pelo passar do tempo.

Lembro-me bem da frase do querido Sr. Ventura (nome fictício de um dos participantes):

"Que cronologia é essa, minha filha? Fico velho a cada dia, mas me sinto tão jovem.

Veja minha filha, não deixe o tempo passar sem fazer nada ...

Você é jovem e traz alegria para o meu coração, coração este que já sofreu muito, de abandono dos meus filhos, da incompreensão daqueles que se dizem importantes, donos da lei.

Resolvi ser feliz, acompanhado pela receita da VIDA".

E é nessas atribulações da vida, que se tiram forças para viver, despeço-me de vocês. Aos nossos idosos que com o sorriso sincero abriram não somente as portas de suas casas durante esses três longos anos, mas também abriram seus corações, mostrando, cada um a seu modo, as iniquidades, as situações de abandono e a carência ... Mas por outro lado, ensinaram que são pessoas ativas, que querem viver ...

Agora estamos fechando uma porta, mas tenho certeza que janelas se abrirão ...

Parafraseando as falas de nossos queridos idosos: "estamos fechando a porta, mas deixem a janela aberta, ...". Isso porque, a ESPERANÇA do reencontro permite que os olhos brilhem, pois há a certeza de que amizades foram cultivadas e conquistadas a cada dia, com uma conversa aberta e sem pressa de ir embora.

Este é o segredo do sucesso ... Não tenham pressa de ir embora.

Sintam esse momento, que talvez tenha o cheiro doce do envelhecer ...

"... essa perna minha tem que sarar, que eu vou correr pra baixo e pra cima. Subir esse morro, subir esse morro Bom Jesus, o que eu já subi tanto aí, Nossa Mãe!"

Eis aí, o depoimento de outra participante do estudo. Que ela sirva de incentivo a todos os profissionais de saúde que buscam a cada dia trazer em sua prática a alegria e a satisfação no cuidar. O idoso hoje evoluiu em sua representação, não é mais aquela imagem inocente e passiva, ele quer e busca VIVER plenamente os seus anos dourados ...

Ajudemo-nos a concretizar esse sonho ... "vamos de mãos dadas" (Drummond)

No vasto álbum de figurinha da VIDA, não encontramos figurinhas repetidas. Cada um apresentou sua singularidade, encantando-nos. Hoje posso dizer que belas e sinceras amizades foram construídas. Vocês mostraram a importância do cuidado afetivo.

Quisera eu poder ajudá-los mais ...



AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Dedico este trabalho

À **Deus**,

Que se fez e faz presente em todos os momentos de minha vida.
A cada gesto de proteção, senti-me segura, confiante de Sua presença.
Por onde eu caminhei, ruas, becos, alamedas e avenidas, Tu caminhaste comigo,
tornando essa trajetória mais leve e gratificante.

Ao **Sr. Olinto** e à **Sr^a. Teresinha**,

meus **estimados pais**. Dessa vez o agradecimento é muito, muito especial,
porque tenho a oportunidade de agradecer pessoalmente ao **meu pai**,
que passou por um momento tão delicado de saúde. Talvez hoje eu não teria a
oportunidade de o fazê-lo neste plano carnal e agradeço a **Deus** por
permitir isso. Fico feliz e aliviada, por ainda poder vê-lo e escutá-lo e estar
aqui presente em minha defesa. Sei que mudanças foram necessárias,
sua rotina de trabalho interrompida, mas isso passa,
afinal de contas "[...] tudo é possível ao que crê" (Marcos 9:23).

Estás vivo, andando nem que seja com auxílio de uma bengala e isto me basta.

Minha **querida mãe**, tu podes considerar uma guerreira, de gênio forte e ao
mesmo tempo afável. Quisera eu ter ficado mais perto, ao seu lado, auxiliando-te
no cuidado de papai. Mas saiba, o pensamento sempre esteve aí, em nosso aconchego.

"Não deixe a peteca cair (risos)".

Aos **irmãos Adriano e Bruno**,

Não sei qual de vocês é mais teimoso. Vivem pensando no impossível.

Mas nem o impossível é capaz de abalar nossa relação fraterna.

Apesar de momentos de discórdias (há de convir comigo, tem vezes que vocês
exageram na confiança, né?), no desenrolar da história acabamos "amiguinhos" (risos).
Quem sabe um dia quando tivermos bem velhinhos, estaremos todos sentados na lagoa,
contando as proezas que não deram certo? (Ah! Estas proezas só a gente sabe ...).

À minha estimada **irmã Patrícia**,

"O caminho para um sonho é calçado de sacrifícios e alinhado com determinação.
E, embora existam muitos obstáculos pelo caminho que pode ter mais de uma direção,
ele é marcado com fé. E conquistado com disposição para enfrentar desafios
e correr riscos, para falhar e tentar de novo e de novo. Ao longo do caminho,
você pode ter de enfrentar dúvidas, contratempos e injustiças, mas quando ele
chega ao fim, você descobre que não há alegria maior que a de tornar seus
sonhos realidade" (Barbara Cage).

Essa frase muito te descreve ... Eis, portanto, chegado o momento!
Brindemos a felicidade! Após o findar dessa caminhada, continuamos **JUNTAS**,
já pensando o que fazer! Que caminhos trilhar, não é mesmo?

Você, com essa sua carinha "custosa" e sua excentricidade (in)flexível pelas
estatísticas da vida, não se permitiu descansar
nenhum segundo até que eu pudesse chegar nesse momento.

Então, o que dizer, quando apenas um olhar já nos basta? ☺

São nossas diferenças que nos fazem, assim ...

SEMPRE AVANTE!



DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente

À Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares,
Minha orientadora e amiga de longa data. Desde o período da Graduação
e do Mestrado, juntas buscamos construir um conhecimento coletivo,
respeitando as singularidades de cada uma.

"Não havíamos marcado hora, não havíamos marcado lugar.
E, na infinita possibilidade de lugares, na infinita possibilidade de tempos,
nossos tempos e nossos lugares coincidiram.

E deu-se o encontro" (Rubem Alves).

Sou grata pelos ensinamentos. Grande parte do meu interesse pela temática
deve-se ao nosso convívio acadêmico. Você acreditou neste projeto,
talvez até mais do que as idealizadoras e,
por esse motivo foi possível executá-lo, muito obrigada!

Confesso-te que não imaginava atingir tantas conquistas por intermédio
deste estudo. E o mais importante: ter provocado mudanças
para além da pesquisa, mesmo que pequenas, o que nos fez
sempre seguir ADIANTE!

Agora é pensar no futuro. Uma porta se fechou,
mas a janela estará sempre aberta.

Aberta para novas conquistas, novas experiências, e quem sabe?

.... uma continuidade do que se iniciou?

Muitas foram as situações vivenciadas que não podem ser registradas
apenas em palavras, porque elas foram escritas com as
simbólicas palavras do coração ...

Finalizar uma etapa é sempre gratificante,
mas deixa saudades ...

E nesse término, não poderia de deixar registrar:
o nosso incessante desejo pelo conhecimento nos fez acreditar que,
apesar da *avaliação qualitativa* traduzir melhor as dimensões da subjetividade,
escapando dos indicadores e das expressões numéricas,
mostramos que juntos podem se tornar importantes
ferramentas de análise e de aprendizagem.

Obrigada por ter acreditado nisso.

Não ter medo de inovar, acreditar sempre,
eis características que te definem.

Escrever o que está implícito é um desafio, compreendê-lo é uma virtude.

Obrigada por tudo, pela ousadia e pela confiança!
vamo k vamo!



DEDICATÓRIA ESPECIAL

RESUMO

Introdução: Este trabalho é parte da segunda etapa do estudo “Envelhecimento e Doença Renal” (en-DoRen), que visou estimar a prevalência de doença renal crônica (DRC) não dialítica em pessoas idosas. A primeira etapa identificou elevada prevalência de DRC (24,0%) e baixa consciência de seu *status* (13,9%), com maiores percentuais de consciência nos estágios mais avançados (estágios 3-5). Tais achados fizeram questionar sobre a existência de provável inadequacidade na qualidade do cuidado à pessoa idosa com condição crônica, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo uma temática ainda pouco explorada na literatura, o que justificou a realização deste estudo. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão acompanhada por equipes de Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de um estudo de métodos mistos com desenho explanatório sequencial QUAN→QUAL. Inicialmente, foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento transversal (Fase 1), seguida por uma pesquisa qualitativa fundamentada na perspectiva do Construcionismo Social (Fase 2). Os dados da Fase 1 (QUAN) foram coletados entre agosto de 2014 e janeiro de 2017, e envolveu os 300 idosos participantes da primeira etapa do estudo en-DoRen, residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi realizado inquérito domiciliar, e utilizado um questionário semiestruturado, contendo informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Também foi aplicado o questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) para avaliação da qualidade do cuidado, e obtido informações secundárias provenientes da consulta ao prontuário eletrônico na APS. Ainda foi realizada coleta domiciliar de amostra de material biológico para dosagem de exames laboratoriais. A Fase 2 (QUAL) envolveu entrevistas individuais em profundidade com 20 pessoas idosas selecionadas da fase anterior realizadas em novembro a dezembro de 2017. Os dados quantitativos foram analisados por meio de técnicas descritivas, regressão logística, análise de correspondência múltipla e *cluster*. Já os dados qualitativos foram analisados a partir das práticas discursivas proposta por Spink. Para organização e análise das entrevistas foi utilizado o recurso dos mapas. Como principais referenciais teóricos que subsidiaram a discussão dos achados destacaram-se o *Chronic Care Model* (CCM) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), com ênfase para o autocuidado apoiado e a estratificação de risco, assim como o modelo explicativo de satisfação proposto por Atkinson e Medeiros, com foco para a culpabilidade. **Resultados:** A amostra do estudo foi caracterizada por elevada prevalência de doenças cardiovasculares (24,1%). Entre seus fatores de risco, destacaram-se hipertensão arterial (83,9%) e dislipidemia (82,6%), e maior frequência de simultaneidade entre 3 e 4 fatores de risco cardiovasculares (FRCV) (51,8%). Aproximadamente, metade dos participantes era dependente do serviço público de saúde (48,8%). Após análise ajustada, sexo feminino e cor de pele não branca estiveram associados com o acúmulo de FRCV no setor privado, enquanto, sexo feminino e faixa etária 65 a 74 anos no setor público. Como fragilidades na conformidade da prática assistencial, destacaram-se a avaliação do pé diabético e a solicitação de exames especializados. A análise de correspondência múltipla identificou que a dimensão 1 separa os indivíduos quanto aos aspectos clínicos e níveis de satisfação, enquanto a dimensão 2 opõe os indivíduos com piores indicadores de resultado do cuidado. Em relação à qualidade do cuidado primário, a pontuação mediana do PACIC foi de 1,55 (IQ 1,30-2,20), e a dimensão “Modelo de atenção / tomada de decisão” apresentou melhores escores (2,33; IQ 1,50-3,00). Apesar da baixa qualidade do cuidado crônico, foi verificado alto nível de satisfação dos usuários, o que suscitou explorar qualitativamente

esse achado contrastante. Após construção dos mapas, destacou-se o tema: *A culpabilidade como filtro mediador: a satisfação processada e transformada*. Esse tema resultou da problematização das situações vivenciadas nos serviços da APS pelo idoso cujo sentido de uso de repertórios interpretativos relacionados à culpabilidade, permitiu-lhes manifestar favoravelmente sua satisfação com esses serviços de saúde. O tema foi constituído por quatro subtemas, três deles representando um tipo de imputação de culpa feita pelo idoso e a última, expressando o resultado dessas atribuições, como possível reflexo do lugar que ocupa na atual configuração do sistema de saúde público. **Conclusão:** A prevalência de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco modificáveis foram elevados nos idosos estudados, tendendo maior concentração em indivíduos com maior vulnerabilidade social tanto no setor público quanto no privado. Também foram evidenciados baixos escores do PACIC e suas dimensões, indicando que o cuidado crônico segundo o CCM na APS parece ainda distante de seus pressupostos. Apesar disso, os idosos tenderam a manifestar satisfação por esses serviços, sendo uma possível explicação para essa satisfação aparentemente injustificada a presença de filtros mediadores com destaque para a “culpabilidade”. Faz-se necessário, portanto, romper com o ciclo que perpetua antigas estratégias de regulação moral, as quais são social e historicamente instituídas.

Palavras-chave: Envelhecimento Demográfico; Saúde do Idoso; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde); Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Diabetes *Mellitus*; Hipertensão; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: This study is part of the second stage of the study "Aging and Kidney Disease" (en-DoRen), which aimed to estimate the prevalence of non-dialytic chronic kidney disease (CKD) in older people. The first stage identified a high prevalence of CKD (24.0%) and low awareness of its status (13.9%), with higher percentages of consciousness in the more advanced stages (stages 3-5). These findings made to question the existence of probable inadequacies in the quality of care for the older people with a chronic condition, especially in Primary Health Care (PHC), being a thematic yet little explored in the literature, which justified the study. **Objective:** To evaluate the quality of care for the older people with diabetes and/or hypertension accompanied by Family Health teams. **Methods:** This is a study of mixed methods with explanatory sequential design QUAN→QUAL. Initially, a quantitative study was carried out, with a cross-sectional design (Phase 1), followed by a qualitative research based on the perspective of Social Constructionism (Phase 2). Phase 1 data (QUAN) were collected between August 2014 and January 2017, and involved the 300 older people participants of the first stage of the en-DoRen study, residing in one of the nine health districts of Belo Horizonte, Minas Gerais. A household survey was conducted and a semi-structured questionnaire was used, containing sociodemographic, behavioral and clinical information. The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire was also used to assess the quality of care, and obtained secondary information from the consultation to the electronic health record in PHC. A sample of biological material was still collected for laboratory tests. Phase 2 (QUAL) involved in-depth individual interviews with 20 seniors selected from the previous phase from November to December 2017. The quantitative data were analyzed through descriptive techniques, logistic regression, multiple correspondence analysis and cluster. The qualitative data were analyzed from the discursive practices proposed by Spink. For the organization and analysis of the interviews, the maps were used. The Chronic Care Model (CCM) and the Chronic Conditions Care Model (MACC) were the main theoretical references that supported the discussion of the findings, with emphasis on self-care support and risk stratification, as well as the explanatory models of satisfaction proposed by Atkinson and Medeiros, focusing on culpability. **Results:** The study sample was characterized by a high prevalence of cardiovascular diseases (24.1%). Among the risk factors were arterial hypertension (83.9%) and dyslipidemia (82.6%), and a higher frequency of simultaneity between 3 and 4 cardiovascular risk factors (CVRF) (51.8%). Approximately, half of the participants were dependent on the public health service (48.8%). After adjusted analysis, female and non-white skin color were associated with the accumulation of CVRF in the private sector, while female and age range 65 to 74 year olds in the public sector. As weaknesses in the conformity of care practice, the evaluation of the diabetic foot and the request for specialized examinations were the most highlighted. Multiple correspondence analysis identified that dimension 1 separates individuals regarding clinical aspects and levels of satisfaction, while dimension 2 contrasts individuals with the worst outcome of care. Regarding the quality of primary care, the median PACIC score was 1.55 (IQ 1.30-2.20), and the "Delivery System Design/Practice Design" dimension presented better scores (2.33; IQ 1.50-3.00). Despite the low quality of chronic care, a high level of user satisfaction was verified, which provoked a qualitative exploration of this contrasting finding. After construction of the maps, the following theme was highlighted: *Culpability as a mediator filter: satisfaction processed and transformed*. This theme resulted of the problematization of the situations experienced in the PHC services by the older people

whose sense of use of interpretive repertoires related to culpability allowed them to express favorably their satisfaction with these health services. The theme was constituted by four subthemes, three representing a type of imputation of culpability made by the older people and the last, expressing the result of these attributions, as a possible reflection of the place that occupies in the current configuration of the public health system. **Conclusion:** The prevalence of cardiovascular diseases and their modifiable risk factors was high in the older people studied, tending to be more concentrated in individuals with greater social vulnerability in both the public and private sectors. Also, low scores of PACIC and its dimensions were evidenced, indicating that the chronic care according to the CCM in the PHC seems still far from its assumptions. Despite this, the older people tended to express satisfaction for these services, and a possible explanation for this seemingly unjustified satisfaction was the presence of mediator filters, highlighting "culpability". demarcating modern forms of moral regulation through new strategies of socially and historically instituted blame. It is necessary, therefore, to break with the cycle that perpetuates old strategies of moral regulation, which are socially and historically instituted.

Keywords: Demographic Aging; Health of the Elderly; Outcome and Process Assessment (Health Care); Family Health Strategy; Primary Health Care; Diabetes *Mellitus*; Hypertension; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- <i>Chronic Care Model (CCM)</i>	39
Figura 2	- Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	46
Figura 3	- Filtros mediadores como modelo explicativo de influência na construção e expressão de satisfação do usuário de serviço de saúde proposto por Atkinson e Medeiros (2009)	61
Figura 4	- Modelo teórico-metodológico para avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde	63
Figura 5	- Procedimentos e produtos da segunda etapa do estudo en-DoRen: abordagem mista de métodos com desenho explanatório sequencial	71
Figura 6	- Distrito Sanitário Noroeste e seus territórios de gestão compartilhada	74
Figura 7	- Fluxograma do trabalho de campo. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017	79
Figura 1	- (<i>Artigo 2</i>) Distribuição de exames laboratoriais em conformidade com os parâmetros recomendados pelo protocolo de hipertensão arterial (a) e diabetes <i>mellitus</i> (b), exames não realizados e meta terapêutica alcançada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017	126
Figura 2	- (<i>Artigo 2</i>) Mapa de análise de correspondência múltipla segundo grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais e parâmetros de resultados da qualidade do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i> acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017	128
Figura 3	- (<i>Artigo 2</i>) Disposição espacial dos participantes segundo <i>cluster</i> de pertença. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017	129
Figura 1	- (<i>Artigo 3</i>) Distribuição descritiva dos 10 itens com pior avaliação e escore total e boxplots das cinco dimensões do <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i> . Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016	145
Figura 2	- (<i>Artigo 3</i>) Distribuição descritiva das cinco dimensões do <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)</i> para cada questão. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016	146
Figura 3	- (<i>Artigo 3</i>) Mediana dos escores total do <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)</i> de acordo com resultados do cuidado satisfatórios ou não. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016	147
Figura 1	- (<i>Artigo 4</i>) Mapa de análise de correspondência múltipla segundo grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais, níveis de satisfação e parâmetros clínicos em idosos acompanhados no nível primário. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017	162
Quadro 1	- Diferenças entre condições agudas e crônicas	33
Quadro 2	- Descrição dos seis elementos do <i>Chronic Care Model (CCM)</i>	41

Quadro 3	- Descrição das dimensões do questionário <i>Patient Assessment of Chronic Illness Care / PACIC</i>	49
Quadro 4	- Definições sobre qualidade do cuidado em saúde	54
Quadro 5	- Definição de satisfação segundo diferentes enfoques teóricos	59
Quadro 6	- Conceitos gerais, elementos da visão de mundo no Construcionismo Social e suas implicações para a prática	65
Quadro 7	- Resumo de notações e diagramas para descrever estudo de métodos mistos sequencial explanatório	69
Quadro 8	- Categorização do índice de massa corporal	84
Quadro 9	- Descrição dos parâmetros laboratoriais (sangue e urina), segundo métodos analíticos e valores de referência	86
Quadro 10	- Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde	87
Quadro 11	- Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes <i>mellitus</i> , por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde	87
Quadro 12	- Fatores de risco para doenças cardiovasculares	88
Quadro 13	- Lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas	88
Quadro 14	- Estratificação de risco cardiovascular global	89
Quadro 15	- Classificação de hipertensão arterial sistêmica	89
Quadro 16	- Exemplo de mapa: trechos de entrevista com P19-c3	92
Quadro 1	- (<i>Artigo 4</i>) Metainferências entre os resultados dos escores do PACIC total e dimensões e práticas discursivas relacionadas ao modelo explicativo de satisfação proposto por Atkinson e Medeiros (2009) com foco para a culpabilidade, segundo os diferentes <i>clusters</i> analisados. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017	167

LISTA DE TABELAS

1	-	(Artigo 1) Distribuição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas e clínicas segundo modalidade de seguro de saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299)	112
2	-	(Artigo 1) Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e clínicas estratificadas pela modalidade de seguro de saúde e aglomerados de fatores de risco cardiovascular. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299) ..	113
3	-	(Artigo 1) Análises bruta e ajustada de fatores associados com os escores de fatores de risco cardiovascular, estratificado pela modalidade de seguro de saúde (regressão logística multinomial). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299)	115
1	-	(Artigo 2) Distribuição dos parâmetros assistenciais e dos resultados do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i> acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017	124
2	-	(Artigo 2) Medidas de discriminação para as dimensões retidas e percentual de contribuição para cada variável em estudo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017	127
1	-	(Artigo 3) Resultados do cuidado à pessoa idosa com diabetes <i>mellitus</i> e/ou hipertensão arterial acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016	144
1	-	(Artigo 4) Distribuição dos resultados do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes <i>mellitus</i> acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017	160

LISTA DE SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
AUDIT-C	-	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption</i>
AVE	-	Acidente Vascular Encefálico
BH	-	Belo Horizonte
CC	-	Circunferência da Cintura
CCA	-	Condição Clínica Associada
CCM	-	<i>Chronic Care Model</i>
CNSS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	-	Doenças Cardiovasculares
DM	-	Diabetes <i>Mellitus</i>
DRC	-	Doença Renal Crônica
EEUFMG	-	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
en-DoRen	-	Envelhecimento e Doença Renal
ES	-	Espírito Santo
ESC	-	<i>European Society Of Cardiology</i>
ESH	-	<i>European Society of Hypertension</i>
F	-	Feminino
HA	-	Hipertensão Arterial
HDL-c	-	<i>High Density Lipoprotein Cholesterol</i>
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICCC	-	<i>Innovative Care for Chronic Conditions</i>
ICSAP	-	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDF	-	<i>International Diabetes Federation</i>
IMC	-	Índice de Massa Corporal
LDL-c	-	<i>Low Density Lipoprotein Cholesterol</i>
LIACC	-	Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas
LOA	-	Lesão de Órgão-Alvo
M	-	Masculino
MACC	-	Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MEEM	-	Mini-Exame do Estado Mental
MPR	-	Modelo da Pirâmide de Risco
NEPCDH	-	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	-	Pressão Arterial
PACIC	-	<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>
PBH	-	Prefeitura de Belo Horizonte
PE	-	Pernambuco
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
q	-	Questão
QUAL	-	Qualitativo
QUAN	-	Quantitativo
RAS	-	Redes de Atenção à Saúde
RJ	-	Rio de Janeiro
RS	-	Rio Grande do Sul
SC	-	Santa Catarina
SES-MG	-	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SMSA-BH	-	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFMG	-	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	-	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-bref	-	<i>World Health Organization Quality of Life-bref</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	19
2	INTRODUÇÃO	22
2.1	Contextualização do problema	23
2.2	Objetivos	30
2.2.1	Objetivo geral	30
2.2.2	Objetivos específicos	30
3	REFERENCIAL TEÓRICO	32
3.1	O conceito de condição crônica	33
3.2	A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde: em busca por modelos de cuidados crônicos	35
3.2.1	<i>O Chronic Care Model</i>	38
3.2.2	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas	45
3.2.3	Instrumento de medida da qualidade do cuidado às condições crônicas	48
3.3	Avaliação da qualidade do cuidado em saúde: uma aproximação teórica	52
3.3.1	A satisfação do usuário com o cuidado em saúde: um conceito complexo, mas necessário	58
3.4	Modelo teórico-metodológico para avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde	62
3.5	O Construcionismo Social como possibilidade de “novas configurações de velhos olhares”	64
4	MÉTODOS	67
4.1	Tipo de estudo	68
4.1.1	Desenho do estudo de métodos mistos sequencial explanatório QUAN → QUAL ...	70
4.1.1.1	Critérios de qualidade em estudo de métodos mistos com desenho sequencial explanatório QUAN → QUAL	72
4.2	Cenário do estudo	73
4.3	Amostra do estudo	75
4.3.1	Esquema amostral	76
4.3.2	Critérios de inclusão e exclusão da amostra	77
4.3.3	Trabalho de campo	77
4.4	Coleta de dados (fase quantitativa)	80
4.4.1	Entrevistas	80

4.4.1.1	Questionário de Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care / PACIC</i>)	82
4.4.2	Medidas antropométricas	83
4.4.3	Pressão arterial sistêmica	84
4.4.4	Coleta de material biológico (sangue e urina)	85
4.4.5	Consulta ao prontuário eletrônico	86
4.5	Variáveis do estudo e análise dos dados (fase quantitativa)	89
4.6	Coleta e análise de dados (fase qualitativa)	90
4.7	Aspectos ético-legais	93
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	94
5.1	(<i>Artigo 1</i>) Fatores de risco cardiovasculares em idosos segundo modalidade de seguro de saúde	96
5.2	(<i>Artigo 2</i>) Parâmetros assistenciais e qualidade do cuidado primário à pessoa idosa com condições crônicas	116
5.3	(<i>Artigo 3</i>) Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o <i>Chronic Care Model</i>	139
5.4	(<i>Artigo 4</i>) Qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária: necessidades de saúde, satisfação e culpabilidade	152
6	CONCLUSÕES	176
	REFERÊNCIAS	179
	ANEXOS	198



APRESENTAÇÃO

O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim:
Esquenta e esfria,
Aperta e daí afrouxa,
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
(Guimarães Rosa)

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho é continuidade do estudo “Envelhecimento e Doença Renal” (en-DoRen), iniciado em 2010, por integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A pesquisa en-DoRen possui duas etapas. A primeira delas envolve um estudo epidemiológico de base populacional, em âmbito regional, que teve como objetivo estimar a prevalência de doença renal crônica (DRC) não dialítica em pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, e atualmente encontra-se em sua terceira e última onda. Análise prévia considerando dados provenientes das duas primeiras ondas já mostrou um cenário nada animador, sendo constatado baixa consciência de DRC nesse segmento populacional. Dos 300 participantes, 72 indivíduos (24%) possuíam DRC concordante com seis equações preditivas da taxa de filtração glomerular (TFG). Desse total, apenas 10 (13,9%) tinham diagnóstico prévio de DRC. Ainda destacaram-se maiores percentuais de consciência da DRC nos estágios mais avançados (estágios 3-5) (SILVA, 2017). Estes achados demonstraram que é necessário os indivíduos manifestarem evidências clínicas de sinais e sintomas da doença em sua fase clínica para que procurem atendimento médico, e dessa forma a doença seja diagnosticada ou até mesmo passe despercebida pelos profissionais de saúde. A leitura mais crítica desses resultados mostrou-se interessante em termos de políticas públicas, na medida em que remete para uma provável inadequacidade dos serviços de saúde em detectar precocemente DRC nos grupos de risco (ZDROJEWSKI *et al.*, 2016), sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS), considerada *locus* privilegiado para a operacionalização de ações voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, verificou-se a necessidade de dar continuidade ao estudo, propondo uma nova etapa, agora visando avaliar a qualidade do cuidado prestado a esses idosos a partir de abordagem mista de métodos, com ênfase para aquelas pessoas idosas com diabetes *mellitus* (DM) e/ou hipertensão arterial (HA), por tratar-se da subpopulação de maior risco para desenvolvimento de DRC, aproximadamente 70% dos casos em alguns países (BROSNAHAN; FRAER, 2010).

A identificação de possíveis lacunas existentes no processo de cuidado às pessoas idosas no nível primário de atenção poderá auxiliar no direcionamento a *posteriori* do planejamento da oferta de serviços de saúde local, conforme necessidades apresentadas pelos usuários, e assim qualificar o cuidado produzido nestes espaços. Até mesmo porque há urgente necessidade de encontrar respostas para o grande desafio que se impõe, atualmente, na concretização de estratégias de enfrentamento das condições crônicas, respaldadas em modelos crônicos de saúde, principalmente na APS.

Para divulgar os resultados deste estudo, optou-se por apresentá-los sob a forma de compilação de artigos, segundo Resolução 031/2014 do Colegiado de Pós-Graduação da EEUFMG (2014).



INTRODUÇÃO

É fundamental diminuir a
distância entre o que se diz
e o que se faz,
de tal maneira que,
num dado momento,
a tua fala seja a tua prática.
(Paulo Freire)

2 INTRODUÇÃO

2.1 Contextualização do problema

O envelhecimento populacional é considerado, nos dias atuais, um fenômeno natural, irreversível e mundial (BRASIL, 2010), cujo crescimento deverá acelerar nas próximas décadas. Entre 2015 e 2050, estima-se que o número de pessoas idosas mais do que duplicará, passando de 901 milhões para 2,1 bilhões (UNITED NATIONS, 2015).

O Brasil acompanha essa tendência demográfica. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a proporção de pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, sendo o grupo etário que mais cresceu na população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2015). Em 2060, é esperado que esse percentual aumente 20 pontos percentuais, o que corresponderá a 33,7% dos brasileiros. Estima-se que o grupo de pessoas idosas será maior que o grupo de crianças e adolescentes com até 14 anos de idade após 2030, e em 2055 a participação de pessoas longevas na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade (IBGE, 2013).

Diante deste cenário, surgem preocupações sobre a capacidade das sociedades de enfrentar os desafios do envelhecimento, quais sejam os relacionados à habitação, transporte, emprego, estruturas familiares, laços intergeracionais e proteção social (UNITED NATIONS, 2015). Ainda, somam-se a isso os desafios para o sistema de saúde, pois concomitante à transição demográfica ocorre mudança no perfil epidemiológico, expressa pelo aumento das condições crônicas, em especial, o DM e a HA, consideradas recentemente como pandemias, as quais apresentam estatísticas alarmantes (FARQUHAR, 2015; GINTER; SIMKO, 2012; HU; SATIJA; MANSON, 2015; ISMAIL *et al.*, 2016).

Para ilustrar, em 2014, mais de 422 milhões de pessoas adultas tinham DM, no mundo, comparado aos 108 milhões em 1980 (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2016a), e calcula-se um adicional de 227 milhões de novos casos até 2040 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION/IDF, 2015). Sua prevalência global, padronizada segundo idade, quase duplicou desde 1980, passando de 4,7% para 8,5% na população adulta (WHO, 2016a). Particularmente, no Brasil, o DM acomete 18% das pessoas idosas e a metade dos indivíduos com DM tipo 2 apresenta 60 anos ou mais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011). Até 2030, projeções mundiais apontam o Brasil como o quarto país em número de

peessoas com essa morbidade na faixa etária de 20 a 79 anos (23,3 milhões), ficando atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos (IDF, 2015).

Por sua vez, a prevalência global de HA, em 2010, foi de 1,39 bilhão de pessoas, representando 31% de todos os indivíduos adultos. Isso correspondeu a um acréscimo de 5,2% na prevalência global entre 2000 e 2010 (MILLS *et al.*, 2016). No Brasil, existem 17 milhões de indivíduos com essa morbidade, atingindo 35% da população acima de 40 anos (PEREIRA *et al.*, 2011), e podendo ultrapassar os 60% nas faixas etárias acima de 60 anos (BRASIL, 2011a).

Em conjunto, estas duas condições crônicas são consideradas como principais causas primárias de doenças renocardiovasculares no cenário mundial (aproximadamente 70%) (BROSNAHAN; FRAER, 2010), sendo responsáveis por 14,4 milhões de mortes no mundo em 2015 (GBD 2015 DALYS; HALE COLLABORATORS, 2016), das quais 9,4 milhões ocasionadas pelas complicações dos níveis pressóricos elevados (WHO, 2013) e 5,0 milhões atribuíveis ao DM (IDF, 2015). Devido sua produção social, a partir de uma prevalência crescente dos determinantes sociais da saúde, ligados ao estilo de vida não saudáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo, excesso de peso, tabagismo e consumo abusivo de bebidas alcoólicas, somado ao próprio envelhecimento populacional (BRASIL, 2008), a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas no mundo globalizado que desencadeiam novas formas de exposição/risco (ALWAN *et al.*, 2010; MENDES, 2011; SCHWAB *et al.*, 2014), as taxas de mortalidade específicas por DM e por HA são projetadas a aumentar em todos os continentes.

Ao lado da importância como eventos epidemiológicos, tanto o DM quanto a HA configuram-se como um dos problemas de maior magnitude na prática clínica e de impacto socioeconômico, na medida em que falhas no manejo dessas doenças levam a complicações tardias, tais como, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), amputações, cegueira, neuropatia e nefropatia. Essa maior carga de doenças afeta diretamente as pessoas e o sistema social, não somente em termos de anos de vida funcionais perdidos, mas também em termos de morbidade que leva à incapacidade e diminuição da qualidade de vida (GRANDY; FOX, 2012; HOYERT; XU, 2012; IDF, 2015; WHO, 2016a).

Além disso, a sobrecarga das condições crônicas excede os custos médicos diretos, pois afeta as economias, os sistemas de saúde, as famílias e os indivíduos por meio de uma

série de impulsionadores chaves como redução da oferta do trabalho, custos de tratamento médico mais elevados e poupança reduzida. Esses impulsionadores agregam-se em principais áreas de impactos socioeconômicos e de desenvolvimento humano, incluindo diminuição da produtividade e da competitividade dos países, maiores pressões fiscais, diminuição dos resultados de saúde, e aumento da pobreza e da desigualdade, assim como perda de oportunidades (NIKOLIC; STANCIOLE; ZAYDMAN, 2011).

Avançando a discussão para além das questões que permeiam os impactos individuais, sociais e econômicos decorrentes da sobrecarga das condições crônicas, tem surgido nas últimas décadas, tanto no cenário internacional quanto nacional, a discussão sobre a crise dos modelos assistenciais à saúde contemporâneos. Isso porque essa crise reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e uma resposta social que, mediante a falta de garantia da continuidade dos processos assistenciais, responde apenas às condições agudas e aos eventos decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa (MENDES, 2011), tornando-se entraves na consolidação da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo na APS (AL-KHALDI, 2011, 2014; JINGI; NANSSEU; NOUBIAP, 2015; NOUBIAP *et al.*, 2014; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/OPAS, 2015).

Assim, como resultado dessa incoerência, observam-se cuidados pouco efetivos prestados às pessoas com condições crônicas, sendo extensivamente apontada pela literatura. Estudo clássico realizado por Wilber e Barrow (1972), no sul dos Estados Unidos, evidenciou que aproximadamente apenas metade das pessoas com HA é diagnosticada e, desses indivíduos, em torno da metade é tratada. Dos 25% das pessoas assistidas, aproximadamente metade alcança as metas desejadas de tratamento clínico, e, de forma cumulativa, somente cerca de 1 em cada 10 pessoas é tratada com êxito. Esse estudo ficou conhecido como a regra das metades (*rule of halves*).

Pesquisas mais recentes continuam a mostrar falhas semelhantes na assistência. Em termos de carga global da HA, estudo envolvendo 90 nações, verificou que de 2000 a 2010, países de baixa e média renda tiveram pouca melhora nos percentuais de conscientização (32,3% a 37,9%) e de tratamento (24,9% a 29,0%) e talvez algum agravamento nos percentuais de controle dessa doença (7,7% a 8,4%), ao passo que em países de alta renda ocorreu melhora substancial na conscientização (58,2% a 67,0%), tratamento (44,5% a

55,6%) e controle (17,9% a 28,4%), embora ainda haja um longo caminho a percorrer (MILLS *et al.*, 2016).

Uma pesquisa brasileira sobre a qualidade do cuidado à pessoa com DM em uma unidade básica distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, com base em 138 prontuários revelou que as ações implementadas na assistência encontram-se fragmentadas. Os dados mostraram que não foi encontrado nenhum registro de índice de massa corporal (IMC); a avaliação dos pés e oftalmológica foi registrada em somente 15,2% e 4,3% dos prontuários, respectivamente; e entre os resultados de exames laboratoriais, apenas 1,4% tinha registrado valores de microalbuminúria (SILVA *et al.*, 2011).

Ora, a realidade apresentada mostra a inviabilidade de se manter o enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica do atendimento centrado nas condições agudas e nos serviços de emergência, pois não mais atendem a demanda dos indivíduos que vivenciam essa condição de saúde, sobretudo da pessoa idosa (FERNANDES, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2013; PINHEIRO, 2008). Particularmente, esse estrato populacional necessita de visitas domiciliares regulares, garantia de consultas, tratamentos, medicamentos e exames laboratoriais, além da manutenção de esforços combinados e sinérgicos entre as equipes de Saúde da Família e a pessoa idosa e seus familiares a partir de um cuidado compartilhado (FERNANDES, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OMS, 2003). Isto porque o tratamento clínico é adequado e necessário, porém não é suficiente para assegurar o bom controle das condições crônicas. São imperativas outras formas de cuidados que possibilitem mudanças no estilo de vida, adaptação às situações apresentadas, desenvolvimento de habilidades novas e interação com os diversos componentes do sistema de saúde e recursos comunitários (OMS, 2003).

Nessa perspectiva, tem-se destacado a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma das estratégias de redesenho dos sistemas de saúde que possibilita resgatar a coerência entre as necessidades demandadas pela população e a forma como esses sistemas se organizam para respondê-las socialmente, a partir da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, substituindo o modelo tradicional focalizado na doença para o modelo de cuidados crônicos (MENDES, 2011).

Atualmente, o modelo de atenção à saúde que se apresenta como mais apropriado para o cuidado de pessoas acometidas por alguma condição crônica é o *Chronic Care*

*Model*¹ (CCM) desenvolvido por Wagner e colaboradores no *MacColl Center for Health Care Innovation* de Seattle, Estados Unidos. Esse modelo resultou da necessidade de respostas efetivas à demanda crescente de pessoas longevas com problemas de saúde crônicos e da falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições, e tem sido reelaborado e aplicado em diferentes países (MENDES, 2012).

Inclusive, ferramentas práticas que permitem avaliar a implementação do CCM na perspectiva do próprio utente têm sido elaboradas, como por exemplo, o questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)*², que consiste na Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas, em sua versão adaptada para a língua portuguesa do Brasil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE/OPAS; CNSS, 2013).

A adaptação do PACIC para o contexto brasileiro justificou-se pelo fato de que o CCM também foi acolhido pelo Ministério da Saúde no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011b) como modelo de atenção que deverá subsidiar as ações direcionadas ao cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde. Entretanto, à semelhança de outros modelos derivados do CCM, esse modelo foi adaptado por Mendes (2012) no intuito de melhor se adequar ao sistema público de saúde do país, denominando-o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

Em Belo Horizonte, esse modelo foi discutido nas Oficinas de Qualificação da APS realizadas no período de 2009 a 2011, envolvendo 10.000 trabalhadores, lotados em 147 centros de saúde do município. Essas oficinas caracterizaram o esforço conjunto de profissionais, gestores e cidadãos no fortalecimento da APS, por meio do planejamento, da organização, da operacionalização e do monitoramento de ações que visam resultados concretos na melhoria dos indicadores de saúde, na qualidade e na resolubilidade do cuidado prestado (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / PBH, 2017). Entretanto, estudos recentes revelam ainda a persistência do distanciamento entre as necessidades atuais, as recomendações clínicas e a atenção existente, com dificuldades de inserir e acompanhar a pessoa idosa nas Redes de Atenção à Saúde. Muitas vezes, a assistência prestada coincide

¹ Os modelos de atenção à saúde encontram-se descritos em outro local do trabalho (p. 38).

² O questionário PACIC encontra-se descrito em outra seção do trabalho (p. 48).

com os planos e as ações voltados aos adultos, não havendo uma efetiva aplicação dos programas de atenção à saúde direcionados a esse público (FERNANDES, 2013).

Como consequência, tem-se uma grande carga mórbida nesse segmento populacional, por vezes subdiagnosticada, decorrente de falhas na assistência. Inclusive há possibilidade de que as pessoas idosas com maior risco clínico não estejam sendo priorizadas na oferta de ações às suas necessidades, visto que os sistemas de saúde ainda elegem o planejamento da oferta em detrimento das necessidades que é diferenciada segundo a estratificação de seus riscos (MENDES, 2011). Tais aspectos merecem atenção, pois não somente pode-se empreender esforços e recursos em intervenções desnecessárias, equivocadas e ineficientes, como também poderá aumentar o risco dessas pessoas progredirem para um quadro de fragilidade (MORAES, 2012).

Nesse sentido, buscou-se, com este estudo, contribuir para responder às seguintes questões: 1) existem diferenças na distribuição dos fatores de risco cardiovasculares e seus aglomerados entre pessoas idosas segundo modalidade de seguro de saúde (privado *versus* público)? 2) qual é o grau de conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estratificação de risco cardiovascular e controle metabólico, e quão fortemente se encontram agrupadas um conjunto de variáveis de processo e resultados de qualidade do cuidado primário? 3) Em que medida a assistência às pessoas idosas com diabetes e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde se alinha aos pressupostos do *Chronic Care Model* na perspectiva do próprio idoso e qual é sua associação com os resultados do cuidado prestado a esses indivíduos? 4) Como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde, em termos de sua satisfação?

Para responder a essas questões foi realizada pesquisa avaliativa da APS em uma das regionais de Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir da abordagem mista de métodos. Como referenciais teórico-metodológicos que subsidiaram a discussão do trabalho destacam-se a abordagem sistêmica concebida por Donabedian (1980), baseada na avaliação de processos e resultados, o CCM (WAGNER, 1998), o MACC (MENDES, 2012), com ênfase para o autocuidado apoiado e a estratificação de risco, o modelo explicativo de filtro mediador proposto por Atkinson e Medeiros (2009), com foco para a culpabilidade e o Construcionismo Social (SPINK, 2010, 2013).

Diante do cenário de mudanças ocorridas no mundo contemporâneo, com crescente envelhecimento populacional, a provisão de cuidados crônicos torna-se, de um lado, urgente em sua execução, e, por outro lado, cada vez mais uma tarefa complexa, difícil e desafiadora requerendo um quadro teórico que permita recriar a prática do cuidar a partir da reflexão do cotidiano.

Apesar das discussões empreendidas até o momento, ainda são limitados os estudos na literatura referentes à temática com foco para a pessoa idosa o que justifica a realização deste estudo. Ressalta-se que a busca pela qualidade dos serviços de assistência em saúde no Brasil tem recebido grande destaque do Ministério da Saúde, com ênfase para a atenção ao indivíduo longevo, tendo em vista a sua importância na adequação das políticas públicas às necessidades desse grupo etário. Sabe-se que o diagnóstico precoce, o efetivo controle metabólico, potencializado por tecnologias leves de atenção à saúde, quais sejam o cuidado compartilhado e o autocuidado apoiado, e a vigilância periódica são as principais estratégias para prevenir ou retardar o início e a evolução das complicações e das incapacidades decorrentes do DM e da HA.

Dessa forma, este estudo poderá contribuir para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa com condição crônica efetivamente praticado no conjunto da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família, assim como contribuir para a análise e a reorganização das práticas de cuidado ao idoso com DM e/ou HA na Rede BH, a partir da identificação de problemas e da compreensão dos determinantes facilitadores e limitadores dessas práticas os quais poderão ser identificados como norteadores de ações de melhoria.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

- Avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão acompanhada por equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2.2 Objetivos específicos

- Artigo 1
 - Estimar a prevalência de aglomerados de fatores de risco cardiovasculares e identificar possíveis fatores associados em idosos, estratificado pela modalidade de seguro de saúde.
- Artigo 2
 - Avaliar a conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estrato de risco cardiovascular e controle metabólico, e sua associação com os resultados da qualidade do cuidado.
- Artigo 3
 - Avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde segundo o *Chronic Care Model* e identificar associações entre o escore total do PACIC e os resultados da qualidade do cuidado primário.
- Artigo 4
 - Explicar como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde, em termos de sua satisfação, na perspectiva do Construcionismo Social.

Ressalta-se que os três primeiros artigos consistem em etapa exploratória e associativa com abordagem quantitativa (Fase 1). A partir da análise dos dados, na qual se constatou elevado nível de satisfação das pessoas idosas atendidas na APS e baixos escores do PACIC, viu-se a necessidade de delinear o 4º artigo, conduzindo a uma etapa explanatória, com abordagem qualitativa (Fase 2), dando ao trabalho o formato de estudo misto. Esse último artigo contemplou as metainferências geradas a partir do emprego sequencial de ambos os métodos.



REFERENCIAL TEÓRICO

A prática,
sem uma boa teoria, é cega.
A teoria,
desvinculada da ação transformadora, é estéril.
(Marcus Pestana)

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O conceito de condição crônica

As condições de saúde podem ser compreendidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de maneira mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou pró-ativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais e das pessoas usuárias (MENDES, 2011, 2015).

Nesse sentido, trata-se de uma nova tipologia de saúde que se distingue da tradicional amplamente utilizada, definida por doenças transmissíveis e DCNT, que se fundamenta na etiopatogenia das doenças, muito empregada em estudos epidemiológicos. Essa nova categorização alude à organização dos sistemas de atenção à saúde, na medida em que a lógica de recorte baseia-se na forma de resposta social aos problemas de saúde apresentados pelos cidadãos, sendo definidas como condições agudas, condições crônicas e eventos agudos (MENDES, 2011, 2015). Esses termos estão orientados, principalmente, por algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Diferenças entre condições agudas e crônicas

Variáveis	Condição aguda	Condição crônica
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas (hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos)
Tempo de duração	Curto, inferior a três meses, e tendem a se autolimitar	Longo ou permanente
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, atenuar sintomas e promover cura	Em geral, cuidado sem cura, levando a mais sintomas e à perda de capacidade funcional
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde

(... continua)

Quadro 1 - *continuação*

Variáveis	Condição aguda	Condição crônica
Resposta do sistema de atenção à saúde	Reativa, episódica e feita sobre a queixa principal	Pró-ativa, contínua e realizada por meio de um plano de cuidado elaborado pela diáde equipe de saúde e pessoas usuárias
Estruturação do sistema de atenção à saúde	Integrado	Integrado
Exemplos	Doenças transmissíveis de curso curto (dengue e gripe); doenças infecciosas de curso curto (apendicite e amigdalites); causas externas (traumas sem sequelas de longa duração)	Doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica); doenças transmissíveis persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites B e C); condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-nascidos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e monitoramento da capacidade funcional das pessoas idosas); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas/estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes); doenças metabólicas

Fonte: MENDES, 2011, adaptado pela pesquisadora.

Nota: AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana).

A partir do Quadro 1, evidencia-se que as condições crônicas possuem características especiais que as diferenciam expressivamente das condições agudas, tendo uma natureza multifatorial, que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos, que impõem respostas complexas por parte dos sistemas e serviços de saúde para seu enfrentamento.

Em suma, as condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que devem ser manejadas de forma pró-ativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelos utentes/família para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Isso porque apresentam causas múltiplas e complexas; evoluem gradualmente ainda que possam se manifestar de modo repentino e apresentar momentos de agudização, ao longo de todo ciclo de vida. Como sempre mais prevalentes em idades mais avançadas podem de forma gradativa comprometer a qualidade de vida por meio de limitações funcionais ou incapacidades. Em geral, requerem cuidados de longa duração e apesar de não serem a ameaça mais imediata à vida constituem as causas

mais comuns de mortalidade prematura. Além disso, grande parte das condições crônicas pode ser prevenida, ou até mesmo ser retardada sua progressão, ou ter suas complicações reduzidas. A distribuição populacional das condições crônicas não é uniforme e tendem a atingir principalmente os mais pobres. Via de regra, resultam de fatores de risco não controlados, aumentando o fosso entre os resultados de saúde cuja tendência é levarem a um ônus progressivo à medida que a população envelhece (GOBIERNO VASCO, 2010; MENDES, 2015; PEREIRA *et al.*, 2011).

Ainda, ressalta-se que as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização, a exemplo da emergência hipertensiva e da descompensação diabética, que se caracterizam como eventos agudos. Estes eventos são um somatório das condições agudas e das agudizações de condições crônicas, muitas vezes, causados pelo mal manejo das condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde. Nesses casos, devem ser enfrentados na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, em redes estruturadas de urgência/emergência (MENDES, 2011, 2015).

Mediante o exposto, observa-se que o fenômeno da cronicidade tem emergido como um novo conceito que permite melhor compreender as implicações das condições crônicas de saúde para os indivíduos afetados, suas famílias e cuidadores, bem como para os sistemas de saúde e as sociedades (ALLOTEY *et al.*, 2011). No nível micro, este conceito enfoca as pessoas que vivem com condições crônicas e suas necessidades em saúde e sociais: o cuidado centrado na pessoa é incentivado e as responsabilidades de autocuidado não podem ser evitadas. No nível macro, onde persiste um contexto cujo sistema de saúde é organizado principalmente em torno de um modelo de cuidado agudo, reativo e episódico, a cronicidade sublinha a necessidade urgente de reformular o desenho do sistema de prestação de cuidados em saúde (GARCÍA-GOÑI *et al.*, 2012).

3.2 A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde: em busca por modelos de cuidados crônicos

O impasse trazido pelas transformações no cenário demográfico e epidemiológico mundial impõe a necessidade de se repensar a oferta dos serviços em saúde necessários para as próximas décadas, com o redirecionamento dos sistemas de atenção à saúde. Caso

contrário, é instalado uma crise nesses sistemas, conforme observado em escala global nos dias atuais (MENDES, 2011).

Essa crise contemporânea reflete o

[...] descompasso temporal [...] entre uma evolução muito rápida dos fatores contingenciais do sistema de saúde (transição demográfica, transição nutricional, transição epidemiológica e inovação tecnológica) e a baixa velocidade desse sistema em adaptar-se a essas mudanças por meio de reformas internas (cultura organizacional, arranjos organizativos, modelos assistenciais, modelos de financiamento, sistemas de incentivos e liderança) (MENDES, 2013, p. 29).

Nesse sentido, persiste incoerência entre uma situação de saúde de transição epidemiológica expressada pelo aumento das condições crônicas³ e uma resposta social inscrita num sistema fragmentado, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado com propostas de cuidado formatadas *a priori*, capaz de agravar mais ainda a condição de saúde, por não contemplar a singularidade de cada pessoa e por cominar olhares e fazeres que não contemplam o indivíduo real. Em suma, o cuidado ainda está voltado para as condições agudas e para os eventos agudos das condições crônicas, podendo persistir, na medida em que o foco da formação dos profissionais de saúde ainda continua direcionado para os cuidados preventivos, condições agudas, traumas e gerenciamento de forma isolada de DCNT e outras condições crônicas, o que reporta às relações de poder e responsabilidades advindas da hegemonia do modelo biomédico (FERNANDES, 2013; MALTA; MERHY, 2010).

As consequências dessa incoerência são substanciais, resultando em deficiências na organização e na prestação de cuidados crônicos, sendo identificada como uma barreira fundamental para a melhoria da qualidade. Do ponto de vista econômico, os custos da atenção à saúde tornam-se excessivos, pois não é efetivo em manter as condições crônicas estabilizadas, nem em conter seu risco evolutivo, o que leva a constantes agudizações, (re)admissões hospitalares e desperdícios de recursos (MENDES, 2015).

³ Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a rápida transição demográfica vem acompanhada por uma situação epidemiológica singular, definida recentemente como tripla carga de doenças, pois abrange, de forma simultânea uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o importante predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, uso abusivo de bebida alcoólica e outras drogas e alimentação não saudável; e o forte crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2011).

Até mesmo porque ao longo dos anos, esta situação determina resultados sanitários e econômicos desfavoráveis, pois o sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos indivíduos acometidos. Nesse sentido, não reconhece que a saúde é afetada no decorrer da vida pelas características do contexto social, que geram desigualdades nas exposições e vulnerabilidades (GEIB, 2012; MENDES, 2011), principalmente no grupo de pessoas idosas. Lembra-se que devido as especificidades do processo de envelhecimento, caracterizada pela diminuição de sua capacidade funcional, implica maior vulnerabilidade a mudanças e ambientes desfavoráveis, tornando esse grupo etário muito susceptível à determinação social pela acumulação das exposições aos fatores de risco, embora isso não aluda de forma intrínseca em doença (FERRER-ARNEDO *et al.*, 2014; GEIB, 2012; MENDES, 2011).

Para ilustrar, estudo transversal com base em dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema de Informação da Atenção Básica referentes a pessoas com idade entre 60 e 74 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro, evidenciou que quase $\frac{3}{4}$ das internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de idosos ocorridas em 2010 decorreram de agudizações de condições crônicas, destacando-se seis principais causas: HA, insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e DM. Particularmente, apenas o DM e a HA foram responsáveis por 5,7% do total das internações, correspondendo a 18,0% das ICSAP naquele ano (MARQUES *et al.*, 2014).

Outro estudo realizado em uma região de saúde paulista mostrou o elevado gasto referente às ICSAP no período de 2008 a 2010, o qual concentrou-se na faixa etária de 60 anos e mais: nesse período, as ICSAP em idosos consumiram R\$ 17.075.623,04 (56,2%) do total gasto em internações (FERREIRA *et al.*, 2014). No contexto global, as cifras também são alarmantes: o custo relacionado às doenças cardiovasculares (DCV) e ao DM, em 2010, foi estimado em US\$ 1,36 trilhão, e esse número deverá atingir US\$ 1,78 trilhão em 2030 (BLOOM *et al.*, 2011).

Tais achados sugerem a necessidade de investir em melhorias na qualidade do manejo dessas morbidades na APS, por ser o nível de atenção responsável pelos cuidados primários, que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, detectando precocemente a doença, evitando suas complicações e a necessidade de internação (STARFIELD, 2002).

Mediante essa exigência, tem-se enfatizado a necessidade dos países adotarem medidas que visem reestruturar seus sistemas de saúde, de tal modo a se adaptarem à elevada carga de doenças de curso crônico. Isso implica mudar o modelo hegemônico no sistema de saúde focalizado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas, haja visto ser o modelo de atenção quem define a forma como o cuidado é realizado na rede e como os distintos pontos se comunicam e se articulam (BRASIL, 2012a).

Inclusive, essa exigência tem sido reconhecida pela OMS (2003, p. 34) que adverte: “O tratamento agudo será sempre necessário (pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos); contudo, os sistemas de saúde também devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo”.

Nessa direção, dentre as propostas de reformas dos sistemas vislumbradas com vistas à redução do ônus das condições crônicas na população, tem-se assumido o desafio de desenvolver e implementar novos modelos de atenção à saúde baseados em evidência e dirigidos principalmente ao manejo das condições crônicas (SCHMIDT *et al.*, 2011; WAGNER, 1998; WAGNER *et al.*, 2001). Atualmente, o modelo que se apresenta mais apropriado é o *Chronic Care Model* (CCM) (WAGNER, 1998) que juntamente com outros modelos assistenciais encontram-se articulados pelo conceito de condições de saúde e apresentam singularidades quando aplicados a eventos agudos e a condições crônicas (MENDES, 2015).

3.2.1 O *Chronic Care Model*

O *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido por Ed Wagner e colaboradores no *MacColl Center for Health Care Innovation*, em *Seattle*, Estados Unidos (WAGNER; AUSTIN; VON KORFF, 1996), é o modelo conceitual mais utilizado para subsidiar o cuidado a pessoas com condições crônicas na atualidade e é a base de expansões ou adaptações subsequentes em uma série de países, incluindo a estrutura dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas da OMS (*Innovative Care for Chronic Conditions / ICC*) (WHO, 2002) e o Modelo de Cuidado Crônico Expandido (*Expanded Chronic Care Model*) (BARR *et al.*, 2003).

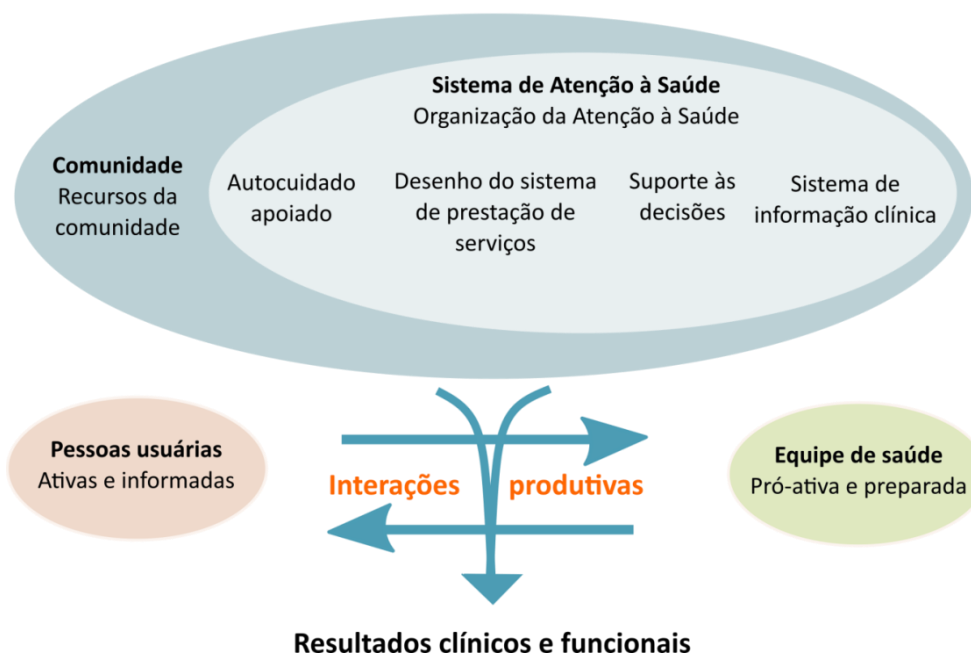
Esse modelo foi proposto em resposta a elevada prevalência de condições crônicas de saúde e a falência dos sistemas fragmentados para enfrentar essas condições. Inicialmente, seus idealizadores identificaram por meio de revisão da literatura baseada em

evidências, os fatores críticos basilares necessários para alcançar os melhores cuidados prestados a indivíduos que vivenciam uma condição crônica de saúde, sendo eles:

- relações contínuas entre usuários e sua equipe de saúde;
- individualização dos cuidados segundo as necessidades dos utentes;
- cuidados que antecipam as necessidades do usuário;
- serviços baseados em evidências científicas e cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde para melhorar o cuidado das pessoas com condições crônicas (OPREA *et al.*, 2010).

Mediante os resultados encontrados, os autores propuseram o modelo em questão (Figura 1), onde todos os fatores supracitados foram considerados. Ressalta-se que o modelo inicial foi antes aperfeiçoado em projeto piloto, apoiado pela *Fundação Robert Wood Johnson* e, em seguida, submetido a uma reunião com uma equipe de especialistas na área de gerenciamento em condições crônicas, sendo testado no âmbito nacional pelo programa *Improving Chronic Illness Care* (ICIC) (MENDES, 2012; WAGNER, 1998).

Figura 1 - *Chronic Care Model (CCM)*



Fonte: WAGNER, 1998. Autorização de uso de imagem concedida à pesquisadora pelo *American College of Physicians* (ANEXO A). Tradução para o português de responsabilidade de Mendes (2015).

Conforme ilustrado na Figura 1, o CCM identifica seis elementos-chave que interagem entre si, subdivididos em dois grandes campos - o *Sistema de Atenção à Saúde* e a *Comunidade* (MENDES, 2012; WAGNER *et al.*, 2001), sendo projetados para obter cuidados de qualidade elevada, altos níveis de satisfação e melhores resultados clínicos e funcionais por meio de interações produtivas entre pessoas usuárias ativas e informadas e equipes de saúde pró-ativas e preparadas (WAGNER, 1998). No *Sistema de Atenção à Saúde*, as mudanças devem ocorrer na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na *Comunidade*, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (MENDES, 2015).

Da parte do profissional, o preparo significa ter as informações, as habilidades e os recursos necessários, tais como, acesso oportuno a equipamento, material e medicamentos para assegurar o manejo clínico efetivo com base em evidências. A pró-atividade implica a capacidade de prever as necessidades dos utentes, prevenir doenças e complicações por meio de redução dos fatores de risco e planejar a atenção de maneira que os encontros clínicos não sejam motivados apenas por exacerbações agudas ou sintomas. Do outro lado da interação, as pessoas devem dispor de informação, habilidades, motivação e confiança para atuar como parceiras nos seus próprios cuidados (OPAS, 2015).

A função central dessa parceria entre profissionais e pessoas que vivenciam uma situação crônica de saúde é a modificação considerável da maneira tradicional de organizar e prestar a assistência. Segundo o CCM, o cuidado crônico é mais efetivo quando utentes e profissionais de saúde são parceiros iguais e ambos são especialistas em seus próprios domínios: os profissionais de saúde no que diz respeito ao manejo clínico da condição, e as pessoas quanto à experiência com a enfermidade, necessidades e preferências (BODENHEIMER *et al.*, 2002). Cada um dos seis elementos do CCM encontram-se descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos seis elementos do *Chronic Care Model (CCM)*

Campo “Sistema de Atenção à Saúde”	
Elementos	Descrição
Organização da atenção à saúde	<p>>> Objetiva criar cultura, organização e mecanismos que promovam a melhoria de uma atenção planejada, contínua, segura e de alta qualidade. Ao mesmo tempo, a organização deverá favorecer as pessoas com condições crônicas transitar por todos os níveis do sistema e pontos de atenção necessários.</p> <p>Ações-chave para a organização da atenção à saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoiar a melhoria da atenção às condições crônicas em todos os níveis da organização, a começar pelas lideranças. Estes devem identificar melhorias como um trabalho importante e expressar essa percepção na visão, na missão, nos valores e nos planos estratégico e tático das organizações; ✓ presença de uma liderança permanentemente envolvida com os processos de melhoria clínica contínua; ✓ integrar os processos de melhoria da atenção às condições crônicas nos programas de qualidade da organização; ✓ fortalecimento aberto e sistemático do manejo de erros e problemas de qualidade para melhorar a atenção à saúde; ✓ conceder incentivos (financeiros ou de outro tipo) com base na qualidade da atenção à saúde; ✓ desenvolver consensos que facilitem a coordenação da atenção à saúde dentro e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de atenção.
Desenho do sistema de prestação de serviços	<p>>> Envolve a forma como os serviços de prestação de cuidados são organizados, compostos e prestados. Pretende assegurar uma atenção à saúde efetiva e eficiente, que fomente e apoie o autocuidado, distribuindo papéis e tarefas aos profissionais de saúde e facilitando as interações entre profissionais e usuários, com uma abordagem culturalmente adequada. Portanto, neste elemento, são implementadas as inovações de cuidados e representa uma oportunidade importante para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados de saúde dos utentes.</p> <p>Ações-chave para o planejamento do sistema de atenção à saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar a atenção à saúde com base na Atenção Primária à Saúde; ✓ disponibilizar oferta regular da atenção programada, individual e em grupos; ✓ definir as funções e distribuir as tarefas entre os membros da equipe; ✓ assegurar a atenção pró-ativa e o acompanhamento periódico; ✓ usar a estratificação de risco; ✓ provisão de gestão de caso ou um coordenador de atenção para pessoas com condições de saúde muito complexas; ✓ oferecer atenção de modo que os utentes compreendam e esteja de acordo com suas necessidades e seu contexto cultural; ✓ criar redes integradas de prestação de serviços de saúde.
Suporte às decisões	<p>>> Objetiva promover uma atenção à saúde consistente com as diretrizes de prática clínica baseadas em evidências científicas e com as preferências das pessoas usuárias. Estas diretrizes devem ser incorporadas na prática diária dos prestadores de cuidados de saúde, por meio de sistemas de lembretes, alertas e <i>feedback</i> ofertados em tempo real e reforçadas pelo treinamento do provedor, assim como ser compartilhadas com os utentes para incentivar sua participação ativa.</p>

(... continua)

Quadro 2 - *continuação*

Campo “Sistema de Atenção à Saúde”	
Elementos	Descrição
Suporte às decisões	<p>Ações-chave para o suporte às decisões</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgar e introduzir diretrizes clínicas baseadas em evidências para a atenção às condições crônicas; ✓ usar metodologia tecnicamente confiável para elaborar ou adaptar novas diretrizes; ✓ avaliar as diretrizes existentes; ✓ assegurar a atualização periódica das diretrizes baseadas em evidências; ✓ incluir as diretrizes baseadas em evidências na prática clínica diária; ✓ integrar a atenção especializada com a Atenção Primária à Saúde para o cuidado a pessoas com condições crônicas de maiores riscos ou complexidade; ✓ usar a modalidade de cuidado compartilhado; ✓ usar métodos de educação permanente de comprovada efetividade; ✓ compartilhar diretrizes e informações clínicas com os utentes para fortalecer sua participação na atenção à saúde.
Autocuidado apoiado	<p>>> Implementação sistemática de intervenções de educação e apoio pela equipe de saúde para aumentar a habilidade e a confiança das pessoas com condições crônicas e seus familiares no manejo de seus problemas de saúde, promovendo uma noção de corresponsabilidade. Assim, ocorre gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde.</p> <p>Ações-chave para o autocuidado apoiado</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde; ✓ treinar os profissionais de saúde para que colaborem com as pessoas usuárias no estabelecimento de metas para o autocuidado; ✓ utilizar estratégias de apoio para o autocuidado, tais como, avaliação do estado de saúde, definição de metas mútua a serem alcançadas, elaboração dos planos de cuidado, ações de resolução de problemas e planejamento de ações de curto prazo, periodicamente reavaliado e alterado em conformidade com os resultados alcançados; ✓ estruturar os recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado dos utentes, de tal modo a garantir que as metas de autogerenciamento sejam obtidas; ✓ desenvolver habilidades de autocontrole nos utentes (ou seja, manejo da saúde, da função e das emoções relacionadas com as condições crônicas); ✓ promover a habilidade de comunicação da pessoa com problema crônico de saúde (sobretudo em relação a interações com profissionais de saúde e o sistema de saúde em geral); ✓ negociar objetivos com o utente para a mudança de comportamentos de saúde específicos e que constituem desafios moderados; ✓ estimular o automonitoramento do usuário (acompanhamento de comportamentos); ✓ promover a modificação ambiental (criação de um contexto para obter o máximo êxito); ✓ assegurar a autorrecompensa (reforço do comportamento do indivíduo com recompensas imediatas, pessoais e desejáveis).
Sistema de informação clínica	<p>>> Trata-se de sistema de registro que permite o acesso aos dados da população e das pessoas usuárias, de modo a possibilitar a equipe de saúde identificar indivíduos com necessidades específicas e proporcionar-lhes atenção planejada com coordenação da atenção clínica integral, além de retroalimentar os profissionais sobre seu desempenho e possibilitar a existência de um sistema de alerta.</p>

(... continua)

Quadro 2 - *continuação*

Campo “Sistema de Atenção à Saúde”	
Elementos	Descrição
Sistema de informação clínica	<p>Ações-chave para sistemas de informação clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Introduzir prontuário clínico eletrônico, registrando cada condição crônica por grau de risco; ✓ monitorar a resposta ao tratamento; ✓ supervisionar pessoas usuárias individuais e grupos populacionais; ✓ providenciar lembretes, alertas e <i>feedback</i> oportunos para profissionais e usuários; ✓ identificar subpopulações que, em função de riscos, necessitam de atenção preventiva, pró-ativa e integrada; ✓ compartilhar informações clínicas entre utentes e profissionais para coordenar a atenção à saúde; ✓ monitorar o desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção; ✓ elaboração de um plano de cuidado individual para cada pessoa usuária.
Campo “Comunidade”	
Recursos da comunidade	<p>>> Envolve o vínculo com a comunidade e o uso dos recursos comunitários para atender às necessidades de saúde das pessoas. Inclui formação de alianças e parcerias com programas estatais assistenciais, organizações não governamentais, escolas, igrejas, representações de bairros, empresas, voluntários, clubes, etc. Por meio dessas parcerias pode-se melhorar a cobertura e ampliar os serviços de atenção à saúde para além do ambiente clínico.</p> <p>Ações-chave para recursos da comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar pessoas usuárias a participar de programas comunitários efetivos; ✓ formar parcerias com organizações comunitárias para apoiar e desenvolver intervenções que preencham lacunas nos serviços necessários; ✓ os serviços de saúde provêm aos utentes e suas famílias uma lista de recursos comunitários que podem ser utilizados complementarmente na atenção às condições crônicas; ✓ conselho local de saúde faz controle social efetivo da unidade de saúde, incluindo monitoramento das metas em relação às condições crônicas; ✓ defender políticas para melhorar a atenção a pessoa com condição crônica e os centros de atenção comunitária.

Fonte: BODENHEIMER *et al.*, 2002; GROVER; JOSHI, 2015; MENDES, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015, adaptado pela pesquisadora.

A efetividade das intervenções envolvendo um ou mais elementos do CCM encontra-se bem documentada na literatura internacional, incluindo vários grupos de diagnóstico de condições crônicas, entre eles, asma (MOULLEC *et al.*, 2012); degeneração macular relacionada à idade (MARKUN *et al.*, 2014); diabetes (CARTER; NUNLEE-BLAND; CALLENDER, 2011; CHIU *et al.*, 2016; FOY *et al.*, 2011; HARIHARAN *et al.*, 2014; LEE *et al.*, 2011; LEYKUM *et al.*, 2011; LIU *et al.*, 2013; MUSACCHIO *et al.*, 2011; PIATT *et al.*, 2010; RAMLI *et al.*, 2016), doença inflamatória intestinal (SACK *et al.*, 2012); doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (ADAMS *et al.*, 2007; LEMMENS *et al.*, 2009), doença cardiovascular (DAVISON *et al.*, 2016) e osteoartrite (ROSEMANN *et al.*, 2008).

Embora a maioria desses estudos tenha mostrado que o CCM pode melhorar resultados clínicos e funcionais de pessoas em situação crônica de saúde, existem pesquisas que evidenciam o contrário (GLASGOW *et al.*, 2010; GODERIS *et al.*, 2010; SCHILLINGER *et al.*, 2009; SMITH *et al.*, 2008). Mesmo os estudos que sugeriram melhoria da qualidade do cuidado a partir do CCM, há uma variação considerável no grau de melhoria desse resultado entre as organizações participantes (COLEMAN *et al.*, 2009). Atribui-se, em parte, a esta variação a natureza e o grau de implementação do CCM em diferentes configurações de cuidados de saúde e, em parte, a fatores contextuais característicos destas organizações (COLEMAN *et al.*, 2009).

Apesar dessas divergências, o CCM é amplamente aceito e implementado, em parte ou como um todo, em vários países, entre eles, Alemanha (STEINHAEUSER *et al.*, 2011), Austrália (BROWNING; THOMAS, 2015), Bélgica (SUNAERT *et al.*, 2009), Canadá (PRIMARY HEALTH CARE BRANCH ADDICTION; MENTAL HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE DIVISION DEPARTMENT OF HEALTH, 2010), Dinamarca (FRØLICH *et al.*, 2008), Espanha (ROSETE; NUÑO-SOLINÍS, 2016), Estados Unidos (LANGWELL *et al.*, 2014), Finlândia (IISALO, 2014), Holanda (CRAMM; NIEBOER, 2012; LEMMENS *et al.*, 2009, 2011), Itália (MUSACCHIO *et al.*, 2011), Malásia (RAMLI *et al.*, 2016), Reino Unido (BROWNING; THOMAS, 2015), Singapura (TAN, 2014), Suécia (BARR *et al.*, 2003), Suíça (MARKUN *et al.*, 2014), Taiwan (CHIU *et al.*, 2016), principalmente nos serviços de cuidados primários, que objetivam orientar e melhorar os esforços direcionados à prestação de cuidados a pessoas com condições crônicas de saúde de forma pró-ativa, organizada, centrada no indivíduo e com base em evidências. Esse modelo, ao subsidiar ações de prevenção e de intervenção precoce associada à gestão integrada, pode ser uma solução multidimensional e sistêmica para o problema difícil e complexo de como fornecer cuidados a pessoas com condições crônicas, tais como indivíduos idosos com DM e/ou HA, tendo como base teórica seus seis elementos fundantes (BAPTISTA *et al.*, 2016).

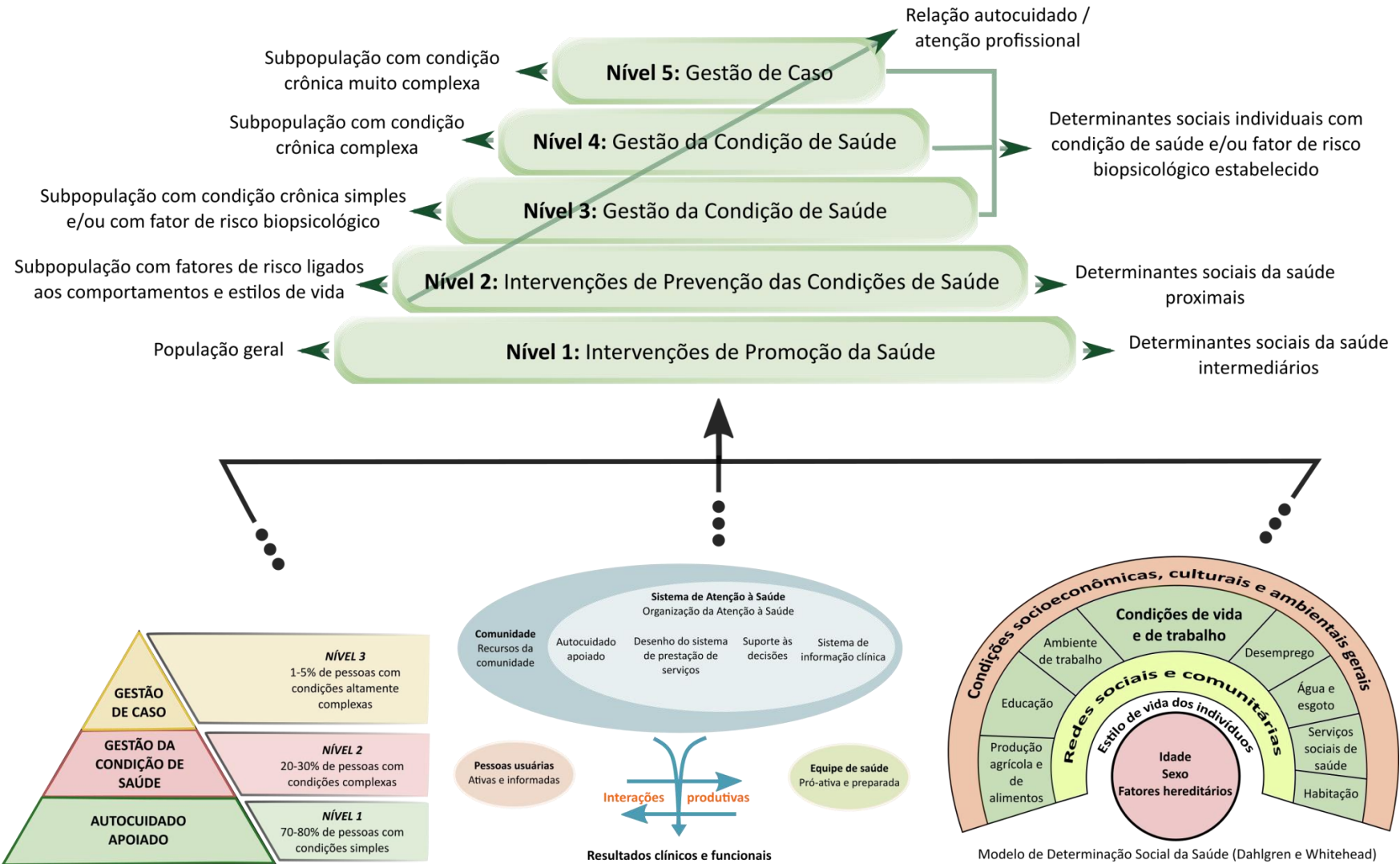
Ademais, o CCM mostra-se promissor, na medida em que desafia o *status quo* de programas de saúde tradicionais e enfatiza a importância de repensar e redesenhar a prática clínica no nível primário de saúde (GARCÍA-GOÑI *et al.*, 2012).

3.2.2 O Modelo de Atenção às Condições Crônicas

No Brasil, o CCM foi acolhido pelo Ministério da Saúde no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011b). Entretanto, à semelhança de outros modelos derivados do CCM, esse modelo foi adaptado por Mendes (2012) que propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), no intuito de melhor se adequar ao contexto do sistema público de saúde do país. Isso porque o CCM foi desenvolvido em um ambiente de sistemas privados dos Estados Unidos, o que exige adaptações do mesmo quando aplicado principalmente em países com sistemas de saúde públicos, orientados para a APS. Essa questão foi reconhecida pelo Ministério da Saúde que, em 2012, em outro documento oficial “Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2012a), adotou o MACC como modelo de atenção que deverá subsidiar as ações na rede SUS.

O MACC tem como modelo seminal o CCM anteriormente exposto, sobre o qual incorporou outros dois modelos - o Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) que estratifica a população segundo riscos e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde. Em suma, está estruturado em cinco níveis de intervenção de saúde e em três componentes integrados: a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos (à esquerda da Figura 2, sob influência do MPR), os focos das intervenções de saúde, considerando os diferentes níveis de determinação - os determinantes intermediários, proximais e individuais (à direita da Figura 2, sob influência do Modelo de Determinação Social da Saúde) e os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações - intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica (no meio da Figura 2, sob influência do CCM) (MENDES, 2011, 2015).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: MENDES, 2011, p. 246.

O lado esquerdo da Figura 2 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS. Essa população e suas subpopulações são ali cadastradas e registradas segundo as subpopulações de distintos níveis do modelo:

- ✓ nível 1: população total e, em relação à qual se intervirá sobre os determinantes sociais da saúde intermediários (determinantes que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, principalmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho - educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais, e outros);
- ✓ nível 2: subpopulações com diferentes fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais): subpopulações de pessoas tabagistas, com sobrepeso ou obesidade, sedentárias, usuárias excessivas de bebida alcoólica, com alimentação pouco saudável, sob estresse exagerado e outros;
- ✓ nível 3: subpopulações de pessoas com riscos individuais e/ou com condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos;
- ✓ nível 4: subpopulações de pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos;
- ✓ nível 5: subpopulações de condições de saúde muito complexas (MENDES, 2015).

Por sua vez, o lado direito da Figura 2 corresponde ao foco das distintas intervenções de saúde segundo os determinantes sociais da saúde e a coluna do meio representa os principais tipos de intervenções de saúde em relação à população/subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias, que vão desde intervenções de promoção da saúde até a gestão de caso, não separando ações de vigilância à saúde da assistência, e, portanto, sendo mais adequado para o SUS (MENDES, 2012).

Uma das vantagens do MACC quando implantado, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de risco, diz respeito à possibilidade de organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, tanto as ações programadas, quanto as ações não programadas das urgências menores que se apresentam nessas unidades sob a forma de demanda espontânea (MENDES, 2011).

Ressalta-se que esse modelo tem sido utilizado de forma parcial como parte de experiências inovadoras nos cuidados de condições crônicas no SUS, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012), na Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (OPAS, 2010), na Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa da Prata, no Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte (ALVES JÚNIOR, 2011) e pelo projeto Qualidia “Educação em Saúde para o Autocuidado - Avaliação Contínua em Qualidade de Atenção ao Diabetes” do Ministério da Saúde que atua em dez municípios brasileiros: Anchieta/ES, Florianópolis/SC, Ilha de Itamaracá/PE, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio Bonito/RJ, Rio de Janeiro/RJ, São Lourenço da Mata/PE, Silva Jardim/RJ e Tijucas/SC (BRASIL, 2011b).

Essas experiências têm mostrado a potência do modelo, a possibilidade concreta de fortalecer a APS, seja pela mudança do processo de trabalho das equipes, pela integração entre os profissionais e entre os níveis de atenção, e a conseqüente satisfação das pessoas que vivenciam uma situação crônica de saúde (MENDES, 2015).

3.2.3 Instrumento de medida da qualidade do cuidado às condições crônicas

Para avaliar e guiar os esforços de melhoria da qualidade do cuidado crônico na APS, os sistemas de saúde requerem ferramentas práticas de avaliação. Um dos instrumentos disponíveis na literatura é o questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) (GLASGOW *et al.*, 2005), que consiste na Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas, em sua versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa do Brasil (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012). Como o próprio nome indica, o PACIC permite o indivíduo avaliar em que medida recebe cuidados adequados, considerando sua situação crônica de saúde, e tem como referência os pressupostos do CCM (GLASGOW *et al.*, 2005).

Esse questionário foi elaborado e validado em inglês, na cidade de Washington e Idaho, Estados Unidos, por Glasgow *et al.* (2005), e envolveu 266 participantes com diferentes condições crônicas, dentre as quais as mais prevalentes foram: HA (n=130), artrite (n=109), depressão (n=51), DM (n=41), asma (n=41) e dor (n=41). A confiabilidade da versão final do PACIC por meio do alfa de Cronbach foi de 0,93, variando para cada dimensão de 0,77 a 0,90. Portanto, percebe-se boa confiabilidade do questionário, visto que os valores do

alfa de Cronbach estão acima de 0,70, valor mínimo aceitável para esse tipo de instrumento (FAYERS; MACHIN, 2000).

O PACIC é constituído por 20 questões cujas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídas a cinco dimensões (ANEXO C). Escores mais altos indicam percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

De modo geral, esse questionário enfatiza as interações ocorridas entre pessoas usuárias e equipes responsáveis pelo cuidado, especialmente aspectos do autocuidado apoiado, e compreende a avaliação pelos utentes 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 (Quadro 3) (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Quadro 3 - Descrição das dimensões do questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care / PACIC*

Dimensão	Descrição*
Adesão ao tratamento	q1 q2 q3 Avalia até que ponto o indivíduo foi motivado e apoiado pelo profissional de saúde para iniciar mudanças.
Modelo de atenção / tomada de decisão	q4 q5 q6 Avalia se o indivíduo foi apoiado, por exemplo, com folhetos e quanto satisfeito ficou com a organização do cuidado recebido.
Definição de metas	q7 q8 q9 q10 q11 Avalia até que ponto as instruções gerais e sugestões foram adaptadas à situação individual da pessoa.
Resolução de problemas / contextualização do aconselhamento	q12 q13 q14 q15 Remete como os profissionais de saúde lidam com os problemas, que interferem no alcance dos objetivos pré-definidos.
Coordenação da atenção / acompanhamento	q16 q17 q18 q19 q20 Aborda quanto frequente e consistentemente todo o processo foi seguido.

Fonte: MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012, adaptado pela pesquisadora.

Nota: q - questão. PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*. *Cada dimensão encontra-se acompanhada pelo número da respectiva questão contida no questionário PACIC.

O PACIC tem sido considerado sensível às mudanças de prestação de cuidados crônicos, associando-se a desfechos clínicos (ABBOTT *et al.*, 2018) e a mudanças comportamentais (LIU *et al.*, 2013; SCHMITTDIEL *et al.*, 2008). Por sua vez, há uma contradição na literatura entre a definição de associação dos escores PACIC com características sociodemográficas (ABBOTT *et al.*, 2018; GLASGOW *et al.*, 2005; HOULE *et al.*, 2012).

Internacionalmente o PACIC tem sido adaptado 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 à saúde, permitindo verificar o grau em que as ações estão orientadas para o cuidado crônico (ARAGONES *et al.*, 2008; CRAMM; NIEBOER, 2012; MACCOLL CENTER FOR HEALTH CARE INNOVATION, 2012; WENSING *et al.*, 2008). Traduções sistemáticas e adaptações já foram feitas para o alemão (GENSICHEN *et al.*, 2011; ROSEMANN *et al.*, 2007), o dinamarquês (MAINDAL; SOKOLOWSKI; VEDSTED, 2012), o esloveno (TUSEK-BUNC *et al.*, 2014), o espanhol (ARAGONES *et al.*, 2008), o francês (KRUCIEN; LE VAILLANT; PELLETIER-FLEURY, 2014), o holandês (WENSING *et al.*, 2008), o inglês (RICK *et al.*, 2012; TAGGART *et al.*, 2011), entre outras, testado em indivíduos com diversas condições crônicas, por exemplo, asma (GLASGOW *et al.*, 2005), dor (GLASGOW *et al.*, 2005), osteoartrite (GLASGOW *et al.*, 2005; ROSEMANN *et al.*, 2007), depressão (GENSICHEN *et al.*, 2011; GLASGOW *et al.*, 2005), diabetes (ARAGONES *et al.*, 2008; GLASGOW *et al.*, 2005; GUGIU *et al.*, 2009; JACKSON *et al.*, 2008; WENSING *et al.*, 2008), doença cardiovascular (CRAMM; NIEBOER, 2012; TUSEK-BUNC *et al.*, 2014), doença pulmonar obstrutiva crônica (CRAMM; NIEBOER, 2012; WENSING *et al.*, 2008), degeneração macular relacionada à idade (MARKUN *et al.*, 2014) e hipertensão (GLASGOW *et al.*, 2005).

Particularmente sobre a tradução e adaptação cultural do PACIC no Brasil, existem até o momento divulgados na literatura dois estudos. Um deles é o realizado por Landim (2012) que fez a adaptação para o Brasil e Portugal conforme etapas propostas pela OMS, envolvendo etapas de tradução, comitê de especialistas, retrotradução (*back-translation*), pré-teste e entrevista cognitiva. Para a versão brasileira, foram envolvidas, na última etapa do estudo, 50 pessoas com DM atendidas no ambulatório de endocrinologia de uma unidade básica distrital de saúde no município de Ribeirão Preto, São Paulo. A idade desses indivíduos variou de 33 a 78 anos, com média de 60,9 anos ($\pm 10,6$ anos). De forma breve, os

resultados encontrados mostraram-se satisfatórios, sendo o questionário considerado muito bom ou bom por todos os participantes, com questões fáceis de entender (88%) e categorias de respostas não difíceis de serem utilizadas (86%). Além disso, 92% dos inquiridos declararam que os itens do PACIC eram muito relevantes para sua condição de saúde. Apenas quatro questões (q6, q10, q12 e q16) necessitaram de serem adaptadas culturalmente.

O segundo estudo foi conduzido pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), em decorrência da instalação do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde (LIACC-APS), em Curitiba (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012), que introduziu o MACC (MENDES, 2011) como modelo para a estruturação da rede de atenção às pessoas com condições crônicas no município. Nesse sentido, para avaliar e monitorar a implementação do MACC e sua adequação ao sistema de atenção à saúde, foi realizada a tradução e a adaptação do PACIC.

A metodologia utilizada também seguiu as recomendações da OMS. Na etapa de pré-teste, participaram 13 pessoas usuárias com condições crônicas diagnosticadas há mais de seis meses e assistidas em uma unidade básica de saúde (UBS) (piloto do projeto LIACC), de ambos os sexos, todos com mais de 18 anos, sendo dois não alfabetizados (OPAS; CNSS, 2013). Na primeira rodada, os respondentes demonstraram dificuldade na compreensão de alguns itens questionados e na forma de registrar as respostas. Algumas das dúvidas relacionaram-se ao significado de palavras como plano de tratamento, metas, efeitos de medicamentos, condição crônica, encorajado, educador em saúde. Após readequações do questionário, a nova versão do PACIC foi aplicada em outro grupo composto por oito pessoas usuárias com condições crônicas. Novas observações foram feitas e ajudaram a definir a versão final do questionário, que, por sua vez, foi aplicado a uma amostra expandida de 532 pessoas usuárias com condições crônicas atendidas em 12 UBS envolvidas na pesquisa avaliativa do LIACC, mais a UBS piloto. Nessa etapa, foi permitido aprofundar o processo de validação do questionário por meio da análise de reprodutibilidade, consistência interna e dimensionalidade, além de registrar informações de linha de base sobre a percepção do processo de atenção às condições crônicas dos utentes das UBS envolvidas. Contudo, até a presente data, os resultados do processo de validação do

questionário ainda não foram divulgados.⁴

3.3 Avaliação da qualidade do cuidado em saúde: uma aproximação teórica

A melhoria da qualidade do cuidado tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde tanto em âmbito nacional quanto internacional, considerando sua importância na adequação das políticas públicas às necessidades da população (BRASIL, 2005, 2012b; CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO, 2010; CAPITAL HEALTH PLAN, 2017; COMMONWEALTH OF AUSTRALIA, 2010; SÜSSMUTH-DYCKERHOFF; WANG, 2010; WHO; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/OECD, 2015). Até mesmo porque a busca pela qualidade da atenção nos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se no presente um imperativo técnico e social (BRASIL, 2007b).

A própria Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006) reconhece a importância da priorização da qualidade nos sistemas de saúde na atualidade e, para tanto, argumenta existir dois principais motivos:

- a) mesmo onde os sistemas de saúde estão bem desenvolvidos e dotados de recursos, há evidências claras de que a qualidade continua a ser uma preocupação séria, com resultados esperados não previsivelmente alcançados e com grandes variações nos padrões de prestação de cuidados de saúde dentro e entre os sistemas de saúde;
- b) particularmente nos países em desenvolvimento, onde os sistemas de saúde precisam otimizar o uso de recursos e expandir a cobertura da população, o processo de melhoria e ampliação necessita ser baseado em estratégias locais sólidas de qualidade para que os melhores resultados sejam alcançados com novos investimentos.

⁴ Em 2016, foi recebida mensagem de um dos membros responsáveis pela coordenação do grupo de pesquisa envolvido com o processo de validação do PACIC, solicitando informações sobre a análise de reprodutibilidade, consistência interna e dimensionalidade do questionário. A resposta obtida foi que o grupo ainda está em fase de análise dos dados, cujos resultados serão oportunamente publicados. Mensagem recebida por: Simone Tetu Moysés (simone.moyses@pucpr.br). Em 21 novembro 2016.

Nota: Situação permanece em 2018.

Entretanto, apesar do crescente interesse nos últimos anos em torno da temática, o primeiro desafio a ser enfrentado diz respeito ao próprio conceito de “qualidade do cuidado em saúde ou do serviço de saúde” devido sua complexidade e multidimensionalidade do termo. Fundamentado em outros estudiosos, Serapioni (2009) descreve alguns fatores condicionantes que justificam essa complexidade:

- a) a própria complexidade da concepção de saúde que, após críticas ao processo de medicalização da vida, passa a considerar a pessoa em sua unidade e integridade biopsíquicas, incluindo os componentes espirituais, relacionais e sociais;
- b) a variedade de atores que atuam no campo dos sistemas de saúde e lutam pela diversidade dos pontos de vista;
- c) o caráter intrinsecamente multidimensional do conceito de qualidade;
- d) as particularidades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços. Assim, abrangem amplo componente de trabalho imaterial com elevada personalização e relacionalidade, com exigência de tempestividade e rapidez das decisões e ações. Isso porque, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contato direto entre profissionais e usuários e das ações e interações que constituem essa relação. Dessa forma, o utente desempenha dupla função: é consumidor de atenção, mas também, seu coprodutor;
- e) os próprios fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais.

A presença desses fatores de complexidade, acrescenta o autor, pode de um lado ter enriquecido o conceito de qualidade do cuidado em saúde, mas, por outro lado, tornaram-no de difícil definição. Nessa perspectiva, tem-se que o termo “qualidade” não é um conceito estático, sujeito a uma multiplicidade de interpretações e que deve ser analisado no contexto de um sistema de saúde cuja sociedade encontra-se em constante evolução. Conseqüentemente, a evolução do conceito de qualidade tem levado diversos autores proporem diferentes conceitos, que refletem quer as suas distintas perspectivas de abordagem, quer a necessidade sentida de adequar estes conceitos de qualidade, na sua maioria com origem na indústria, às especificidades do campo da saúde (ALVES, 2007). Por esse motivo, atualmente prefere-se evidenciar uma série de atributos da qualidade, ao invés

de correr o risco de adotar interpretações restritivas, visto que a qualidade em saúde é resultante de uma profícua integração e conexão entre esses atributos.

Para a WHO (2016b), qualidade do cuidado é a medida em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações melhoram os resultados de saúde desejados. Para alcançá-los, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas. Assim sendo, é interessante explicar o significado dessas concepções, ou seja, *seguro*: indica a capacidade de fornecer assistência médica que minimize os riscos e danos aos usuários do serviço, incluindo evitar lesões evitáveis e reduzir erros médicos; *eficaz*: na prestação de serviços com base em conhecimentos científicos e diretrizes baseadas em evidências; *oportuno*: capaz de reduzir os atrasos na prestação e recebimento de cuidados de saúde; *eficiente*: com potencial para oferecer assistência médica de uma maneira que maximize o uso de recursos e evite o desperdício; *equitativo*: no sentido de prestar cuidados de saúde que não difiram na qualidade de acordo com características pessoais, como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou *status* socioeconômico; *centrado nas pessoas*: capaz de prestar atendimento que leve em consideração as preferências e aspirações dos usuários individuais e a cultura de sua comunidade.

Diante de tantas questões, são apresentadas no Quadro 4 algumas acepções de diferentes autores ou organizações sobre qualidade do cuidado em saúde, apesar de não se pretender aqui exaurir o tema.

Quadro 4 - Definições sobre qualidade do cuidado em saúde

Autor/organização/ano	Definição
Donabedian (1973, 1980)	Consiste no nó crítico ao cumprimento da função essencial das organizações e do sistema de saúde, que consiste em produzir serviços que respondam adequadamente às necessidades de saúde dos indivíduos e da população. Nesse sentido, considera o tipo de cuidado que maximiza uma medida, que inclui o bem estar dos indivíduos, após considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidado em todos seus componentes: <i>técnica dos cuidados</i> (aplicação da ciência e da tecnologia); <i>interpessoal</i> (interação utente-profissional, podendo decompor-se em trocas de informações e trocas afetivas); e <i>amenidades</i> (condições de conforto e estética das instalações e equipamentos no local onde a prestação ocorre).
Organização Mundial da Saúde (ROEMER; MONTOYA-AGUILAR, 1988)	Diz respeito à medida que os recursos para cuidados ou serviços de saúde nele incluídas respondem as normas estabelecidas. De um modo geral, supõe-se que a aplicação destas normas irá produzir os resultados desejados.
Øvretveit (1996)	É a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas.

(... *continua*)

Quadro 4 - *continuação*

Autor/organização/ano	Definição
<i>Institute of Medicine - Estados Unidos</i> (IOM, 2001)	Grau com que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos ou populações aumentam a chance de produzir os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
Mezomo (2001)	Extensão da própria missão da organização que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas dos seus utentes. A qualidade no serviço distingue-se em alguns aspectos da caracterização da qualidade de um produto e, na saúde, o fator humano é mais importante do que em organizações de outra natureza.
Starfield (2002)	Grau em que as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde, dado o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.
Brasil (2005)	Grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Considera, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos conceitos presentes nas referências mencionadas.

Ao considerar as definições supracitadas, observa-se ser um desafio operacionalizar e implementar estratégias que visem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e do cuidado prestado, sendo necessário primeiramente mensurá-la (ALMEIDA, 2015).

Entretanto, de igual modo, outra aceção problemática é o termo avaliação, visto a complexidade e a polivalência conceitual e metodológica do termo. Ao se associar a outra definição também polissêmica - a qualidade - origina novos construtos, tornando a questão mais difícil, dado o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, que abrange dimensões objetivas e subjetivas (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Mediante a multiplicidade de conceitos, a aceção adotada neste estudo que parece contemplar as múltiplas dimensões da prática avaliativa foi a proposta por Champagne *et al.* (2011) que definem a avaliação como fundamentalmente uma emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Para tanto, é empregado um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos cujos campos de julgamentos são por vezes distintos. Devem estar aptos a revelar a posição sobre a intervenção e, assim, construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Um dos pioneiros a propor um modelo de avaliação da qualidade nos serviços de saúde foi o estudioso clássico Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1980), que propôs a tríade

estrutura-processo-resultado como elemento-chave relacionado à produção dos serviços. Para Mezomo (2001), esses três elementos não são formados por partes autônomas e dissociadas entre si, mas por elementos intimamente ligados e inter-relacionados que mantêm uma linha de causalidade e efeito. Essa tríade é considerada hoje o paradigma dominante de estudos de avaliação da qualidade dos cuidados em saúde (AYANIAN; MARKEL, 2016), pois tal como refere o próprio autor (DONABEDIAN, 2003), devido a simplicidade e a capacidade de utilização intuitiva de seu modelo, o mesmo facilita a difícil missão de definir o que é qualidade.

No modelo donabediano, a estrutura envolve um conjunto de condições do ambiente onde os cuidados de saúde são prestados, incluindo objetivos, recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. Abarca, portanto, características mais estáveis da assistência e sua avaliação permitirá a tomada de decisão direcionada à otimização dos recursos disponíveis. Apesar de não garantir por si só nível elevado de qualidade do cuidado, ter boas condições estruturais é uma condição necessária, na medida em que implica provavelmente o meio mais importante de proteger e de promover a qualidade dos cuidados em saúde (DONABEDIAN, 1980; MEZOMO, 2001; TANAKA, 2011).

O processo diz respeito ao modo como os cuidados são prestados e recebidos, abrangendo a procura de cuidados por parte do utente, como este os segue e as atividades do prestador para chegar ao diagnóstico e implementar um tratamento, seja de forma individualizada ou em grupo. É nessa dimensão onde aparecem os aspectos éticos e a relação profissional/equipe de saúde-utente (DONABEDIAN, 1980). Ao considerar esse componente, parte-se do princípio de que a interação deverá ser o espaço em que o serviço de saúde levará em conta o contexto de vida dos usuários. A flexibilização do processo de trabalho, balizado pelos determinantes sociais incorporados na interação, permitirá que a concepção sistêmica adotada nesse referencial de avaliação seja a de um sistema aberto, que considerará, por exemplo, o poder de utilização da pessoa idosa para ampliar o acesso à APS (TANAKA, 2011).

Os resultados são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos utentes e das populações, que podem relacionar-se com o processo de cuidado, incluindo melhoria do conhecimento do usuário, mudanças salutareis de comportamento e sua satisfação com o serviço (DONABEDIAN, 1980).

Considerando que, isoladamente, cada uma dessas abordagens apresentava problemas e insuficiências, Donabedian (1992) concluiu que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos de cada elemento-chave da tríade proposta.

Esse referencial teórico tem sido muito utilizado em pesquisas avaliativas, inclusive, em sistemas de saúde para avaliação de suas intervenções ou programas (BRASIL, 2005; CAMPOS; SATURNO; CARNEIRO, 2010; CAPITAL HEALTH PLAN, 2017; FRØLICH, 2012; SAMOTO, 2013; SESSOMS *et al.*, 2015). Contudo, muitos desses estudos avaliativos vêm sendo criticados, principalmente os institucionais, por causa da padronização e rigidez dos instrumentos de avaliação, os quais abrangem questões unidirecionais delineadas para obter “indicadores de qualidade” que satisfazem apenas a perspectiva dos prestadores (BARTOL, 2018).

Ao considerar que a saúde é uma interação dinâmica entre prestador-usuário, é válida a assertiva de que os instrumentos avaliativos devem também ser capazes de contemplar a autopercepção dos usuários, não padronizando o instrumento, mas sim, adaptando-o para cada situação-contexto. Geralmente, o que se vê na prática são indicadores que envolvem pouca ou nenhuma percepção do usuário, muito menos abertura para discussão de potenciais benefícios, riscos e alternativas, respaldado no cuidado centrado à pessoa (BARTOL, 2018) tão importante quando se remete ao cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde.

Essa situação leva, portanto, a pensar sobre questões relacionadas à satisfação do utente que, inclusive, tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade do cuidado, ao lado da avaliação do profissional de saúde e da comunidade. Inclusive, a satisfação do usuário tem sido, atualmente, considerada como um atributo da qualidade, tornando-se um objetivo em si e não somente um meio de produzir a adesão do utente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Essa temática encontra-se melhor apresentada na próxima seção deste trabalho.

3.3.1 A satisfação do usuário com o cuidado em saúde: um conceito complexo, mas necessário

A satisfação do usuário também é um conceito polissêmico e pouco teorizado cuja multidimensionalidade se explica na medida em que pode ser influenciada por distintos fatores como percepção do estado de saúde e da doença, crenças, características sociodemográficas e outras. Nesse sentido, engloba diversos aspectos de atenção como acesso, organização, infraestrutura, interação da díade usuário-profissional e resultados em termos de saúde (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

No entanto, não há consenso entre os estudiosos sobre os fatores associados à satisfação do utente. Pesquisas prévias indicaram fatores sociodemográficos como predisponentes para maior satisfação dos usuários, tais como, idade mais avançada, sexo feminino, nível de escolaridade e renda baixa (ALSHAMMARI, 2014; BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013), tipo de modalidade de seguro de saúde (plano privado) (GOUVEIA *et al.*, 2009), maior morbimortalidade (FENTON *et al.*, 2012) e capacidade física e mental, satisfação com a saúde e despesa com os cuidados em saúde elevada (HUNG *et al.*, 2015).

Sob outra perspectiva, Kupfer e Bond (2012) chamam a atenção para uma provável tendência dos usuários de serviços de saúde privilegiarem a qualidade das interações interpessoais e desejo consumista por exames diagnósticos de alta complexidade, em detrimento da competência técnica dos profissionais e aconselhamento comportamental por falta de conhecimento crítico e expectativas seletivas. Questionam inclusive se taxa elevada de satisfação dos utentes necessariamente é proveniente de melhores cuidados centrado no usuário e resultados clínicos, uma vez que pesquisas prévias são contraditórias a esse respeito (EDWARDS; STANISZWESKA; CRICHTON, 2004; POOT *et al.*, 2014). Conforme enfatizam Farley *et al.* (2014), é difícil diferenciar se a satisfação manifestada pelo usuário é consequência do bom desempenho profissional ou se é atribuível às demandas crescentes e fragilidades do sistema de saúde local ou de outros fatores externos, não relacionados ao profissional. Em suma, não está bem definido se os níveis de satisfação do usuário estão de fato associados com cuidados assistenciais de alta qualidade ou de resultados clínicos (KUPFER; BOND, 2012).

Diante do escopo literário, verifica-se que a avaliação da qualidade do cuidado na perspectiva do usuário não é necessariamente expressa em termos de satisfação e sua mensuração nem sempre reflete a percepção que os indivíduos têm sobre a qualidade do cuidado. Além disso, a satisfação inclui uma dimensão altamente afetiva, interligada a aspectos de felicidade, e é considerada mais dependente das expectativas do usuário do que a percepção de qualidade em si (HADDAD *et al.*, 2000), a qual pode ser influenciada por outros fatores não relacionados ao cuidado prestado (MANARY *et al.*, 2013).

Mediante o exposto, observa-se também falta de padronização conceitual da satisfação do usuário que conjuntamente às distintas abordagens metodológicas adotadas pelos pesquisadores comprometem a avaliação comparativa dos dados. Isso porque a natureza intangível dos serviços em saúde torna complexa as pesquisas de satisfação dos usuários, na medida em que os benefícios psicológicos oferecidos não são facilmente observáveis e ainda menos mensuráveis (TINOCO, 2011).

Na tentativa de preencher essa lacuna no conhecimento, foram propostas várias teorias, descritas sucintamente no Quadro 5. Entretanto nenhuma delas pode ser considerada padrão-ouro, pois não conseguem contemplar a dinâmica relacional entre satisfação dos usuários e a avaliação da qualidade dos serviços. Além disso, ao considerar que essas teorias foram propostas a partir de estudos realizados em países desenvolvidos, o uso das mesmas em pesquisas conduzidas em países de baixa e média renda deve ser feito com cautela (ATKINSON; MEDEIROS, 2009).

Quadro 5 - Definição de satisfação segundo diferentes enfoques teóricos

Enfoque teórico	Definição de satisfação
<i>Teoria da atitude</i>	Entendida como uma atitude, ou seja, uma avaliação positiva ou negativa feita pelo indivíduo sobre um determinado produto/serviço ou um dos aspectos que o compõem. Pode envolver a avaliação de acesso, eficácia, custo, conveniência e outros atributos do cuidado em saúde.
<i>Teoria da discrepância</i>	Níveis de satisfação são preditos a partir da diferença entre as expectativas e a percepção da experiência. É capaz de dar conta de apenas uma parte da variação dos níveis de satisfação.
<i>Teoria da realização</i>	É compreendida como a diferença entre o que é desejado ou esperado, e o que é obtido. Esta teoria tem sido bastante criticada por não considerar a experiência do serviço. Dois tipos de teoria da realização podem ser encontrados: a realização da expectativa e a realização da necessidade.
<i>Teoria da equidade</i>	Considera que os usuários avaliam os serviços em termos de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com outros usuários. Embora pouco referida pelos estudos empíricos, a teoria da equidade tem sido valorizada pelos estudiosos do tema, pois postula que o usuário avalia os serviços segundo critérios de equidade. Dessa forma, introduz elementos de comparação social, confrontando a avaliação de um único indivíduo com as dos demais.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Esperidião e Trad (2006).

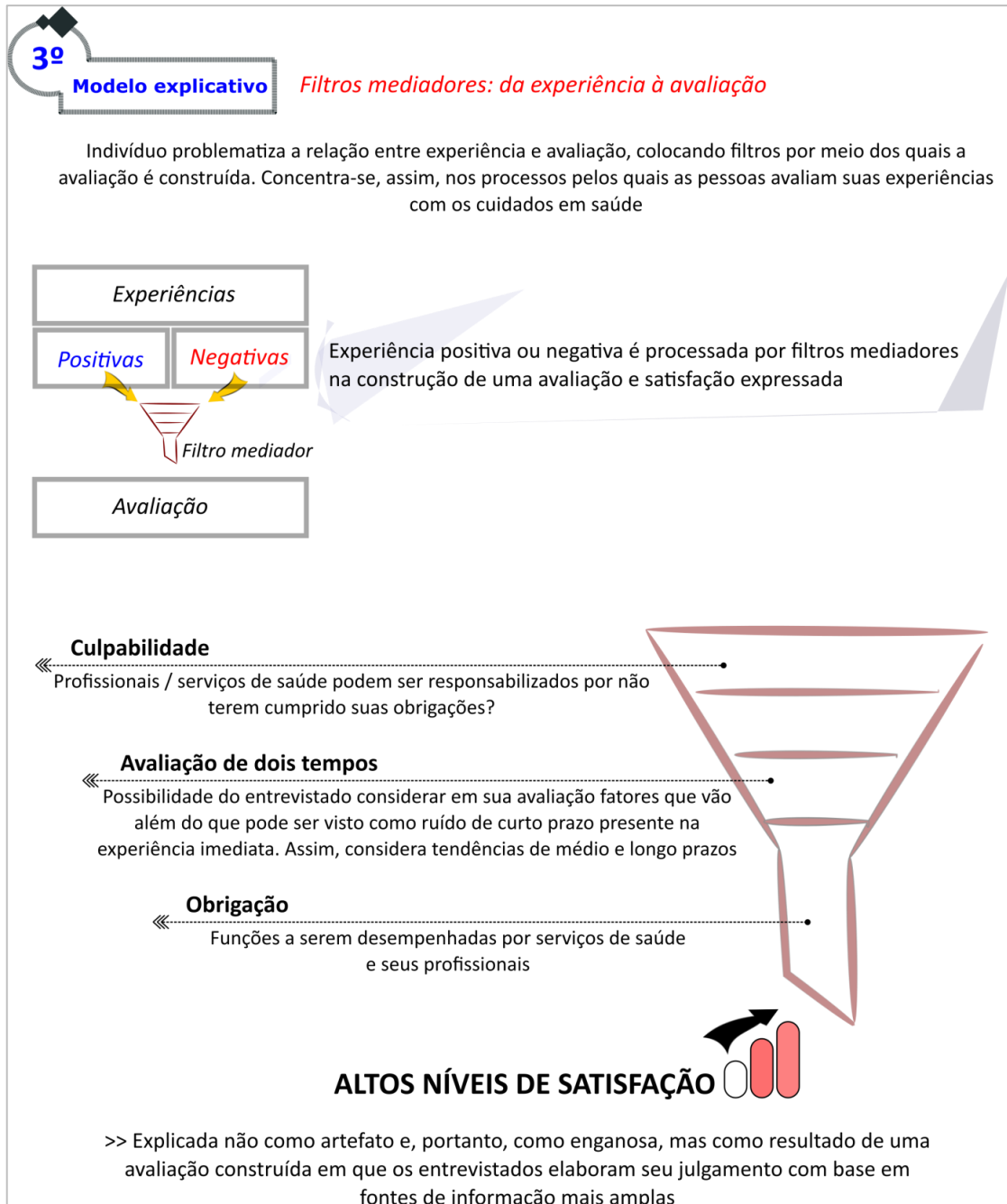
Ao considerar que as causas da satisfação são multidimensionais e complexas, possivelmente próximas do idiossincrático, podendo ser altamente específicas da situação, alguns estudiosos defendem que é importante conhecer os processos pelos quais as pessoas constroem e expressam sua satisfação mais do que suas causas (ATKINSON; MEDEIROS, 2009).

Nesse sentido, Atkinson e Medeiros (2009) propuseram três modelos explicativos que auxiliam na exploração de possíveis influências na construção e expressão da satisfação pelo usuário de serviços de saúde. Para explorar a aplicabilidade dos três modelos, essas autoras conduziram um estudo de caso envolvendo 30 mulheres com 25 a 60 anos de idade, residentes em zona rural e usuárias do serviço público brasileiro. Os modelos explicativos compreendem:

- **expectativas** (avaliação feita pelo entrevistado com respeito ao serviço de saúde, em relação ao atendimento ou não de suas necessidades e expectativas);
- **dinâmica contextual** (a dinâmica de valores, preocupações ou aspirações dos entrevistados interfere na sua avaliação dos serviços de saúde. Portanto, estudos sobre satisfação são local, política e culturalmente específicos);
- **filtros mediadores** (indivíduo problematiza a relação entre experiência e avaliação, colocando filtros por meio dos quais a avaliação é construída. Concentra-se, assim, nos processos pelos quais as pessoas avaliam suas experiências com os cuidados em saúde).

Particularmente, neste estudo, foi utilizado o modelo explicativo dos filtros mediadores, com foco para a culpabilidade, por meio dos quais a experiência é processada na avaliação, descritos de forma esquemática na Figura 3.

Figura 3 - Filtros mediadores como modelo explicativo de influência na construção e expressão de satisfação do usuário de serviço de saúde proposto por Atkinson e Medeiros (2009)



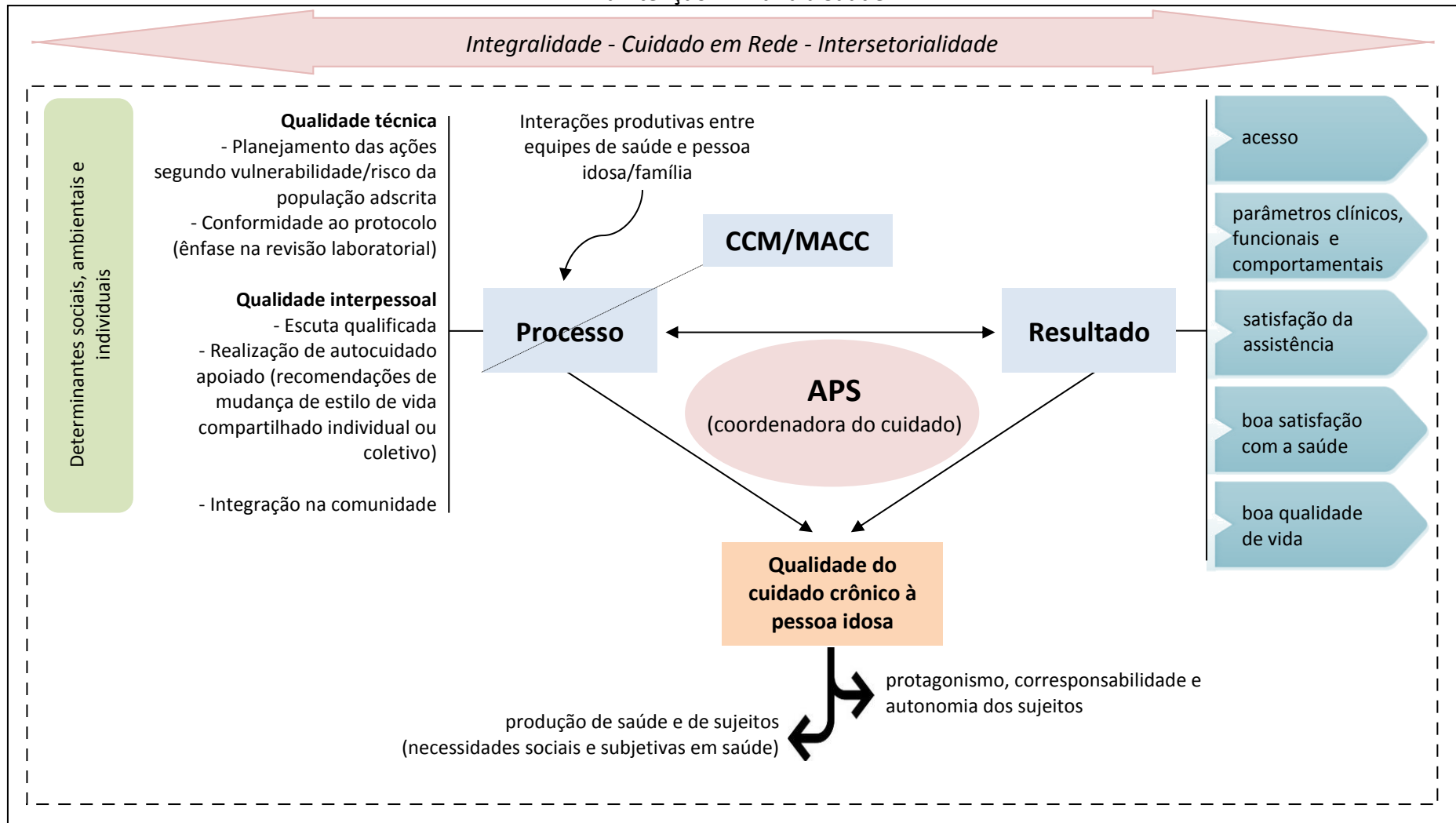
Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Atkinson e Medeiros (2009).

3.4 Modelo teórico-metodológico para avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde

A qualidade do cuidado à pessoa idosa com DM e/ou HA depende da APS atuar como porta de entrada do sistema, devendo cumprir o papel de ordenadora do cuidado. Esse cuidado deve estar integrado ao sistema por meio de Redes de Atenção à Saúde, subsidiado pelo princípio da integralidade da atenção. Portanto, requer novos arranjos intra e intersetoriais, que visem responder aos novos desafios que o vertiginoso processo de envelhecimento da população brasileira impõe (BRASIL, 2014).

Partindo dessa premissa juntamente com outros marcos conceituais do campo da avaliação dos serviços de saúde até então apresentados, propôs-se a seguir um modelo teórico-metodológico que norteou tanto a coleta de dados quanto a análise e discussão deste trabalho (Figura 4).

Figura 4 - Modelo teórico-metodológico para avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base nos referenciais Brasil (2014), Donabedian (1980) e Mendes (2011).

Nota: APS - Atenção Primária à Saúde; CCM - *Chronic Care Model*; MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

Conforme ilustrado na Figura 4, a avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com DM e/ou HA na APS considerou a abordagem sistêmica de Donabedian (1980), a partir dos elementos de processo e resultados do cuidado em saúde. Como atributos constitutivos da qualidade, a avaliação esteve intrinsecamente relacionada à efetividade, ao acesso, à satisfação do utente e ao cuidado centrado na pessoa. Ressalta-se que outros atributos certamente completariam uma definição mais robusta de qualidade, mas não foram operacionalizados no presente estudo.

Por sua vez, a qualidade do cuidado, ao ser influenciada pelo modelo de atenção que deverá nortear todo o processo de cuidado de forma transversal, foram adotados os modelos *Chronic Care Model* (WAGNER, 1998) e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2011), pois seus pressupostos enfatizam o cuidado centrado na pessoa, considerado elemento-chave para se ter alta qualidade do cuidado às condições crônicas.

Ressalta-se que, no artigo 4, onde se empreendeu análise mais aprofundada sobre a relação entre a satisfação do utente e a qualidade do cuidado primário recebido, buscou-se explicar como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido na APS, em termos de sua satisfação, a partir da perspectiva do Construcionismo Social (SPINK, 2010, 2013).

É nesta acepção que foi concebido o presente estudo.

3.5 O Construcionismo Social como possibilidade de “novas configurações de velhos olhares”⁵

A perspectiva teórico-metodológica adotada na segunda fase do estudo foi o Construcionismo Social, que tem como objetivo demonstrar ou analisar interações sociais historicamente situadas ou os caminhos que levaram ao estabelecimento de algum fato ou entidade do presente (SPINK, 2010).

Por meio da linguagem, o Construcionismo Social incorpora, em parte, a perspectiva linguística do estruturalismo e a discussão das práticas discursivas e de discurso do pós-estruturalismo nas análises sobre a produção de sentidos no cotidiano dentro de sua abordagem teórico-metodológica. Defende-se que o conhecimento é algo que as pessoas

⁵ Expressão cunhada por Spink (2013).

fazem juntas cuja linguagem não apenas explica a realidade, mas a constitui, concebendo o sujeito e o objeto como construções histórico-sociais, numa relação de interdependência. Consequentemente, resulta numa socialização do conhecimento que passa a ser algo que se constrói junto por meio das práticas sociais e não algo que é apreendido do mundo (SPINK, 2010).

Nesse sentido, pensar sob a perspectiva construcionista significa

compreender que a construção da realidade se dá em meio aos coletivos e, portanto, não é possível falar de individualidades descoladas da cultura e dos modos que as pessoas elegem para vivenciar uma dada realidade. O Construcionismo Social analisa a produção de sentidos no cotidiano, fazendo da pesquisa uma possibilidade de misturar-se junto aos coletivos e compreender cada contexto em sua particularidade [...]. Compreender os processos pelos quais o humano descreve, explica e dá conta do mundo em um determinado período e espaço de tempo passa, então, a ser um dos principais objetivos desse modo de olhar para as relações, para as pessoas, para os acontecimentos [...] (CADONÁ; SCARPARO, 2015, p. 2722).

Os principais conceitos gerais, elementos da visão de mundo no Construcionismo Social e suas implicações para a prática encontram-se descritos no Quadro 6.

Quadro 6 - Conceitos gerais, elementos da visão de mundo no Construcionismo Social e suas implicações para a prática

Conceitos gerais e elementos da visão de mundo	Construcionismo Social
Ontologia (Qual é a natureza da realidade?)	Não existem objetos naturais: os objetos são como são porque nós somos como somos, ou seja, não há objetos independentes de nós e nem existimos independentemente dos objetos que criamos.
Epistemologia (Qual é o relacionamento entre o pesquisador e o que está sendo pesquisado?)	O conhecimento não representa a realidade: não é possível distinguir entre a inteligência sobre o mundo e o mundo como tal.
Natureza humana	O conhecimento é tomado como prática social, ou seja, os objetos e critérios de verdade são produções sociais que se institucionalizaram por meio de processos de habituação.
Pressupostos metodológicos	Traz para a pesquisa uma postura desreificante, desnaturalizante, desessencializadora que radicaliza ao máximo a natureza social do mundo vivido e a historicidade das práticas. Em suma, propõe que o que se toma como objetos naturais são objetivações decorrentes das construções, das práticas.
Sentido	Definida como construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos à sua volta.
Práticas discursivas	Maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas.
Repertórios interpretativos	São os termos, os conceitos, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos. Constituem-se em um dos elementos constitutivos das práticas discursivas, o conteúdo que se associa de uma forma em determinados contextos, e de outras formas em outros contextos. Portanto, os sentidos são fluidos e contextuais.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Spink (2010, 2013).

Mediante o exposto, observa-se que a perspectiva construcionista mostrou-se pertinente ao quarto objetivo do estudo, na medida em que possibilitou “gerar outras conversações, outros debates e não pela descoberta “*per-se*” de uma verdade descontextualizada e ahistórica, que passe a substituir antigos saberes” (CAMARGO-BORGES, 2007, p. 3).

Ressalta-se que o Construcionismo tem ganhado destaque no campo da pesquisa, nas últimas décadas do século XX, sendo inclusive reconhecido como importante dispositivo para pensar temas relacionados à saúde. Particularmente, no cenário da saúde brasileira contemporâneo, tem servido como base para estudos relacionados ao cuidado humano, permitindo a discussão crítica de temas como violência conjugal, família, saúde mental, saúde do idoso, Atenção Primária à Saúde dentre tantos outros (BULGARELLI *et al.*, 2012; CADONÁ; SCARPARO, 2015; CAMARGO-BORGES, 2007; GUANAES; MATTOS, 2011; SANTOS; SOUZA, 2015).



MÉTODOS

Hã um tempo em que é preciso abandonar
as roupas usadas,
que jã tem a forma do nosso corpo,
e esquecer os nossos caminhos,
que nos levam sempre aos mesmos lugares.

É o tempo da travessia:
e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre,
à margem de nós mesmos.

(Fernando Pessoa)

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se da segunda etapa do estudo en-DoRen (acrônimo do estudo Envelhecimento e Doença Renal). Nesta nova etapa, foi delineado um estudo de métodos mistos com desenho sequencial explanatório. Este tipo de estudo envolve a implementação de duas fases, começando com a coleta e a análise de dados quantitativos na fase 1 e, em seguida, explica ou elabora os resultados obtidos com dados qualitativos coletados em profundidade na fase 2 (CRESWELL; CLARK, 2013; IVANKOVA; STICK, 2007).

A pesquisa de métodos mistos é um projeto de pesquisa com suposições filosóficas e também com métodos de investigação. Como uma metodologia, ela envolve suposições filosóficas que guiam a direção da coleta e da análise e a mistura das abordagens qualitativas e quantitativas em muitas fases do processo da pesquisa. Como um método, ela se concentra em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou uma série de estudos. Em combinação, proporciona um melhor entendimento dos problemas de pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente (CRESWELL; CLARK, 2007, p. 5).

Embora alguns elementos dos métodos mistos estivessem evidentes anteriormente, esse tipo de investigação desenvolveu de forma rápida a partir do final da década de 1980 e especialmente na transição e primeira década deste milênio (CRESWELL; CLARK, 2013), com uma importância crescente no âmbito das ciências sociais (GREENE, 2007; TASHAKKORI; TEDDLIE, 2003) e, um movimento recente na área da investigação em gerontologia (BARG *et al.*, 2006; EMLET, 2007; HAPP, 2009; HILDON *et al.*, 2008; WATKINS *et al.*, 2017; ZENG; NORTH; KENT, 2012).

Afastando-se da rivalidade infértil e de contornos retóricos que caracterizaram o debate dicotômico entre quantitativo *versus* qualitativo, os métodos mistos surgiram como um terreno de harmonização dessas vozes, pois conforme defende Flyvbjerg (2001, p. 49):

Além de desprovido de sentido, é contraprodutivo em termos da nossa compreensão falar da 'vitória dos sinais sobre a diferença' ou das regras sobre o particular. [...] Amputar um dos lados nestes pares de [fenômenos] numa dualidade 'ou-ou' é amputar a nossa compreensão. Em vez de 'ou-ou', deve-se desenvolver um não dualista e pluralista 'ambos-e'. Assim, não devemos criticar regras, lógica, sinais, e racionalidade em si mesmos. Devemos apenas criticar o domínio destes [fenômenos] sobre a exclusão de outros na sociedade moderna e nas ciências sociais. Inversamente, deve ser igualmente problemático se regras, lógica, sinais, e racionalidade forem marginalizados pelo concreto, pela diferença, e pelo particular [...].

Mediante o exposto, a presente pesquisa realizou-se sobre a premissa de que tanto a abordagem quantitativa quanto a qualitativa não são incompatíveis, na medida em que se destinam a responder diferentes tipos de questões e, por isso, podem ser usadas de forma sequencial ou simultânea, a depender da natureza das questões de investigação definidas e dos dados que anseiam conseguir (MORAIS; NEVES, 2007).

Assim, a escolha dos métodos mistos visou enriquecer e complementar o presente trabalho de forma a contribuir para um melhor conhecimento sobre o objeto de estudo, de modo a superar o paradigma que orienta a avaliação da qualidade do cuidado à pessoa com condição crônica de saúde, restringido quase que apenas a dimensões objetiváveis (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2004), ou seja, aquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana.

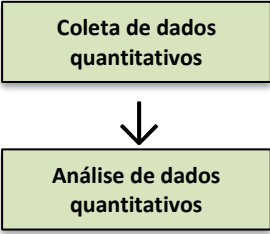
Não obstante, faz-se necessário ressaltar inicialmente o uso de duas ferramentas que facilitam o planejamento, a comunicação e a análise dos estudos de métodos mistos, nomeadamente: o sistema de notação e os diagramas. Ambas têm uma história de uso substancial pelos pesquisadores de métodos mistos, e encontram-se resumidas no Quadro 7.

Quadro 7 - Resumo de notações e diagramas para descrever estudo de métodos mistos sequencial explanatório

Notação	Exemplo da aplicação	O que indica
Abreviatura: "Quan", "Qual"	Elemento "Quan"	Métodos quantitativos
	Elemento "Qual"	Métodos qualitativos
Letras maiúsculas: QUAN, QUAL	Prioridade QUAN, QUAL	Os métodos quantitativos e qualitativos são igualmente priorizados no projeto
Letras minúsculas: quan, qual	Suplemento "qual"	Os métodos qualitativos têm uma prioridade menor no projeto
Seta: →	QUAN → QUAL	Os métodos ocorrem em uma sequência de quantitativo seguido por qualitativo
Sinal de igual: =	QUAN → qual = explica os resultados	O propósito para combinação dos métodos
Diagrama		
Forma geométrica: caixas		Ilustra os passos nos processos de pesquisas (por exemplo, coleta de dados, análise dos dados, interpretação)
Forma geométrica: ovals		Indicam os pontos de interface

(... continua)

Quadro 7 - continuação

Notação	Exemplo da aplicação	O que indica
Setas com linhas sólidas (→)	 <pre> graph TD A[Coleta de dados quantitativos] --> B[Análise de dados quantitativos] </pre>	Mostra a progressão por meio dos passos indicados

Fonte: CRESWELL; CLARK, 2013, adaptado pela pesquisadora.

4.1.1 Desenho do estudo de métodos mistos sequencial explanatório QUAN → QUAL

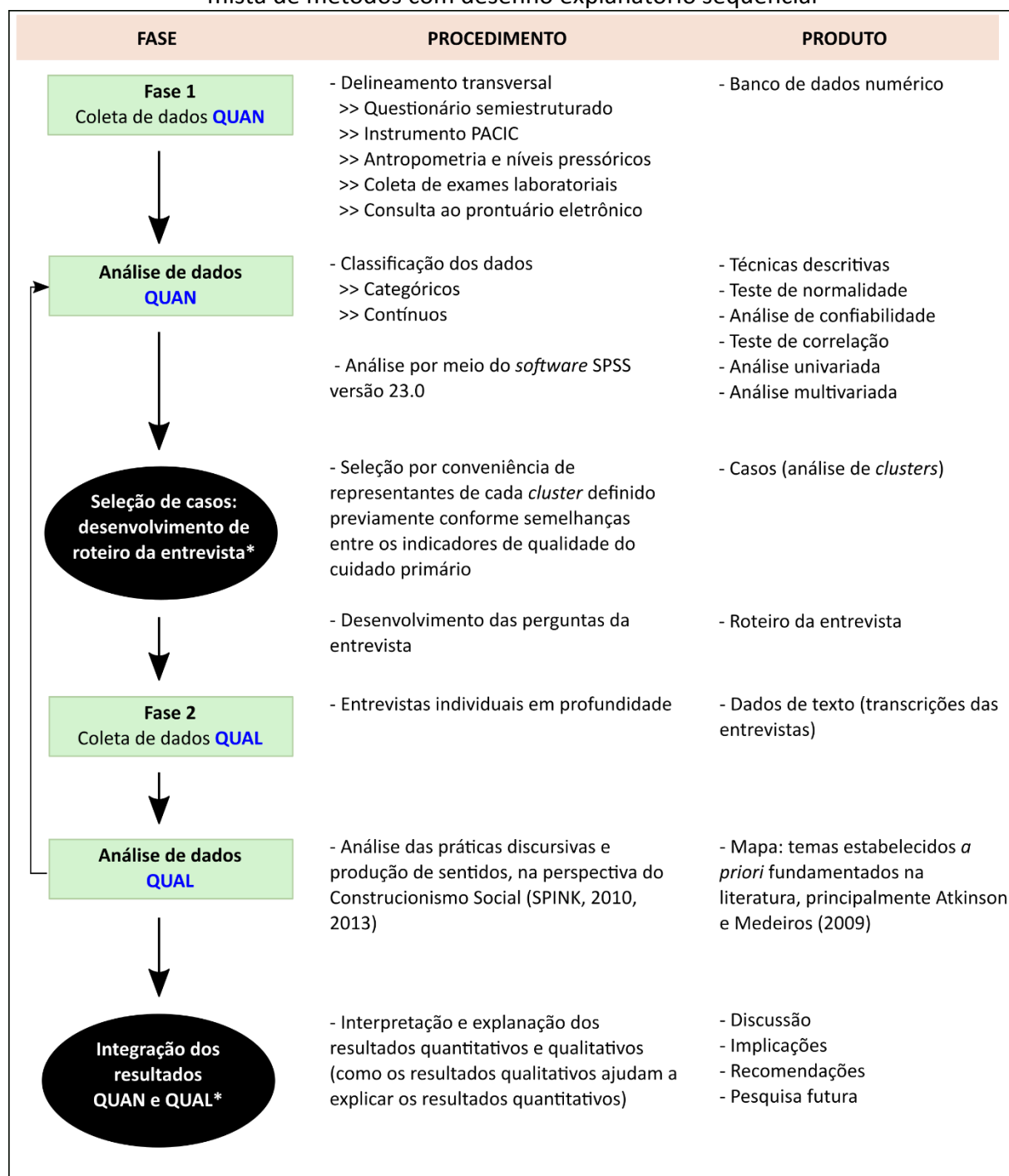
A tipologia adotada neste estudo baseou-se no modelo concebido por Creswell e Clark (2013) e Ivankova e Stick (2007), denominado estudo sequencial explanatório QUAN → QUAL, o qual foi desenvolvido em duas fases, cada uma associada a objetivos específicos distintos, mas complementares. A fase 1 consistiu em um estudo descritivo e associativo, de natureza quantitativa e de corte transversal, que forneceu dados para a construção da fase 2, de abordagem qualitativa, de natureza verificativa e ampliadora de significados (IVANKOVA; STICK, 2007). Pesquisa no campo da Saúde do Idoso usando um tipo semelhante desse desenho de estudo foi anteriormente relatado (BARG *et al.*, 2006).

O benefício do uso desse tipo de desenho para o presente estudo foi ajudar a explicar como as experiências de cuidados em saúde no âmbito da APS influenciam as práticas discursivas das pessoas idosas sobre a qualidade do cuidado recebido, com foco para a satisfação (fase 2), obtendo-se, assim, um *insight* adicional o que não poderia ser alcançado apenas com a análise quantitativa dos dados.

No intuito de melhor apresentar o percurso metodológico, encontra-se esquematizado, na Figura 5, uma síntese das duas fases da presente investigação, incluindo seus respectivos procedimentos e produtos. Letras maiúsculas indicam tipo de estudo com mesma prioridade para ambas as fases no estudo (CRESWELL; CLARK, 2013). Uma seta conduzida para frente desde a fase de análise dos dados quantitativos para a fase de coleta de dados qualitativos e uma seta oposta conduzida da fase de análise de dados qualitativos para a fase de análise de dados quantitativos indicam interação entre as fases do estudo. Isso significa que a pesquisadora conectou as fases usando um importante resultado da fase quantitativa para informar qual seria o próximo objeto de estudo que deveria ser

investigado com maior profundidade na fase qualitativa (QUAN → QUAL = explicam os fatores importantes), assim como auxiliar na seleção dos informantes e na elaboração do roteiro de entrevista.

Figura 5 - Procedimentos e produtos da segunda etapa do estudo en-DoRen: abordagem mista de métodos com desenho explanatório sequencial



Fonte: IVANKOVA; STICK, 2007, adaptado pela pesquisadora.

Nota: *Pontos de interface. en-DoRen - estudo Envelhecimento e Doença Renal; QUAL - qualitativo; QUAN - quantitativo; PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*; SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*.

4.1.1.1 Critérios de qualidade em estudo de métodos mistos com desenho sequencial explanatório QUAN → QUAL

Vários estudiosos enfatizam a complexidade em torno de questões metodológicas sobre a validade dos métodos mistos, decorrentes de diferentes concepções de qualidade nesse tipo de pesquisa (CRESWELL, 2010; MAXWELL; MITTAPALLI, 2010; O'CATHAIN, 2010; ONWUEGBUZIE; JOHNSON, 2006), o que pode dificultar o desenvolvimento de metainferências credíveis.

Segundo Teddlie e Tashakkori (2009), “metainferência” consiste na conclusão gerada por meio da integração de inferências obtidas a partir dos resultados quantitativos e qualitativos de um estudo de métodos mistos. Como tal, a integração das inferências derivadas dedutiva e indutivamente é um estágio crítico em um processo de estudo de métodos mistos; e os investigadores devem aderir a padrões rigorosos para avaliar a qualidade da inferência, de modo a garantir sua credibilidade e validade (IVANKOVA, 2014). Particularmente, ao considerar um projeto explanatório, “as metainferências estão relacionadas a se os dados qualitativos [...] proporcionam um melhor entendimento do problema do que simplesmente os resultados quantitativos” (CRESWELL; CLARK, 2013, p. 211).

Entretanto, apesar dessa necessidade crítica, não há critérios aceitos no intuito de avaliar a qualidade metodológica da pesquisa de métodos mistos e as metainferências produzidas (CRESWELL; CLARK, 2007; LEECH *et al.*, 2010; O'CATHAIN, 2010). Normas de avaliação e escolha de estratégias são, muitas vezes, influenciadas por visões filosóficas dos pesquisadores e práticas epistemológicas que ditam a terminologia, as definições e as interpretações de validade na pesquisa quantitativa e qualitativa e, conseqüentemente, a avaliação da qualidade das metainferências integradas nas pesquisas de métodos mistos (DELLINGER; LEECH, 2007; GREENE, 2007; MAXWELL; MITTAPALLI, 2010).

Nessa perspectiva, este estudo considerou as três etapas propostas por Ivankova (2014) no intuito de garantir a qualidade das metainferências geradas a partir do emprego sequencial dos métodos quantitativos e qualitativos, utilizando estratégias de validação específicas para esse tipo de projeto de pesquisa de métodos mistos, explicitadas a seguir:

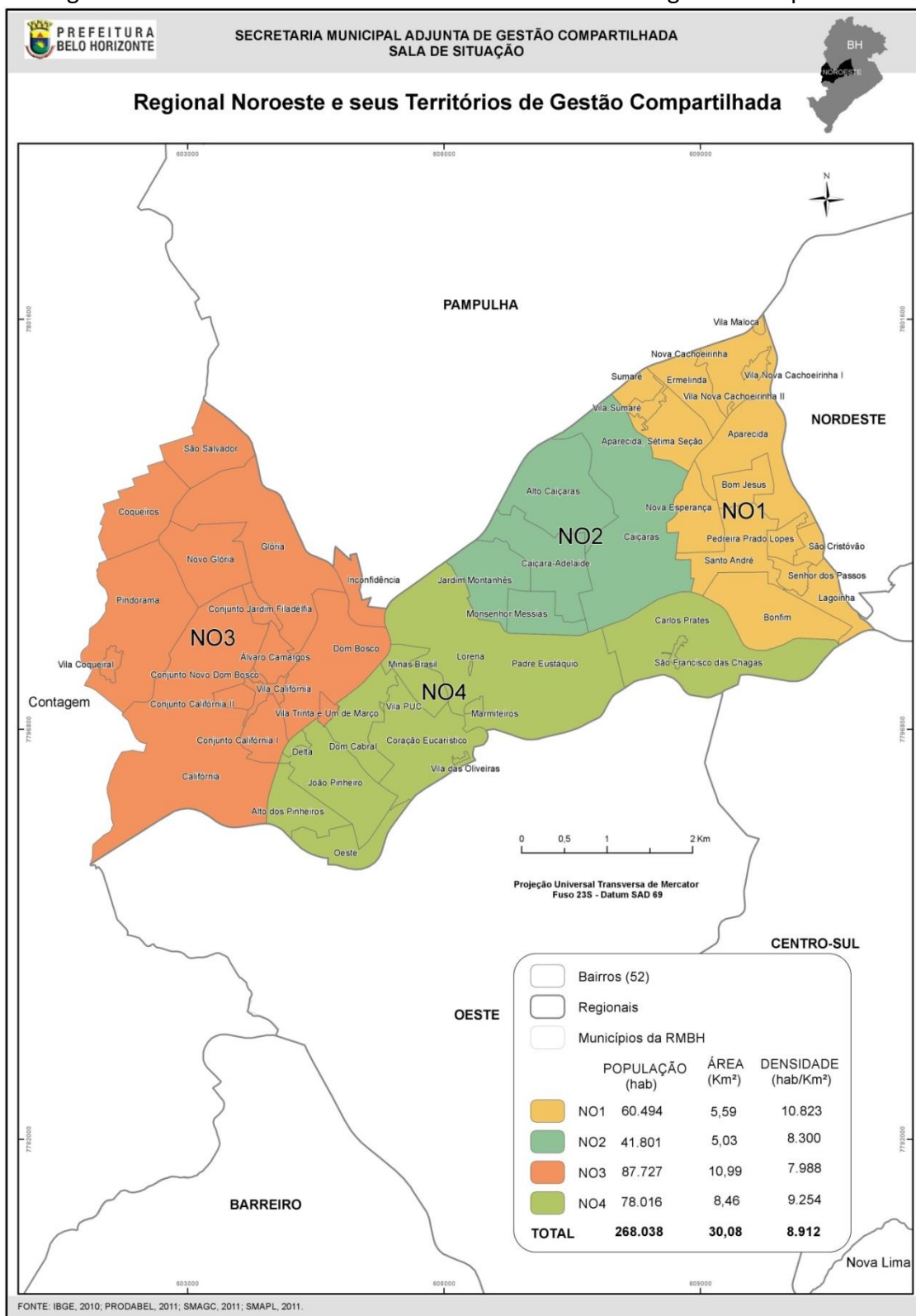
- a) elaboração sobre os resultados quantitativos importantes ou inesperados: a partir da literatura existente e os achados encontrados na fase quantitativa, foram analisadas as opções para a fase qualitativa, com consequente seleção dos resultados que necessitaram ser melhor explorados, considerando os objetivos investigados;
- b) aplicação de um processo sistemático de seleção dos participantes para avaliação qualitativa: seleção por conveniência para a fase qualitativa de representantes de cada *cluster* definido previamente conforme semelhanças entre os indicadores de qualidade do cuidado primário. Maiores detalhes encontram-se descritos no artigo 4 (capítulo “Resultados e discussão”);
- c) observação da interação entre as fases do estudo quantitativo e qualitativo, envolvendo tanto a coleta de dados quanto o processo de análise: na análise final do estudo, os dados qualitativos foram vinculados aos resultados quantitativos para o propósito de explicação.

4.2 Cenário do estudo

O cenário do estudo correspondeu à área de abrangência do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Esse distrito foi escolhido por ter apresentado o maior número absoluto da população residente com 60 anos ou mais (44.801 pessoas idosas) (BELO HORIZONTE, 2010a) na época de elaboração do estudo “Envelhecimento e Doença Renal” (en-DoRen).

Em 2010, o distrito possuía uma expressiva população estimada em 268.038 habitantes (Figura 6) (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013), com uma taxa de crescimento anual de aproximadamente -0,08%, configurando-se como o menor índice entre as nove regiões administrativas de Belo Horizonte, o que justificava uma estrutura etária da população mais envelhecida (BELO HORIZONTE, 2010b).

Figura 6 - Distrito Sanitário Noroeste e seus territórios de gestão compartilhada



Fonte: PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2013.

A rede de serviços públicos de atenção à saúde conta com 16 UBS, cujas áreas de abrangência são estabelecidas com base nos setores censitários contíguos, considerando barreiras geográficas, malha viária e população residente (BELO HORIZONTE, 2016).

Sob o regime de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, nos termos da Resolução CMS/BH - 087/02 (BELO HORIZONTE, 2002), esta habilitação permite ao município traçar estratégias próprias para o fortalecimento do SUS e da APS por meio do Plano Municipal de Saúde, e estabelecer programas/estratégias que se ajustem às necessidades locais, destacando-se ações voltadas para o cuidado às pessoas com condições crônicas. Inclusive, o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 possuía como um dos cinco eixos de programação a APS, entendida como coordenadora do cuidado e como centro de comunicação das redes de atenção (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014).

4.3 Amostra do estudo

O estudo en-DoRen possui em sua linha de base uma amostra aleatorizada de 300 pessoas idosas, de base populacional em âmbito regional, residentes no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais (SILVA, 2017).

Em síntese, o tamanho amostral foi definido pela equação Lwanga e Lemeshow (1991), e baseou-se na média da prevalência de DRC em torno de 22% em idosos brasileiros (BARROS *et al.*, 2011; BASTOS *et al.*, 2009; SESSO *et al.*, 2008; SESSO *et al.*, 2011). Foi adotada uma precisão de estimativa absoluta de 5%, com um nível de significância de 5%, resultando um n mínimo de 264 indivíduos. Adotando um efeito de delineamento de 2, o n total foi finalizado em 528 indivíduos (SILVA, 2017).

Contudo, após coleta de dados e inclusão de quase 40% da amostra inicial ($n=208$), o cálculo amostral foi refeito por ter sido constatado prevalência de DRC aproximada de 1,6 vezes maior do que a inicial estimada. Destarte, utilizando o mesmo método (LWANGA; LEMESHOW, 1991) e adotando a proporção de DRC de 35% (prevalência referente aos 40% da amostra inicial), precisão de 8% (média do desvio-padrão da prevalência de DRC em idosos dos estudos avaliados), nível de significância de 5%, o número estimado foi de 137 indivíduos. Usando o efeito de delineamento de 2, o n final estimado foi de 274 indivíduos (SILVA, 2017).

Faz-se necessário destacar que para cada artigo proposto na presente investigação, foi refeito o cálculo amostral, conforme a delimitação do desfecho em estudo. Maiores detalhes encontram-se descritos nos respectivos artigos, que compuseram a seção “Resultados e discussão” deste trabalho.

4.3.1 Esquema amostral

Trata-se de uma amostra probabilística, recrutada por meio de seleção aleatória simples (sorteio), utilizando tabela de números aleatórios, de uma lista atualizada fornecida pela PRODABEL (2014), contendo todos os domicílios da regional Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. A malha territorial do referido distrito é formada por 461 setores censitários urbanos e 62.800 domicílios. A partir do número de domicílios de cada setor censitário estimou-se a quantidade de domicílios necessários para compor a amostra deste estudo, de tal forma que cada setor censitário participasse proporcionalmente da amostragem. Foi agrupado em um único setor um quantitativo de 140 setores censitários, em função da baixa participação percentual na região (12,1% do número total de domicílios). Ressalta-se que foram excluídos da amostra cinco áreas de risco, devido à dificuldade de recrutamento e permanência das pesquisadoras nesses locais, permanecendo 46.360 domicílios distribuídos entre 370 setores censitários (SILVA, 2017).

Após a definição dos domicílios sorteados, as pesquisadoras iniciaram o trabalho de campo de acordo com o protocolo do estudo en-DoRen:

1. Em caso de recusa ou domicílio sem idoso, excluir o domicílio da lista e substituí-lo pelo próximo à direita, até três residências.
2. Caso ainda persista não recrutamento do idoso, retornar ao ponto de origem (domicílio da lista aleatorizada) e abordar a próxima residência à esquerda, em um total de três domicílios.
3. Se ainda persistir não recrutamento do idoso, passar para o próximo domicílio da lista aleatorizada e seguir os mesmos critérios dos itens 1 e 2.
4. No caso de domicílio fechado ou com ausência do idoso no momento do inquérito domiciliar, retornar à residência por até três vezes em dia e horários diferentes, com exclusão do domicílio se a tentativa de contato for sem sucesso, e seguir os mesmos critérios dos itens 1 ao 3 (SILVA, 2017).

A taxa de recusa da primeira etapa do estudo en-DoRen foi de 38,5% (n=312), considerando recusa no primeiro contato com o idoso (n=297), acrescido do declínio de participação no momento da punção venosa (n=15).

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Todos os idosos com 60 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios sorteados, foram considerados potenciais participantes do estudo en-DoRen (linha de base). Foram excluídas pessoas em estágio terminal da DRC, inseridas em uma das modalidades dialíticas ou submetidas ao transplante renal (n=3), assim como aquelas que recusaram voluntariamente participar do estudo ou não obtiveram consentimento do familiar responsável (n=312).

Foram considerados como perdas idosos que, por algum motivo, não realizaram os exames laboratoriais (n=22), ou que não foi possível obter uma segunda medida de creatinina sérica num intervalo ≥ 3 meses para diagnóstico da DRC (n=11).

Os critérios de inclusão e exclusão da amostra que compuseram a presente investigação (métodos mistos) se diferenciaram segundo objetivos delineados em cada artigo proposto, resultando em número amostral distinto. Os mesmos encontram-se descritos nos respectivos artigos, na seção “Resultados e discussão” deste trabalho.

4.3.3 Trabalho de campo

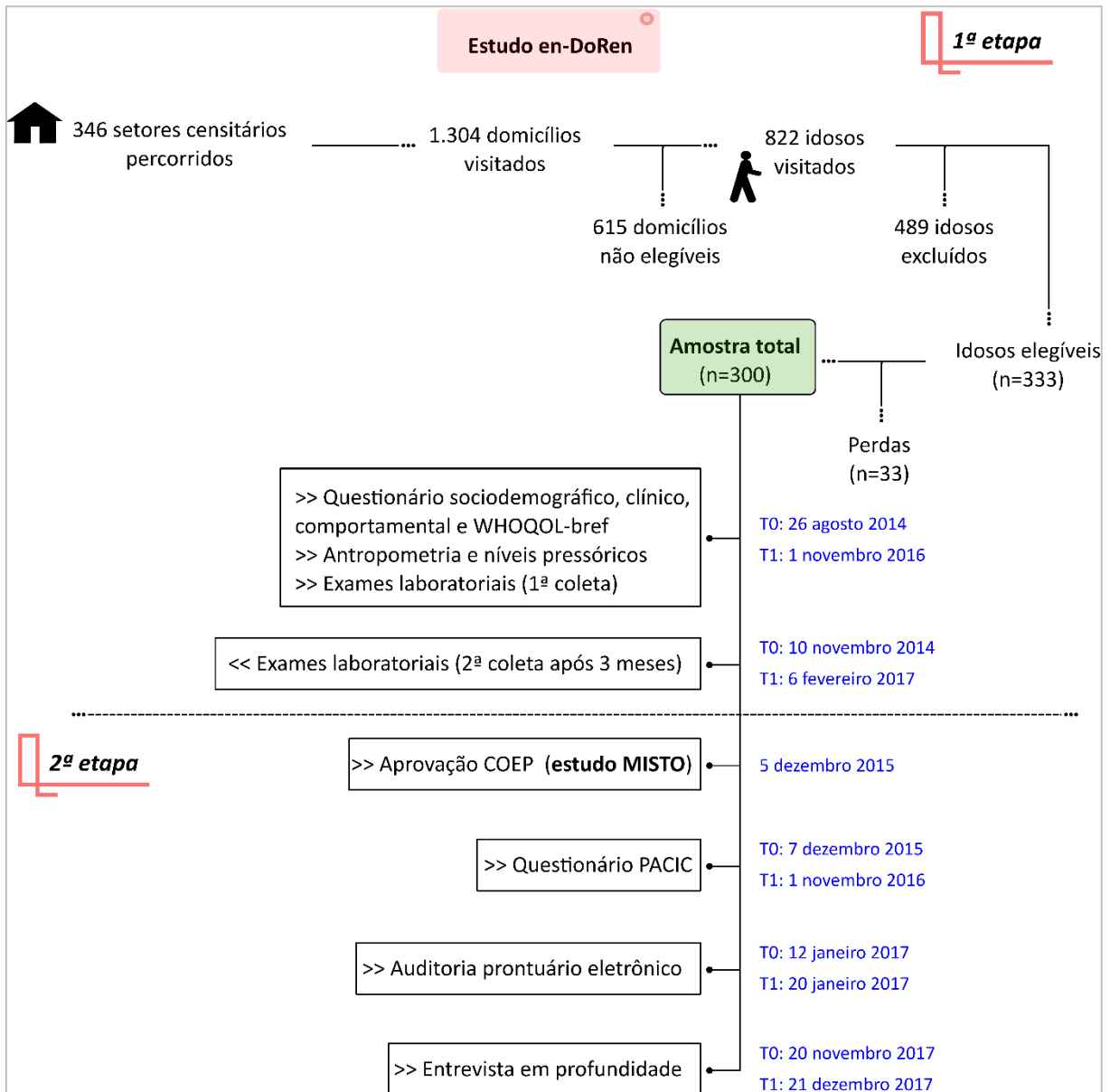
O trabalho de campo da Fase 1 da pesquisa de métodos mistos foi realizado em três momentos distintos, pois dependeu da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) para início da 2ª etapa do estudo en-DoRen, e encontram-se descritos a seguir (maiores detalhes vide Figura 7):

- a) 1º momento: envolveu aplicação de questionário semiestruturado oriundo da 1ª etapa do estudo en-DoRen, medidas antropométricas, mensuração dos níveis pressóricos e coleta de amostras de sangue e urina. Todas as atividades foram realizadas no domicílio dos participantes;
- b) 2º momento: após aprovação do COEP do estudo misto (5 de dezembro de 2015), foi agregado ao questionário supracitado o instrumento PACIC. Destarte, esse

momento foi caracterizado pela continuidade do recrutamento de idosos para compor a amostra do estudo en-DoRen acrescido da aplicação do PACIC. Ressalta-se que os participantes da 1ª etapa do estudo en-DoRen que já tinham duas coletas de material biológico completadas antes da aprovação do estudo misto, e que atenderam aos critérios de inclusão da nova etapa do estudo foram recontactados a partir dessa data. Nesse momento, era apresentada a nova proposta de pesquisa, e mediante o aceite, os participantes eram convidados a responderem, no mesmo dia ou conforme disponibilidade, o PACIC, incluindo a assinatura do novo termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO E).

- c) 3º momento: após liberação da Gerência Regional de Atenção à Saúde do Distrito Sanitário Noroeste, foram coletados dados secundários provenientes do prontuário eletrônico, dos participantes da 1ª etapa do estudo en-DoRen que eram acompanhados por equipes de Saúde da Família. A coleta ocorreu na própria sede do Distrito, em janeiro de 2017, pela própria pesquisadora, após o término da coleta de dados do PACIC.

Figura 7 - Fluxograma do trabalho de campo. Distrito Sanitário Noroeste, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017



Nota: COEP - Comitê de Ética em Pesquisa; en-DoRen - estudo Envelhecimento e Doença Renal; PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care; WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life-bref.

A aplicação dos questionários foi realizada por duas enfermeiras pesquisadoras e ao todo seis bolsistas de iniciação científica que se encontravam minimamente no 6º período do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, previamente treinadas. Para recrutamento das pessoas idosas foi utilizada uma lista aleatorizada a partir de sorteio, contendo o endereço dos logradouros, e cada entrevistadora ficou responsável pela área de abrangência de uma UBS. À medida que era

atingido o cálculo amostral de cada área de abrangência, passava-se para outra logo em seguida.

Foram finalizados os setores censitários pertencentes a 11 das 16 UBS, sendo elas: Ermelinda, Bom Jesus, São Cristovão, Carlos Prates, João Pinheiro, Dom Bosco, Dom Cabral, Santos Anjos, Padre Eustáquio, Jardim Montanhês e Califórnia. As cinco regiões excluídas, devido dificuldade de recrutamento e de permanência das pesquisadoras nestes locais, compreenderam as áreas pertencentes ao Pindorama, Glória, Pedreira Prado Lopes, Elza Martins e Jardim Filadélfia.

Todas as entrevistas ocorreram de 2ª feira a sábado, nos turnos manhã, tarde e esporadicamente à noite. A aferição dos níveis pressóricos e dos dados antropométricos foi realizada num intervalo de até duas semanas após aplicação do questionário. Nesta ocasião, foi agendado o dia da coleta do material biológico (sangue e urina), entregue o frasco para armazenamento da urina e um impresso com orientações do preparo para o exame. Por sua vez, o intervalo entre aferição dos níveis pressóricos / dados antropométricos e coleta do material biológico não ultrapassou uma semana. Ressalta-se que esses procedimentos foram realizados por duas pesquisadoras do projeto, devidamente habilitadas para execução do procedimento de punção venosa e medições clínicas.

4.4 Coleta de dados (fase quantitativa)

4.4.1 Entrevistas

Os participantes do estudo responderam a um questionário semiestruturado (ANEXO B) por meio de entrevista, face a face, organizado em blocos temáticos, assim distribuídos: variáveis sociodemográficas (sexo; data de nascimento; cor de pele autodeclarada; estado civil; escolaridade; renda familiar mensal; presença de cuidador e arranjo familiar), clínicas (morbidades - confirmadas por meio da consulta ao prontuário eletrônico; tempo de diagnóstico da HA e DM; medicamentos em uso - comprovado a partir da apresentação da prescrição médica recente ou embalagem da medicação; nível cognitivo e atividades de vida diária), comportamentais (consumo de bebidas alcoólicas; tabagismo e atividade física), tipo de plano de saúde (privado, público ou misto), autopercepção da qualidade de vida geral e satisfação com a própria saúde, assim como variáveis relacionadas aos níveis pressóricos (aferição da pressão arterial), antropometria (peso; altura e circunferência da cintura).

Também consta o questionário PACIC, em sua versão adaptada e traduzida para o português brasileiro, o qual encontra-se descrito mais adiante.

O *Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption* (AUDIT-C) foi utilizado para avaliar o consumo de bebida alcoólica. Com base em estudo prévio de validação, um escore ≥ 4 para homens e ≥ 3 para mulheres sugere provável ingestão abusiva de bebida alcoólica e foi adotado como critério neste estudo (BUSH *et al.*, 1998).

A capacidade funcional foi avaliada pela escala de independência nas atividades de vida diária (Escala de Katz) desenvolvido por Katz *et al.* (1963). Essa escala avalia o índice de independência funcional para o desempenho das atividades básicas da vida diária, compreendendo o banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência dos esfínteres e alimentar-se. Considerando estudo prévio (SANTOS, 2009), um escore 0 a 2 indica “dependência importante”, escore 3 a 4 “dependência parcial” e escore 5 a 6 “independência” e foram adotados como critério neste estudo.

O nível cognitivo foi avaliado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), o qual contempla cinco áreas da cognição: orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, recordação, linguagem e capacidade construtiva visual. Baseado em estudo de Bertolucci *et al.* (1994), o ponto de corte para o MEEM levou em consideração o nível instrucional dos participantes (nível cognitivo alterado para escore ≤ 13 se analfabeto; escore ≤ 18 se escolaridade ≤ 8 anos; escore ≤ 26 se escolaridade > 8 anos).

Para avaliação da autopercepção da qualidade de vida geral e satisfação com a própria saúde foram utilizadas as duas primeiras questões do questionário *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref), traduzido e validado por Fleck *et al.* (2000) para o idioma português. Em cada questão o inquirido deve dar apenas uma resposta cujas opções variam de “muito ruim a muito boa” (primeira questão), e “muito insatisfeito a muito satisfeito” (segunda questão).

Ressalta-se que nos casos em que a pessoa idosa encontrava-se impossibilitada para responder as questões, outro indivíduo residente no domicílio pode ajudá-lo se a incapacidade fosse parcial, ou respondeu a todas as perguntas se a incapacidade fosse total, exceto para o MEEM e o WHOQOL-bref.

4.4.1.1 Questionário de Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas (*Patient Assessment of Chronic Illness Care / PACIC*)

Para responder à terceira pergunta da pesquisa “Em que medida a assistência às pessoas idosas com diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde se alinha aos pressupostos do *Chronic Care Model* na perspectiva do próprio idoso?”, foi utilizada a versão adaptada para a língua portuguesa do Brasil (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012) do questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) (GLASGOW *et al.*, 2005).

Esse questionário é constituído por 20 questões e cinco dimensões, sendo elas: Adesão ao tratamento (Q1-Q3), Modelo de atenção/tomada de decisão (Q4-Q6), Definição de metas (Q7-Q11), Resolução de problemas/contextualização do aconselhamento (Q12-Q15), Coordenação da atenção/acompanhamento (Q16-Q20) (ANEXO C) (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

Os entrevistados devem dar apenas uma resposta para cada item, que possui uma escala do tipo Likert de cinco pontos, sendo: 1) nunca, 2) poucas vezes, 3) algumas vezes, 4) muitas vezes e 5) sempre. A pontuação média geral do PACIC é obtida pela soma das respostas de cada questão, dividido pelo número total de perguntas (n=20). Por sua vez, o escore de cada uma das cinco dimensões do questionário é obtido a partir da pontuação média do conjunto de questões que a constitui. Escores mais elevados indicam percepção das pessoas usuárias de maior envolvimento no autocuidado e suporte ao cuidado de suas condições crônicas (MOYSES; SILVEIRA FILHO; MOYSES, 2012).

A escolha desse questionário é justificada pela literatura, que mostra sua boa resposta na avaliação da qualidade do cuidado à pessoa que vivencia problemas de saúde crônicos (ARAGONES *et al.*, 2008; AUNG *et al.*, 2016; KOLEY *et al.*, 2016; MAINDAL; SOKOLOWSKI; VEDSTED, 2012; VRIJHOEF *et al.*, 2009). Por exemplo, estudo de revisão sistemática de literatura realizado por Vrijhoef *et al.* (2009), ao buscar identificar o instrumento mais apropriado para medir a experiência e/ou satisfação das pessoas com os cuidados crônicos recebidos, verificaram que entre os 37 instrumentos identificados, o PACIC, juntamente com outro instrumento foram selecionados como os mais promissores. Inclusive, devido suas características psicométricas, aplicabilidade percebida e relevância, o

PACIC foi considerado o instrumento mais adequado para medir a experiência das pessoas que recebem esse tipo de cuidado.

4.4.2 Medidas antropométricas

As medidas antropométricas utilizadas na presente investigação foram circunferência da cintura (CC), peso e altura, e, posteriormente, calculado o IMC (peso / altura²). Para cada medida antropométrica foram efetuadas três aferições, sendo a média considerada como valor definitivo para a análise dos dados.

O valor da CC foi expresso em centímetro e obtido com a pessoa idosa em posição ereta, em pé, com o abdômen relaxado e desnudo, braços estendidos lateralmente e as pernas paralelas, ligeiramente separadas. A fita métrica inextensível foi colocada ao redor do indivíduo em plano horizontal, no ponto médio entre a parte inferior do último arco costal e a parte superior da crista ilíaca ântero-superior. Aferiu-se a medida no final de uma expiração normal até o milímetro mais próximo (BRASIL, 2011c).

No intuito de mensurar o peso corporal, foi utilizada balança portátil plataforma eletrônica (marca Marte modelo LS200), com capacidade de até 200 Kg e precisão de 50 g. Para maior confiabilidade do peso, a balança foi calibrada a cada seis meses por profissional habilitado. A balança foi instalada em local afastado da parede, apoiada sobre uma superfície plana, firme e lisa. A pessoa idosa foi orientada a utilizar vestimenta leve, excluindo calças jeans e agasalhos pesados, sem adereços e descalço no momento da pesagem. Após ligada e zerada, foi solicitado ao participante subir na balança e posicionar-se no centro da plataforma, manter-se ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, sem movimentar-se. A leitura do peso foi realizada somente após fixação de seu valor no visor digital (BRASIL, 2011c). A medida foi registrada com precisão de 50 g.

Por sua vez, a mensuração da altura foi realizada por meio do estadiômetro Personal portátil (Caprice) - Sanny, com o indivíduo descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Solicitou-se à pessoa idosa manter-se de pé, em posição ereta, de costas para a escala métrica, com os braços estendidos ao longo do corpo, e a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos. As pernas deveriam encontrar-se paralelas e os pés formando um ângulo reto com as pernas. Com a mão sob o queixo do participante, a avaliadora posicionou a cabeça da pessoa idosa de forma que a parte inferior

do arco orbital estivesse alinhada em um plano horizontal da margem superior do meatus auditivo externo (plano de *Frankfurt*). A parte móvel do equipamento foi deslizada até o topo da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo (BRASIL, 2011c). A medida foi indicada até o milímetro mais próximo, com precisão de 0,1 cm.

A classificação do IMC seguiu os pontos de corte estabelecidos para indivíduos idosos segundo Lipschitz (1994) (Quadro 8).

Quadro 8 - Categorização do índice de massa corporal

IMC (kg/m ²)	Categorias
< 22	Baixo peso
22-27	Eutrofia
27-30 (Homens); 27-32 (Mulheres)	Sobrepeso
> 30 (Homens); > 32 (Mulheres)	Obeso

Fonte: LIPSCHITZ, 1994.

Nota: IMC - índice de massa corporal.

4.4.3 Pressão arterial sistêmica

A aferição da pressão arterial (PA) seguiu as recomendações do VII Relatório da *Joint National Committee* (JNC) (NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM, 2004) e da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), que definem a forma correta de aferição indireta desse parâmetro diagnóstico. Os níveis pressóricos foram aferidos com a pessoa idosa sentada, após cinco minutos de repouso, mediante método auscultatório indireto, com estetoscópio (marca *Littmann Classic II*) e esfigmomanômetro de mercúrio (marca BD) devidamente testado e calibrado, estando o braço apoiado na altura do precórdio. Pressão arterial sistólica e diastólica foram baseadas na primeira e quinta fase dos sons de Korotkoff, respectivamente. Neste estudo, foram realizadas três aferições, com um intervalo de 1 minuto, todas no braço direito (de preferência), sendo considerada a média das três medidas.

Foram consideradas pessoas com HA aqueles participantes com PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, e/ou autorrelato de diagnóstico médico prévio, e/ou uso de medicação anti-hipertensiva e/ou registro de diagnóstico médico no prontuário da UBS. Bom controle dos níveis pressóricos consistiu em PA $< 140/90$ mmHg entre os

participantes com HA e < 130/80 mmHg com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

4.4.4 Coleta de material biológico (sangue e urina)

A coleta de sangue ocorreu de 2ª feira a sábado, no período da manhã, estando os participantes em jejum de 12 horas. Amostras de sangue venoso de aproximadamente 30 mL foram utilizadas para a dosagem dos analitos, incluindo glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicérides, potássio, hematócrito e creatinina sérica.

Para coleta da urina, os participantes foram instruídos a coletarem preferencialmente a primeira urina da manhã, obtida pela técnica de jato médio, em um frasco plástico estéril e descartável de 200 mL fornecido pelas pesquisadoras. Foi recomendado tempo de permanência da urina na bexiga por pelo menos quatro horas a fim de promover sua concentração. O material biológico foi recolhido no dia da coleta de sangue e, posteriormente, transportados, sob refrigeração entre 2 a 8°C, seguindo as especificações técnicas recomendadas, para dosagem da microalbuminúria e urina rotina.

O sangue foi centrifugado no laboratório da EEUFMG, no mesmo dia da coleta. Alíquotas de sangue fresco, soro, plasma e urina foram encaminhadas até as dependências do Instituto de Patologia Clínica contratado para execução das análises, devidamente identificadas com etiquetas termolábeis, acondicionadas em caixa térmica com gelo reciclável, para o processamento dos exames laboratoriais.

Os métodos utilizados no processamento dos exames laboratoriais supracitados encontram-se abaixo listados com seus respectivos valores de referência (Quadro 9).

Quadro 9 - Descrição dos parâmetros laboratoriais (sangue e urina), segundo métodos analíticos e valores de referência

Parâmetros	Métodos	Valores de referência (adultos)
Glicemia em jejum	Enzimático	60-99 mg/dL
Hemoglobina glicada	Cromatografia líquida de alta performance (HPLC)	< 6,5%
Colesterol total	Colorimétrico enzimático	< 200 mg/dL
Triglicérides	Colorimétrico enzimático	< 150 mg/dL
HDL-c	Colorimétrico enzimático	≥ 40 mg/dL (M); ≥ 50 mg/dL (F)
LDL-c	Colorimétrico enzimático	< 160 mg/dL
Creatinina sérica	Colorimétrico cinético rastreável IDMS	0,7-1,3 mg/dL (M); 0,6-1,2 mg/dL (F)
Potássio	Eletrodo seletivo	3,5-5,1 mEq/L
Hematócrito	Contagem automatizada (citometria de fluxo)	40-50% (M); 36-46% (F)
Microalbuminúria	Turbidimetria	< 30 mg/g creatinina

Nota: F - feminino; HDL-c - *high density lipoprotein cholesterol*; IDMS - espectrometria de massa com diluição isotópica; LDL-c - *low density lipoprotein cholesterol*; M - masculino.

Os níveis séricos de lipídeos foram classificados de acordo com os critérios da V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (XAVIER *et al.*, 2013).

4.4.5 Consulta ao prontuário eletrônico

No intuito de responder a segunda pergunta de pesquisa “qual é o grau de conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estratificação de risco cardiovascular e controle metabólico?”, foram coletados dados secundários de prontuários eletrônicos relacionados a exames de rotina solicitados na APS para os participantes com DM e HA, a partir do Sistema Gestão Saúde em Rede.

Em um impresso padrão, elaborado para fins deste estudo (ANEXO D), foram registradas morbidades, data de solicitação dos exames de interesse, bem como aqueles solicitados, mas que, por algum motivo, não foram realizados. Esses registros foram extraídos e revisados três vezes pela pesquisadora.

Os exames laboratoriais investigados integram os parâmetros de assistência adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais para garantir a qualidade técnica do cuidado à pessoa com DM ou HA na APS e encontram-se descritos no Quadro 10 e 11 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS / SES-MG, 2013).

Quadro 10 - Parâmetros de assistência para os usuários com hipertensão arterial, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde

Exame previsto	Estratificação dos usuários segundo risco cardiovascular global		
	Baixo	Moderado	Alto
Glicemia em jejum	1 / 3 anos*	1 / 2 anos	1 / ano
Creatinina	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Potássio	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Colesterol total	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Colesterol frações	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Triglicérides	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Urina rotina	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Microalbuminúria	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Hemoglobina ou hematócrito	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS / SES-MG, 2013.

Nota: *Os dados de 2014 não estavam disponíveis no prontuário eletrônico, e, portanto, a avaliação da glicemia em jejum para pessoas com hipertensão classificadas com baixo risco cardiovascular global teve como base apenas a solicitação de exames para os dois últimos anos, e, não os três últimos, conforme recomendado.

Quadro 11 - Parâmetros de assistência para os usuários com diabetes *mellitus*, por estrato e exame laboratorial, na Atenção Primária à Saúde

Exame previsto	Estratificação de risco dos usuários segundo controle metabólico		
	Baixo	Moderado	Alto
Glicemia capilar ao acaso na UBS	4 / ano	12 / ano	24 / ano
Glicemia em jejum	2 / ano	3 / ano	4 / ano
Glicemia pós-prandial	2 / ano	3 / ano	4 / ano
Hemoglobina glicada	2 / ano	3 / ano	4 / ano
Creatinina	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Colesterol total	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Colesterol frações	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Triglicérides	1 / 2 anos	1 / ano	1 / ano
Urina rotina	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Microalbuminúria	1 / ano	1 / ano	1 / ano
Potássio	1 / ano	1 / ano	1 / ano

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS / SES-MG, 2013.

Nota: UBS - unidade básica de saúde.

O exame foi considerado realizado se na aba “Procedimento” do prontuário eletrônico estivesse registrado o exame dentro do intervalo de tempo preconizado, considerando a estratificação de risco do participante. Para os exames previstos a serem realizados anualmente, foi considerado o ano de 2016 e para os exames bianuais, consideraram-se os anos 2015 e 2016.

Ressalta-se que, por não haver registro sistematizado da estratificação de risco cardiovascular dos participantes, optou-se por anotar primeiro a data de realização de todos os exames investigados nos dois anos, sem considerar o recorte temporal segundo

estratificação de risco, sendo realizado *a posteriori* pela pesquisadora, conforme recomendações do Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) (PEREIRA *et al.*, 2011).

Nesse protocolo, a SMSA-BH adaptou modelos existentes na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007) e no “2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension” da *European Society of Hypertension* (ESH) e *European Society Of Cardiology* (ESC) (MANCIA *et al.*, 2007), pela sua simplicidade e facilidade de adequação aos recursos do município. Recomenda-se que por meio da investigação de fatores de risco (Quadro 12), lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Quadro 13) seja estimado o risco cardiovascular global (Quadro 14), possibilitando planejar acompanhamento e alvos terapêuticos com melhor custo-efetividade (PEREIRA *et al.*, 2011).

Quadro 12 - Fatores de risco para doenças cardiovasculares

<p>Fatores de risco</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tabagismo - Dislipidemia - Idade > 55 anos para homens e > 65 anos para mulheres - História familiar de doença cardiovascular precoce em parentes de 1º grau (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) - Obesidade - Diabetes

Fonte: PEREIRA *et al.*, 2011.

Quadro 13 - Lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas

<p>Lesões de órgão-alvo (LOA) / condições clínicas associadas (CCA)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertrofia ventricular esquerda - Microalbuminúria - Acidente vascular encefálico - Ataque isquêmico transitório - Angina - Infarto agudo do miocárdio - Revascularização miocárdica (cirúrgica ou angioplastia) - Insuficiência cardíaca - Doença arterial periférica - Retinopatia - Nefropatia

Fonte: PEREIRA *et al.*, 2011.

Quadro 14 - Estratificação de risco cardiovascular global

Classificação	Classificação hipertensão arterial				
	Normal	Limítrofe	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3
Sem fatores de risco adicionais	Sem risco adicional	Sem risco adicional	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto
1 a 2 fatores de risco adicionais	Risco baixo	Risco moderado	Risco moderado	Risco moderado	Risco alto
3 ou mais fatores de risco adicionais ou LOA ou CCA ou diabetes	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

Fonte: PEREIRA *et al.*, 2011.

Nota: CCA - condição clínica associada; LOA - lesão de órgão-alvo.

Conforme observado no Quadro 14, para calcular o risco cardiovascular global do indivíduo deve-se dispor de informações sobre a classificação de hipertensão, assim como discriminação dos fatores de risco, lesões de órgão-alvo e condições clínicas associadas, o que levará ao cálculo automático do risco.

Particularmente, para a classificação da hipertensão (Quadro 15), a SMSA-BH adotou classificação semelhante a das V Diretrizes Brasileiras para Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2007), seguida de uma adaptação para a classificação de risco cardiovascular apropriada para utilização no Projeto Gestão Saúde em Rede BH (PEREIRA *et al.*, 2011).

Quadro 15 - Classificação de hipertensão arterial sistêmica

Classificação	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: PEREIRA *et al.*, 2011.

Nota: PA - pressão arterial. Quando houver divergência entre pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, deve-se considerar a maior para a classificação.

4.5 Variáveis do estudo e análise dos dados (fase quantitativa)

Devido os resultados da presente investigação serem apresentados em formato de artigos, as variáveis desfecho e independentes assim como a análise de dados foram

definidas conforme os objetivos propostos para cada artigo, e encontram-se detalhados no próximo capítulo “Resultados e discussão”.

4.6 Coleta e análise de dados (fase qualitativa)

Sequencialmente ao estudo quantitativo, teve início a coleta de dados qualitativos, no intuito de cumprir o quarto e último objetivo deste estudo qual seja a de “explicar como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde, em termos de sua satisfação, na perspectiva do Construcionismo Social”.

Nesta fase, os dados foram coletados de novembro a dezembro de 2017, por meio de entrevista em profundidade com 20 idosos (16 mulheres e 4 homens) selecionados por conveniência da primeira etapa deste estudo, considerando três distintos *clusters*, definidos previamente conforme semelhanças entre os indicadores de qualidade do cuidado primário. Adotou-se o critério de saturação teórica para o término da coleta de dados, ou seja, foi interrompida quando nenhum dado novo ou relevante foi encontrado (FONTANELLA *et al.*, 2011).

As questões norteadoras foram: De uma forma geral, o que o Sr(a) pensa sobre a qualidade do cuidado quando é atendido por algum profissional do centro de saúde?; Conte para mim uma experiência que aconteceu com o(a) Sr(a) relacionado ao serviço do centro de saúde do qual utiliza e que o(a) fez ficar satisfeito(a) com o cuidado recebido; Conte para mim uma experiência que aconteceu com o(a) Sr(a) relacionado ao serviço do centro de saúde do qual utiliza e que o(a) fez ficar insatisfeito(a) com o cuidado recebido; O que o(a) Sr(a) achou dessas situações relatadas? Ressalta-se que questões de relance foram acrescentadas, à medida que se estabelecia a interanimação dialógica (SPINK, 2010) entre pesquisadora e informantes, para esclarecer algumas das situações expostas.

Todas as entrevistas ocorreram individualmente, no domicílio, sendo gravadas em formato MP3 e transcritas na íntegra, e tiveram duração média de 40 minutos, totalizando 25 horas e 57 minutos de gravação.

Para organização e análise das entrevistas, foi utilizado o recurso dos mapas proposto por Spink (2010, 2013). Esses mapas são instrumentos de visualização do processo de interanimação que têm

o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (SPINK, 2013, p. 63).

Inicialmente foi feita transcrição integral das entrevistas. Logo após, foi elaborado um quadro com seis colunas, definidas tematicamente, correspondendo cada uma das três dimensões teóricas envolvidas no processo de construção e expressão de satisfação pelo usuário com os serviços de saúde proposto por Atkinson e Medeiros (2009), quais sejam: expectativa informada, dinâmica contextual e filtros mediadores com desmembramento deste último (obrigação/dever; avaliação de dois tempos e culpabilidade).

Usando as funções *cortar* e *colar*, foi transferido o conteúdo do texto para as colunas, respeitando a sequência do diálogo. As falas que não se encaixaram nos temas pré-definidos foram alocadas numa coluna ao final do mapa denominado “Outros assuntos”. Assim, evitaria descontextualizar os conteúdos. Como resultado, foi obtido um efeito escada (SPINK, 2013), conforme visualizado no exemplo contido no Quadro 16.

Após a montagem dos mapas e leituras exaustivas de todo o conteúdo, passou-se a focalizar na coluna temática do filtro mediador “culpabilidade” (Artigo 4), e observou-se que os repertórios poderiam ser agrupados com cores diferentes segundo a atribuição de culpa feita pelo idoso, o que facilitou o trabalho de análise.

Quadro 16 - Exemplo de mapa: trechos de entrevista com P19-c3

Expectativa informada	Dinâmica contextual	Filtros mediadores - obrigação / dever	Filtros mediadores - avaliação de dois tempos	Filtros mediadores - culpabilidade (poder, usuário, minha, devo aceitar)	Outros assuntos
					<p><i>Entrevistadora:</i> Você tem facilidade de ser atendido no centro de saúde?</p> <p><i>P9:</i> Facilidade. Devido a, por exemplo, insistência. Eu preciso de um atendimento, procurar questionar lá: "Puxa! Só daqui a 60 dias? Não tem jeito de ser antes não?" E tudo.</p>
	<i>P9:</i> Procuo até tentar negociar: "Mas não tem jeito?".				
					<i>P9:</i> Então a minha preocupação é essa. Ser atendido. Eu questiono.
					<p><i>Entrevistadora:</i> O que o profissional do centro de saúde faz para ajudar você controlar a pressão e o diabetes?</p> <p><i>P9:</i> Se eu entendi a pergunta, ele vai me medir a pressão, verificar os resultados dos exames, entendeu? E a partir dali, é que ele vai me passar o medicamento devido e eu vou procurar tomar esse medicamento, entendeu?</p>
<i>P9:</i> E ele [médico] fala também a respeito de alimentação, apesar que deveria ser um nutricionista, e tal.					
					<p><i>P9:</i> Então fala para evitar carne gorda etc, etc .</p> <p><i>Entrevistadora:</i> Como você avalia a comunicação desse profissional quando faz essas orientações?</p> <p><i>P9:</i> Comunicação clara.</p>
				<p><i>Entrevistadora:</i> Gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito do que conversamos?</p> <p><i>P9 -</i> Eles [usuários] vão ir lá para brigar. Eles não têm um pingão de educação. Eles não entendem a dificuldade. Eles não sabem que a pessoa [profissional de saúde] que tá atendendo ali não tem nada com isso, não tem culpa. Eu, é um negócio assim, que puxa! Você entendeu? Eu fico impressionado com esse tipo de atitude. Essa pessoa que chega lá e dá um piti lá. E não vai adiantar nada, vai dar piti lá, ela não vai ser atendida por causa desse piti que ela deu. Talvez até piora a situação dela, essa é a questão, então ... [fala demonstrando ansiedade].</p>	

4.7 Aspectos ético-legais

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, mediante o Parecer nº 1.238.099 (ANEXO F) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Parecer nº 1.351.378 (ANEXO G). Foram obedecidos os trâmites legais prescritos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Ademais, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, inclusive sendo ressaltado no momento da Fase I, da possibilidade de serem contatados no futuro para uma segunda coleta de dados; e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO E), garantindo-se sigilo dos dados e anonimato.

Para garantir o anonimato, os informantes da segunda fase deste estudo receberam os códigos P1 a P20, inicial da palavra “participante” associada a números sequenciais, considerando a ordem dos *clusters*, e c1 a c3, correspondendo ao respectivo *cluster* do qual fez parte.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sem sensibilidade nenhum
objeto nos seria dado,
e sem entendimento nenhum
seria pensado.

(Immanuel Kant)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na Resolução 031/2014 do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG, 2014, p. 1), que “regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece os critérios para admissão à defesa de tese e de dissertação”, esta seção da tese foi apresentada no formato de compilação de artigos.

5.1 ARTIGO 1 (Será encaminhado à Revista de Saúde Pública - Qualis A2)

Fatores de risco cardiovasculares em idosos segundo modalidade de seguro de saúde Cardiovascular risk factors in older people according to modality of health insurance

Título resumido: **Fatores de risco cardiovasculares em idosos**

RESUMO

Objetivos: Estimar a prevalência de aglomerados de fatores de risco cardiovascular (FRCV) e identificar possíveis fatores associados em idosos, estratificado pela modalidade de seguro de saúde. **Método:** Estudo transversal de base populacional em âmbito regional, envolvendo pessoas idosas residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 2014 e 2016. Dados sociodemográficos, clínicos, bioquímicos e comportamentais foram obtidos por meio de inquérito domiciliar. Foram avaliados sete FRCV (sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade abdominal e obesidade geral), e, posteriormente, categorizados em aglomerados. Análise dos dados baseou-se em estatística descritiva e regressão logística multinomial. **Resultados:** Houve predomínio de mulheres, com idade mediana de 71 anos. A prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) foi de 24,1%. Entre os FRCV, os mais prevalentes foram hipertensão arterial (83,9%) e dislipidemia (82,6%), e maior frequência de simultaneidade entre 3 e 4 fatores de risco (51,8%). Quase metade dos participantes era dependente do serviço público de saúde (48,8%). Após análise ajustada, sexo feminino e cor de pele não branca estiveram associados com o acúmulo de FRCV no setor privado, enquanto, sexo feminino e faixa etária 65 a 74 anos no setor público. **Conclusões:** Constatou-se elevada prevalência de DCV e seus fatores de risco modificáveis, inclusive a simultaneidade desses fatores de risco, em uma amostra aleatorizada de idosos, tendendo maior concentração em indivíduos com maior vulnerabilidade social tanto no seguro de saúde público quanto no privado. Há necessidade de ampliar as políticas públicas voltadas aos idosos já existentes, regulamentando seus direitos e estabelecendo programas de prevenção e atenção às condições crônicas.

DESCRITORES: Saúde do Idoso. Doenças Cardiovasculares. Fatores de Risco. Cobertura de Serviços de Saúde. Estudos Transversais.

ABSTRACT

Objectives: To estimate the prevalence of clusters of cardiovascular risk factors (CVRF) and to identify possible associated factors in the elderly, stratified by the modality of health insurance. **Method:** A population-based cross-sectional study in regional level, involving elderly people living in one of the nine health districts of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, between 2014 and 2016. Socio-demographic, clinical, biochemical and behavioral data were obtained by means of household survey. Seven CVRF (sedentary lifestyle, smoking, hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia, abdominal obesity and general obesity) were evaluated, and later categorized into clusters. Data analysis was based on descriptive statistics and multinomial logistic regression. **Results:** There was a predominance of women, with a median age of 71 years. The prevalence of cardiovascular diseases (CVD) was 24.1%. Among the CVRF, the most prevalent were hypertension (83.9%) and dyslipidemia (82.6%), and a higher frequency of simultaneity between 3 and 4 risk factors (51.8%). Almost half of the participants were dependent of the public health service (48.8%). After adjusted analysis, female and non-white skin color were associated with the accumulation of CVRF in the private sector, while female and age range 65 to 74 year olds in the public sector. **Conclusions:** A high prevalence of CVD and its modifiable risk factors, including the simultaneity of these risk factors, were found in a randomized sample of elderly, tending to be more concentrated in individuals with greater social vulnerability in both public and private health insurance. There is a need to expand public policies for the older people already existing, regulating their rights and establishing prevention programs and attention to chronic conditions.

DESCRIPTORS: Health of the Elderly. Cardiovascular Diseases. Risk Factors. Health Services Coverage. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no mundo²³, sendo responsáveis por mais de 17,3 milhões de óbitos, em 2013, cifra que deverá aumentar aproximadamente 23,6 milhões até 2030¹⁶. Estimativas do *Global Burden of Disease*⁸ indicaram que DCV contribuíram com 353.120.871,47 anos de vida perdidos por incapacidade (DALY), assumindo a primeira causa de incapacidade em 2016 (14,8% de todas DALY). Como resultado, essas condições crônicas têm gerado redução da força de trabalho e aumento dos encargos econômicos, os quais impõem um estresse brusco na estrutura familiar, nos sistemas de serviço social e de saúde³². No contexto global, os custos relacionados às DCV são alarmantes, da ordem de US\$ 1.044 bilhões até 2030¹⁶.

Caracterizada por sua etiologia multifatorial, observa-se que uma proporção substancial das mortes e das incapacidades devido às DCV poderia ser prevenida por meio da monitoração dos fatores de risco, em especial, os modificáveis^{12,30}. Isso porque, considerando as mortes por DCV, os principais fatores de risco atribuíveis têm sido os comportamentais (dieta inadequada, atividade física insuficiente, tabagismo, uso abusivo de bebida alcoólica e drogas), e os metabólicos ou fisiológicos (glicemia em jejum, pressão arterial, colesterol e índice de massa corporal (IMC) elevados), passíveis de intervenções preventivas¹². Em 2016, esses fatores de risco foram responsáveis por aproximadamente 53,2% das mortes por DCV no grupo de pessoas com 50 a 69 anos, e, 54,6% em pessoas com 70 anos ou mais⁸.

Ainda, como agravante, a literatura tem identificado maior frequência dos fatores de risco cardiovasculares (FRCV) na forma combinada do que isoladamente¹⁷, e o efeito sinérgico entre os aglomerados de FRCV, aumentando as chances de eventos cardiovasculares^{5,14,33}, pouco explorado na comunidade científica, especialmente, em população longeva.

Logo, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam sensibilizados e capacitados no intuito de reconhecer quais indivíduos encontram-se mais propensos a desenvolverem um evento cardiovascular, a partir da identificação da complexa relação de seus fatores de risco. Particularmente, esse rastreamento é considerado o primeiro passo para implementação de ações voltadas para a prevenção, a gestão e a vigilância das DCV na Atenção Primária à Saúde, esforços dos quais têm sido empreendidos há vários anos pelo setor público de saúde brasileiro e, mais recentemente, pela saúde suplementar¹⁹.

A esse respeito, estudos têm mostrado maior prevalência de FRCV em populações não cobertas por planos privados de saúde, sugerindo persistência das iniquidades em saúde, as quais expõem os indivíduos com quadro menos favorável ao maior risco de eventos cardiovasculares^{11,27}. Entretanto, pesquisa prévia que investigou FRCV em idosos⁷ não diferenciou a distribuição desses fatores de risco segundo modalidade de seguro de saúde e, portanto, merece ser melhor explorada.

Ademais, investigar FRCV em idosos segundo tipo de prestador de serviços de saúde poderá fornecer informações importantes para reduzir as iniquidades entre a população¹¹, assim como contribuir na melhoria da qualidade do cuidado a partir da otimização do uso de tecnologia de gestão da condição de saúde e de autocuidado apoiado¹⁵. Neste sentido, este estudo objetivou estimar a prevalência de aglomerados de FRCV e identificar possíveis fatores associados em idosos, estratificado pela modalidade de seguro de saúde.

MÉTODO

Trata-se da segunda etapa do estudo “Envelhecimento e Doença Renal” (en-DoRen), de base populacional em âmbito regional, com delineamento transversal, envolvendo idosos residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil²⁹.

A linha de base do estudo en-DoRen é composta por 300 idosos, sendo incluídos na atual análise. Trata-se de uma amostra probabilística distribuída proporcionalmente entre os domicílios (n=46.360) de cada setor censitário (n=370). Destes, 140 setores censitários foram reagrupados em um único setor (n=5.604 domicílios), devido baixa representatividade percentual na região.

O tamanho amostral foi definido pela equação Lwanga e Lemeshow¹⁸, utilizando critério conservador, uma vez que para esta análise é disposto diferentes desfechos (FRCV). A prevalência adotada foi de 50%, o qual corresponde à máxima variabilidade do tamanho amostral, precisão absoluta de 6% e nível de significância de 5%, resultando em um n mínimo de 267 indivíduos. Considerando 10% de possíveis perdas, o n final estimado foi 294 indivíduos.

Os critérios de inclusão compreenderam: ter 60 anos ou mais de idade e ser residente nos domicílios sorteados. Em função do objetivo geral da 1ª etapa do estudo en-DoRen supracitado, foram excluídos os indivíduos com doença renal crônica em estágio

terminal, inseridos em uma das modalidades dialítica ou submetidos ao transplante renal (n=3).

Os dados foram coletados no período de agosto de 2014 a novembro de 2016, por meio de inquérito domiciliar, norteado por um questionário semiestruturado e pré-testado, contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, cor de pele autodeclarada, escolaridade e renda mensal), comportamentais (tabagismo e sedentarismo), clínica (morbidades) e de uso de serviços de saúde (modalidade de seguro de saúde). Também foram mensurados dados antropométricos (peso, altura e circunferência da cintura), calculado o IMC (peso/altura²), aferido pressão arterial e coletado material biológico para dosagem do perfil glicêmico e lipídico. Maiores detalhes dos procedimentos de coleta de dados encontram-se descritos em publicação prévia²⁹.

Doença cardiovascular foi definida como a presença de doença arterial coronariana (angina *pectoris* e infarto agudo do miocárdio), insuficiência cardíaca congestiva ou acidente vascular encefálico, dados obtidos pelo autorrelato dos participantes ou registradas em prontuário eletrônico.

A modalidade de seguro de saúde foi categorizada em sistema privado (usufruir de plano de saúde privado, tanto de empresa quanto de órgão público, exceto plano exclusivamente odontológico) e sistema público (não usufruir de plano de saúde privado)²⁷. Aqueles indivíduos que informaram não frequentar nenhum tipo de serviço de saúde (n=20) foram incluídos como potenciais usuários do sistema público. Ao contrário, os usuários que declararam fazer uso de ambos os serviços de saúde (n=17) foram alocados na categoria sistema privado.

A variável dependente consistiu em sete FRCV, e, posteriormente, categorizada em escores de aglomerados, conforme somatória do número de FRCV presente (zero, 1-2, 3-4 e 5 ou mais FRCV): *sedentarismo* (não pratica qualquer tipo de atividade física), *tabagismo* (fazia uso de tabaco na ocasião da entrevista), *hipertensão arterial* - HA (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg; uso atual de anti-hipertensivo; autorreferido ou registrado em prontuário eletrônico), *diabetes mellitus* - DM (hemoglobina glicada $\geq 6,5\%$; ou glicemia em jejum ≥ 126 mg/dL; ou uso atual de hipoglicemiante; ou autorreferido; ou registrado em prontuário eletrônico), *dislipidemia* (colesterol total ≥ 200 mg/dL; ou triglicérides ≥ 150 mg/dL; ou *low density lipoprotein cholesterol* LDL-c ≥ 160 mg/dL; ou *high density lipoprotein cholesterol* HDL-c < 40 mg/dL para

homens e < 50 mg/dL para mulheres; ou autorreferido; ou registrado em prontuário eletrônico; ou uso de hipolipemiante); *obesidade abdominal* (circunferência da cintura ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres), *obesidade geral* (IMC > 30 kg/m² para homens e > 32 kg/m² para mulheres)¹⁰.

Os dados foram analisados por meio de técnicas descritivas expressos como proporções ou porcentagens (variáveis categóricas), e mediana (intervalo interquartil - IQ) (variáveis contínuas não paramétricas). A comparação entre as variáveis categóricas foi realizada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, quando apropriado.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis independentes e os aglomerados de FRCV, estratificado pela modalidade de seguro de saúde, procedeu-se inicialmente análise univariada, adotando-se valor crítico $p < 0,20$ para entrada na análise multivariada. Regressão logística multinomial (método *enter*) foi elaborado para avaliar a magnitude das associações com a variável resposta, tendo a categoria “1-2 FRCV” como referência. Ressalta-se que a categoria “zero FRCV” foi excluída da análise devido baixa frequência ($n = 1$). O nível de significância adotado foi de 5%. Os valores obtidos foram expressos em *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). Fator de inflação de variância (FIV) foi $< 2,8$ para todas as variáveis independentes, indicando ausência de multicolinearidade. Para execução das análises utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 23.0, Chicago, IL, USA).

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer 373.680) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer 448.308). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

No total, 299 idosos foram incluídos na presente análise. A amostra foi constituída em sua maioria pelo sexo feminino (66,2%), idade mediana 71 anos (IQ 65-79 anos), cor de pele não branca (56,5%), com até quatro anos de estudo completos (50,5%) e maior proporção de indivíduos com renda mensal até três salários mínimos (59,5%). A prevalência de DCV foi de 24,1% (IC 95% 19,2-29,0), e os FRCV mais prevalentes foram HA (83,9%; IC 95% 79,8-88,1) e dislipidemia (82,6%; IC 95% 78,3-86,9). Mais da metade dos participantes

usufruí de plano de saúde privado (51,2%). Os idosos que tinham acesso aos serviços de saúde apenas a rede pública eram mais jovens e possuíam cor de pele não branca, pior *status* socioeconômico e comportamental (Tabela 1).

Em relação aos aglomerados dos FRCV, a prevalência de um ou dois fatores de risco foi 19,1% (IC 95% 14,6-23,5), três ou quatro fatores de risco foi 51,8% (IC 95% 46,1-57,5) e cinco ou mais fatores de risco foi 29,1% (IC 95% 23,9-34,3) (Tabela 1). Não houve participante com a totalidade dos FRCV simultaneamente. A combinação mais frequente entre os sete fatores de risco foi HA, dislipidemia, sedentarismo e obesidade abdominal (11,4%) seguida da combinação anterior mais DM (10,0%). As demais combinações obtiveram percentuais inferiores a 6,5%. Ainda, para cada aumento de um FRCV na amostra estudada houve um aumento de 26,9% (OR: 1,27; IC 95%: 1,03-1,57) na probabilidade de ocorrência de DCV e 18,3% (OR: 1,18; IC 95%: 0,99-1,41) na probabilidade de o indivíduo utilizar o sistema público de saúde (dados não mostrados).

A Tabela 2 mostra o resultado de comparação dos aglomerados de FRCV entre as variáveis de interesse estratificado pela modalidade de seguro de saúde. Sexo, cor de pele autodeclarada e todos os FRCV mostraram diferenças estatisticamente significantes com os aglomerados de FRCV para o setor de saúde privado. Por sua vez, sexo, faixa etária, renda mensal e todos os FRCV, com exceção do tabagismo, estiveram associados com os aglomerados de FRCV.

A análise de regressão logística multinomial estimou as probabilidades condicionadas às categorias de respostas aos aglomerados de FRCV, tendo um ou dois fatores de risco como categoria de referência, e estratificadas pela modalidade de seguro de saúde (Tabela 3). Após ajuste para possíveis variáveis de confusão, em indivíduos com *cobertura de saúde privada* identificou-se que sexo e cor de pele autodeclarada mantiveram-se associadas nas categorias dos escores, com gradiente positivo entre o aumento do número de FRCV. O sexo feminino foi 4,2 vezes (OR_{aj}: 4,2; IC 95% 1,8-10,0) mais provável de ter três ou quatro FRCV e 2,9 vezes (OR_{aj}: 2,9; IC 95% 1,1-7,7) mais chances de ter cinco ou mais FRCV em relação ao sexo masculino. Além disso, indivíduos da cor de pele não branca tiveram 3,7 vezes (OR_{aj}: 3,7; IC 95% 1,4-9,8) mais chances de terem cinco ou mais FRCV em relação à cor de pele branca. Já a *cobertura de saúde pública*, as variáveis sexo e faixa etária mantiveram-se significativas no modelo final multivariado, também com gradiente positivo entre o aumento do número de FRCV. O sexo feminino permaneceu independentemente associado a um risco

aumentado no acúmulo de FRCV para ambas as categorias resposta (OR_{aj} : 4,3; IC 95% 1,5-12,3 para a categoria três ou quatro FRCV; e OR_{aj} : 5,1; IC 95% 1,6-16,1 para a categoria cinco ou mais FRCV); e quanto maior a idade do indivíduo, maiores foram as chances no aumento do número de fatores de risco, sendo que apenas a faixa etária 65 a 74 anos apresentou significância na categoria cinco ou mais FRCV (OR_{aj} : 8,8; IC 95% 1,8-41,9).

DISCUSSÃO

O presente estudo estimou os principais FRCV modificáveis em idosos, destacando-se HA e dislipidemia. Soma-se a esses achados, o elevado acúmulo de FRCV, sendo que a maioria possuía três ou mais fatores de risco. Estudos nacionais^{7,17} e internacionais^{9,22,30,33} também têm identificado elevada exposição a fatores de risco aterogênicos, com ampla variação no padrão de distribuição entre as regiões. Essas diferenças são atribuíveis em parte pelas desigualdades nos níveis de desenvolvimento socioeconômico local e regional^{23,33}, acrescida dos distintos procedimentos metodológicos, tais como, tipo de estudo, definição e combinações específicas dos FRCV e critérios de seleção da amostra, dificultando a comparação dos dados^{30,33}.

Apesar disso, há um consenso na literatura que aponta para uma tendência de coexistência de comportamentos não saudáveis em graus variados, aumentando a chance do indivíduo desenvolver DCV, se comparado à soma do efeito de cada um isoladamente, como um indício de sinergia^{5,14,33}. Possíveis fatores contributivos para este resultado têm sido atribuído à predisposição genética e aos fatores ambientais que aumentam a chance de se ter simultaneidade entre os FRCV em indivíduos com estilo de vida pouco saudável⁷. Ainda, a literatura tem demonstrado associação positiva entre maior número de aglomerados de FRCV e aumento da idade, explicada pela maior prevalência de condições crônicas, como HA, DM, dislipidemia e obesidade em faixas etárias mais longevas¹⁷.

Outra questão que merece destaque diz respeito às características relacionadas à modalidade de seguro de saúde. Pouco mais da metade da amostra possuía plano de saúde privado, percentual superior ao encontrado em estudos de base populacional de abrangência nacional^{11,13} e inferior ao estudo de âmbito regional¹. Estas discrepâncias podem ser resultado de iniquidades existentes no País, com maior concentração de usuários do plano privado na região Sudeste (36,9%) em detrimento da região Norte (13,3%)¹³.

Em complemento, não se pode desconsiderar a possibilidade do elevado percentual de idosos com plano privado ser um indicativo de prováveis falhas do sistema público²⁵ em responder completamente às necessidades desse segmento populacional. Esta situação faz com que os idosos recorram ao setor privado para, por exemplo, ter garantido o acesso a exames de maior complexidade e consultas especializadas. Isso pode, por sua vez, expor o idoso e familiares à situação de risco social, na medida em que o gasto privado possibilita induzir cortes no consumo de bens e de serviços essenciais à vida diária, ou até mesmo desencorajá-lo a utilizar os serviços de saúde e levá-lo a não aderir às terapêuticas medicamentosas e a adiar exames necessários³.

Contrapondo este ponto de vista, estudos epidemiológicos evidenciam maior concentração de melhores indicadores no grupo constituído por pessoas com plano privado de saúde independentemente do perfil etário dos beneficiários^{2,11,27}. Para ilustrar, dados nacionais identificaram que usuários de planos privados apresentaram maior chance de terem fatores de proteção, incluindo alimentação saudável e adesão à prática de atividade física, assim como menor prevalência de fatores de risco, destacando-se tabagismo, inatividade física e HA¹¹.

Uma possível explicação para isso que merece ser melhor explorada em outras pesquisas é o fato de que pessoas com plano privado podem ter maior “capacidade de agência”, definida como condições de consciência e posse dos meios necessários (conhecimento, habilidades, recursos e ambiente favorável), que permite decidir os melhores cursos de ação e liberdade de escolha para evitar circunstâncias ameaçadoras à saúde, de tal modo a contribuir na redução, por exemplo, do número de FRCV nesse grupo quando comparado às suas contrapartes⁴.

Contudo, proporcionar a conscientização social a respeito da cultura em saúde, particularmente em idosos, é complexo. Isso porque a adesão a programas de promoção e de educação em saúde envolve variáveis mais abstratas, tais como, o prazer, os desejos e a cultura que particularmente nos idosos foram adquiridos ao longo do tempo vivido. Retirando esses elementos, é possível corrigir, por exemplo, a dieta alimentar de um indivíduo, mas isso acabaria por levá-lo ao desespero e à depressão ao ter seus valores sociais e culturais subitamente subtraídos³¹.

Além disso, não se pode negligenciar o fato de que a manutenção de hábitos de vida saudáveis pelo idoso é mais complexa em relação às demais faixas etárias, dadas as próprias

particularidades específicas do envelhecimento. O idoso para manter-se ativo nos espaços sociais, depende da oferta de serviço de transporte público acessível e barato; da ausência de obstáculos que possam causar lesões por quedas, acidentes e incêndios; da vizinhança segura que favoreça uma interação social positiva; de ruas bem iluminadas para caminhadas seguras, banheiros públicos acessíveis e semáforos com mais tempo para os pedestres; do fornecimento de água limpa, ar puro e alimentos seguros; de programas de exercícios para ajudar as pessoas idosas a manter sua mobilidade; em alguns casos, de ter companhia para, por exemplo, acessar espaços abertos de modo a estar ao ar livre que favorece o bem-estar físico e mental, refletindo positivamente na saúde e na qualidade de vida, entre outros²⁸.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimentos e habilidades para lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças, e, até mesmo, aceitando a impossibilidade de tais transformações, para obter melhores resultados clínicos e sociais³¹.

Mediante o exposto, observa-se que reduzir a prevalência dos FRCV modificáveis em idosos ainda é um grande desafio para os gestores de saúde, independentemente da modalidade de seguro. O primeiro programa de prevenção de DCV de base comunitária, *North Karelia Project*, foi implantado na Finlândia em 1972, frente à maior taxa de mortalidade por doença arterial coronariana no mundo naquela época. Após quatro décadas de intervenção nos principais FRCV elegidos (colesterol total sérico, pressão arterial e tabagismo) evidenciou-se redução significativa na taxa de mortalidade (-84% em mulheres e -82% em homens) entre 1972 e 2012. Nos últimos 10 anos, intervenção nos três fatores de risco explicou aproximadamente $\frac{2}{3}$ da redução na taxa de mortalidade e o restante foi atribuível a mudanças em outros fatores de risco (dieta e atividade física), ao investimento na prevenção secundária e ao tratamento de eventos cardíacos agudos⁹.

A partir desse estudo outras intervenções comunitárias foram realizadas, e de igual modo bem sucedidas, com foco para a adoção de comportamentos saudáveis relacionados à atividade física^{6,20,22}, cessação do tabagismo, controle pressórico, perfil lipídico e dieta saudável²².

Entretanto reforça-se que as ações comunitárias nem sempre são acessíveis a todos os indivíduos, ferindo os princípios da equidade, conforme evidenciado em estudo brasileiro, onde dados apontam fragilidades e discrepâncias regionais em relação à oferta de ações de

promoção da saúde, com maior concentração em regiões de maior desenvolvimento socioeconômico²¹.

Também deve-se destacar a implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças adotadas por operadoras de plano de saúde privado no Brasil. Estudo prévio¹⁹ identificou maior preferência das operadoras em medidas preventivas de riscos e doenças, com destaque para prevenção do DM, HA, sobrepeso/obesidade e incentivo à alimentação saudável cujas ações contribuíram na diminuição dos custos assistenciais e no número de exames complementares em 55,6%, assim como, na redução do número de consultas e no atendimento de urgência e emergência em 44,4%. Contudo, foi constatada a necessidade de ampliar o número de operadoras que possam oferecer ações preventivas e de promoção da saúde a seus beneficiários¹⁹.

Para potencializar essas iniciativas e torná-las sustentáveis, faz-se necessário atuar nos três espaços de intervenção que ocorrem nos âmbitos *macro* (governo é responsável pela formulação de políticas que considerem as singularidades das condições crônicas, em especial na proteção aos grupos vulneráveis, e que desenvolvam em Redes de Atenção à Saúde com ações intersetoriais efetivas, aumento de impostos dos bens produtores das condições de saúde como bebida alcoólica e tabaco), *meso* (intervenções preventivas em comunidades e nos ambientes de trabalho e escolares. Espera-se pessoas, famílias e profissionais preparados, informados e motivados) e *microsociais* (intervenção *in loco* com uma população conhecida e vinculada. Almeja-se que as pessoas e suas famílias participem da atenção em saúde, com apoio dos profissionais de saúde, ambos visando a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, e a manutenção da independência e da autonomia do idoso)^{15,24}.

Por fim, destaca-se que as intervenções voltadas para a diminuição ou controle dos FRCV devem ter como foco todas as etapas do ciclo de vida cujas ações sobre os determinantes sociais da saúde sejam multissetoriais, de modo a incentivar hábitos de vida saudáveis desde a gestação. Isso porque os idosos de hoje são, muitas vezes, o reflexo de seus hábitos adquiridos ao longo de sua vida, sendo o estado de saúde de cada indivíduo um marcador das posições sociais que se teve no passado. A investigação de FRCV deve, portanto, ocorrer de forma precoce, com o objetivo de planejar intervenções oportunas e, possivelmente, mais efetivas sobre os fatores identificados, reduzindo, no futuro, a morbimortalidade²⁶.

Contudo, talvez seja o momento de indagar se a incessante busca por comportamento saudável nos programas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e doenças atuais mascara uma “linguagem do risco [que] participa ativamente na construção do espírito preventivo-persecutório na saúde, mediante práticas biopolíticas que desembocam na construção do homem responsável por sua saúde e, conseqüentemente, por sua longevidade”^{4:10}.

Este estudo tem algumas limitações. Primeiro, a impossibilidade de avaliar possíveis mudanças comportamentais durante as etapas do ciclo de vida em função da transversalidade dos dados¹⁷. Segundo, os fatores de risco comportamentais podem estar subestimados, principalmente o tabagismo, devido tendência dos idosos omitirem tal hábito (viés de resposta seletiva). Por sua vez, o estudo também apresenta potencialidades, com destaque para uma amostra de base regional de idosos distribuídos proporcionalmente entre os setores censitários. Informações sobre dislipidemia, DM e HA foram obtidas por meio da medição do perfil lipídico e glicêmico e medição dos níveis pressóricos, respectivamente, minimizando subestimativas de tais desfechos.

Em síntese, foi identificado elevada prevalência de DCV e seus fatores de risco modificáveis, inclusive a simultaneidade desses fatores, em uma amostra aleatorizada de idosos, tendendo maior concentração em indivíduos com maior vulnerabilidade social tanto no setor público quanto no privado. A associação do acúmulo de FRCV com sexo feminino para ambas as modalidades de seguro de saúde, e cor de pele para o setor privado e faixa etária para o setor público traz uma discussão além dos aspectos fisiológicos da etiologia das DCV, retomando a necessidade de debater as iniquidades sociais que impactam o quadro sanitário do País. Soma-se a isso a necessidade de ampliar as políticas públicas voltadas aos idosos já existentes, regulamentando seus direitos e estabelecendo programas de prevenção e atenção às condições crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Antes DL, Ribeiro DF, Schneider IJC, Benedetti TRB, d’Orsi E. Socioeconomic profile of the elderly in Florianópolis: comparative analysis studies Perfil do Idoso 2002 and EpiFloripa Idoso 2009. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(1):189-202. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-790X201400010015ENG>

2. Awoke MA, Negin J, Moller J, Farell P, Yawson AE, Biritwum RB, et al. Predictors of public and private healthcare utilization and associated health system responsiveness among older adults in Ghana. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1301723. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1301723>
3. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. The influence of health expenditures on household impoverishment in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):797-807. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005113>
4. Castiel LD, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 136 p.
5. Elosua R, Lluís-Ganella C, Subirana I, Havulinna A, Läll K, Lucas G, et al. Cardiovascular risk factors and ischemic heart disease: is the confluence of risk factors greater than the parts? A genetic approach. *Circ Cardiovasc Genet*. 2016;9(3):279-86. <https://doi.org/10.1161/CIRCGENETICS.115.001255>
6. Fernandes AP, Andrade ACS, Costa DAS, Dias MAS, Malta DC, Caiaffa WT. Health Academies Program and the promotion of physical activity in the city: the experience of Belo Horizonte, Minas Gerais state, Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2017;22(12):3903-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.25282017>
7. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira ÉA. Prevalence of cardiovascular risk factors in elderly individuals treated in the Brazilian Public Health System in Goiânia. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(5):621-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010005000141>
8. Global Burden of Disease (GBD). GBD compare. Viz Hub [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
9. Jousilahti P, Laatikainen T, Salomaa V, Pietilä A, Vartiainen E, Puska P. 40-year CHD mortality trends and the role of risk factors in mortality decline the North Karelia Project experience. *Glob Heart*. 2016;11(2):207-12. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.04.004>
10. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
11. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(Suppl.1):241-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050019>
12. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its Federated Units, 2015.

Rev Bras Epidemiol. 2017;20(Suppl.1):217-32. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>

13. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Private health care coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Cienc Saude Coletiva.* 2017;22(1):179-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>

14. Masoudkabir F, Poorhosseini H, Vasheghani-Farahani A, Hakki E, Roayaei P, Kassaian SE. Synergistic effect of hypertension with diabetes mellitus and gender on severity of coronary atherosclerosis: Findings from Tehran Heart Center registry. *ARYA Atheroscler.* 2015 [cited 2017 Nov 16];11(6):317-22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4738041/pdf/ARYA-11-317.pdf>

15. Mendes EV. O modelo de atenção às condições crônicas na ESF. In: _____. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012 [cited 2017 Out 16]. cap. 5, p. 139-76. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

16. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2016;133(4):e38-360. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>

17. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2012;46(3):534-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000021>

18. Naing NN. Determination of sample size. *Malays J Med Sci.* 2003 [cited 2017 Out 16];10(2):84-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3561892/pdf/mjms-10-2-084.pdf>

19. Pimenta AM, Castanheira CHC, Lana FCF, Malta DC. Actions of risk/disease prevention by private health insurance companies. *Rev Min Enferm.* 2012;16(4):571-64. <http://www.doi.org/S1415-27622012000400012>

20. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, et al. Project GUIA: a model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *J Phys Act Health.* 2010 [cited 2017 Nov 9];7(Suppl.2):S131-S4. Available from: SPORTDiscus with Full Text.

21. Ramos LR, Malta DC, Gomes GAO, Bracco MM, Florindo AA, Mielke GI, et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):837-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005249>
22. Record NB, Onion DK, Prior RE, Dixon DC, Record SS, Fowler FL et al. Community-wide cardiovascular disease prevention programs and health outcomes in a rural county, 1970-2010. *JAMA*. 2015;313(2):147-55. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16969>.
23. Roth GA, Huffman MD, Moran AE, Feigin V, Mensah GA, Naghavi M, et al. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation*. 2015;132(17):1667-78. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008720>
24. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes *mellitus* patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2882. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
25. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad Saude Publica*. 2017;33(5):e00052816. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00052816>
26. Santos MG, Pegoraro M, Sandrini F, Macuco EC. Risk factors for the development of atherosclerosis in childhood and adolescence. *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(4):301-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008000400012>
27. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Use of health services by Brazilian older adults with and without functional limitation. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Supl.1):5s. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000243>
28. Silva EAR, Elali GA. O papel das praças para o envelhecimento ativo sob o ponto de vista dos especialistas. *Pesqui Prát Psicossociais*. 2015 [cited 2018 Sept 9];10(2):382-96. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000200014&lng=pt&nrm=iso
29. 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 Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e2987. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>
30. Truthmann J, Busch MA, Scheidt-Nave C, Mensink GBM, Gößwald A, Endres M, et al. Modifiable cardiovascular risk factors in adults aged 40-79 years in Germany with and without prior coronary heart disease or stroke. *BMC Public Health*. 2015;15:701. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1929-5>

-
31. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saude Publica*. 2012;28(10):1834-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>
32. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015 [cited 2017 Nov 9]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
33. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as características demográficas, socioeconômicas e clínicas segundo modalidade de seguro de saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299)

Variáveis	Modalidade de Seguro						p-valor ^a
	Total (n = 299)		Privado (n = 153)		Público (n = 146)		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	101	33,8	47	30,7	54	37,0	0,252
Feminino	198	66,2	106	69,3	92	63,0	
Faixa etária (anos)							
60-64	70	23,4	33	21,6	37	25,3	0,039
65-74	111	37,1	49	32,0	62	42,5	
75 ou mais	118	39,5	71	46,4	47	32,2	
Cor de pele							
Branca	130	43,5	79	51,6	51	34,9	0,004
Não branca	169	56,5	74	48,4	95	65,1	
Escolaridade (anos)							
0-4	151	50,5	64	41,8	87	59,6	0,002
5 ou mais	148	49,5	89	58,2	59	40,4	
Renda mensal (s.m.)^b							
≤ 3	178	59,5	63	41,2	115	78,8	<0,001
> 3	121	40,5	90	58,8	31	21,2	
Doenças CV							
Não	227	75,9	123	80,4	104	71,2	0,064
Sim	72	24,1	30	19,6	42	28,8	
Fatores de risco CV							
Hipertensão arterial	251	83,9	127	83,0	124	84,9	0,650
Dislipidemia	247	82,6	122	79,7	125	85,6	0,180
Sedentarismo	206	68,9	91	59,5	115	78,8	<0,001
Obesidade abdominal	203	67,9	109	71,2	94	64,4	0,204
Diabetes <i>mellitus</i>	115	38,5	60	39,2	55	37,7	0,784
Obesidade geral	60	20,1	32	20,9	28	19,2	0,708
Tabagismo	30	10,0	9	5,9	21	14,4	0,014
Aglomerados FRCV							
1-2	57	19,1	35	22,9	22	15,1	0,185
3-4	155	51,8	78	51,0	77	52,7	
5 ou mais	87	29,1	40	26,1	47	32,2	

CV: cardiovascular; s.m.: salário mínimo; FRCV: fatores de risco cardiovasculares.

^a Teste qui-quadrado de Pearson.

^b Salário mínimo em 2014 era R\$724,00, R\$788,00 em 2015 e R\$880,00 em 2016.

Tabela 2. Distribuição das características demográficas, socioeconômicas e clínicas estratificadas pela modalidade de seguro de saúde e aglomerados de fatores de risco cardiovascular. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299)

Variáveis	Setor Particular				Setor Público			
	Aglomerados de fatores de risco cardiovascular			p-valor ^a	Aglomerados de fatores de risco cardiovascular			p-valor ^a
	1-2 (n = 35) n (%)	3-4 (n = 78) n (%)	5-7 (n = 40) n (%)		1-2 (n = 22) n (%)	3-4 (n = 77) n (%)	5-7 (n = 47) n (%)	
Sexo								
Masculino	19 (54,3)	17 (21,8)	11 (27,5)	0,002	15 (68,2)	25 (32,5)	14 (29,8)	0,004
Feminino	16 (45,7)	61 (78,2)	29 (72,5)		7 (31,8)	52 (67,5)	33 (70,2)	
Faixa etária (anos)								
60-64	4 (11,4)	18 (23,1)	11 (27,5)	0,490	11 (50,0)	15 (19,5)	11 (23,4)	0,002
65-74	14 (40,0)	24 (30,8)	11 (27,5)		3 (13,6)	32 (41,6)	27 (57,4)	
75 ou mais	17 (48,6)	36 (46,2)	18 (45,0)		8 (36,4)	30 (39,0)	9 (19,1)	
Cor de pele								
Branca	22 (62,9)	45 (57,7)	12 (30,0)	0,005	7 (31,8)	28 (36,4)	16 (34,0)	0,916
Não branca	13 (37,1)	33 (42,3)	28 (70,0)		15 (68,2)	49 (63,6)	31 (66,0)	
Escolaridade (anos)								
0-4	12 (34,3)	30 (38,5)	22 (55,0)	0,136	16 (72,7)	46 (59,7)	25 (53,2)	0,293
5 ou mais	23 (65,7)	48 (61,5)	18 (45,0)		6 (27,3)	31 (40,3)	22 (46,8)	
Renda mensal (s.m.)								
≤ 3	13 (37,1)	31 (39,7)	19 (47,5)	0,648	14 (63,6)	66 (85,7)	35 (74,5)	0,049
> 3	22 (62,9)	47 (60,3)	21 (52,5)		8 (36,4)	11 (14,3)	12 (25,5)	
Doenças CV								
Não	30 (85,7)	63 (80,8)	30 (75,0)	0,493	16 (72,7)	58 (75,3)	30 (63,8)	0,389
Sim	5 (14,3)	15 (19,2)	10 (25,0)		6 (27,3)	19 (24,7)	17 (36,2)	

Continua

Continuação

Fatores de risco CV**Hipertensão arterial^b**

Não	17 (48,6)	7 (9,0)	2 (5,0)	< 0,001	13 (59,1)	9 (11,7)	0 (0,0)	< 0,001
Sim	18 (51,4)	71 (91,0)	38 (95,0)		9 (40,9)	68 (88,3)	47 (100,0)	

Dislipidemia^b

Não	17 (48,6)	13 (16,7)	1 (2,5)	0,001	11 (50,0)	9 (11,7)	1 (2,1)	< 0,001
Sim	18 (51,4)	65 (83,3)	39 (97,5)		11 (50,0)	68 (88,3)	46 (97,9)	

Sedentarismo^b

Não	24 (68,6)	32 (41,0)	6 (15,0)	< 0,001	9 (40,9)	22 (28,6)	0 (0,0)	< 0,001
Sim	11 (31,4)	46 (59,0)	34 (85,0)		13 (59,1)	55 (71,4)	47 (100,0)	

Obesidade abdominal^b

Não	24 (68,6)	19 (24,4)	1 (2,5)	< 0,001	18 (81,8)	32 (41,6)	2 (4,3)	< 0,001
Sim	11 (31,4)	59 (75,6)	39 (97,5)		4 (18,2)	45 (58,4)	45 (95,7)	

Diabetes mellitus^b

Não	32 (91,4)	49 (62,8)	12 (30,0)	< 0,001	21 (95,5)	57 (74,0)	13 (27,7)	< 0,001
Sim	3 (8,6)	29 (37,2)	28 (70,0)		1 (4,5)	20 (26,0)	34 (72,3)	

Obesidade geral^b

Não	35 (100,0)	70 (89,7)	16 (40,0)	< 0,001	22 (100,0)	71 (92,2)	25 (53,2)	< 0,001
Sim	0 (0,0)	8 (10,3)	24 (60,0)		0 (0,0)	6 (7,8)	22 (46,8)	

Tabagismo^b

Não	35 (100,0)	75 (96,2)	34 (85,0)	0,016	20 (90,9)	66 (85,7)	39 (83,0)	0,726
Sim	0 (0,0)	3 (3,8)	6 (15,0)		2 (9,1)	11 (14,3)	8 (17,0)	

CV: cardiovascular.

^a Teste de qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher.^b Variável não entrou no modelo de regressão logística multinomial devido colinearidade.

Tabela 3. Análises bruta e ajustada de fatores associados com os escores de fatores de risco cardiovascular, estratificado pela modalidade de seguro de saúde (regressão logística multinomial). Belo Horizonte, MG, Brasil, 2014-2016. (n = 299)^a

Variáveis	Setor Privado ^e				Setor Público ^f			
	3-4 FRCV		5-7 FRCV		3-4 FRCV		5-7 FRCV	
	OR _b (IC 95%)	OR _{aj} (IC 95%)	OR _b (IC 95%)	OR _{aj} (IC 95%)	OR _b (IC 95%)	OR _{aj} (IC 95%)	OR _b (IC 95%)	OR _{aj} (IC 95%)
Sexo								
Masculino	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Feminino	4,3 (1,8-10,0)^b	4,2 (1,8-10,0)^b	3,1 (1,2-8,2)^d	2,9 (1,1-7,7)^d	4,5 (1,6-12,3)^c	4,3 (1,5-12,3)^c	5,1 (1,7-15,1)^c	5,1 (1,6-16,1)^c
Faixa etária (anos)								
60-64	2,1 (0,6-7,3)	-	2,6 (0,7-9,8)	-	0,4 (0,1-1,1)	0,4 (0,1-1,3)	0,9 (0,3-3,2)	1,0 (0,3-3,8)
65-74	0,8 (0,3-1,9)	-	0,7 (0,3-2,1)	-	2,8 (0,7-11,7)	3,1 (0,7-13,2)	8,0 (1,7-36,8)^c	8,8 (1,8-41,9)^c
75 ou mais	1,0	-	1,0	-	1,0	1,0	1,0	1,0
Cor de pele								
Branca	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	-	1,0	-
Não branca	1,2 (0,6-2,8)	1,1 (0,5-2,7)	4,0 (1,5-10,3)^c	3,7 (1,4-9,8)^c	0,8 (0,3-2,2)	-	0,9 (0,3-2,7)	-
Escolaridade (anos)								
0-4	1,2 (0,5-2,8)	-	2,3 (0,9-6,0)	-	0,6 (0,2-1,6)	-	0,4 (0,1-1,3)	-
5 ou mais	1,0	-	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Renda mensal (s.m.)								
≤ 3	1,1 (0,5-2,5)	-	1,5 (0,6-3,9)	-	3,4 (1,2-10,1)^d	-	1,7 (0,6-5,0)	-
> 3	1,0	-	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Doenças CV								
Não	1,0	-	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Sim	1,4 (0,5-4,3)	-	2,0 (0,6-6,6)	-	0,9 (0,3-2,6)	-	1,5 (0,5-5,0)	-

CV: cardiovascular; FRCV: fatores de risco cardiovascular; IC 95%: intervalo de confiança de 95%; OR_b: *odds ratio* bruto; OR_{aj}: *odds ratio* ajustado; s. m.: salário mínimo.

^a Categoria de referência: 1 e 2 fatores de risco cardiovascular.

^b p = 0,001.

^c p < 0,01.

^d p < 0,05.

^e Pseudo R-quadrado: Cox e Snell (0,133), Nagelkerke (0,153), McFadden (0,069).

^f Pseudo R-quadrado: Cox e Snell (0,169), Nagelkerke (0,196), McFadden (0,094).

5.2 ARTIGO 2 (Artigo submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem - Qualis A1)

Parâmetros assistenciais e qualidade do cuidado primário à pessoa idosa com condições crônicas

Objetivos: Avaliar a conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estrato de risco cardiovascular e controle metabólico, e sua associação com os resultados de qualidade do cuidado. **Método:** Estudo transversal envolvendo 108 idosos com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* atendidos na Atenção Primária à Saúde. Utilizou-se questionário semiestruturado e dados de prontuário eletrônico. Qualidade do cuidado foi amparada no referencial teórico de Donabedian, e consistiu em parâmetros assistenciais do médico e do enfermeiro, indicadores clínicos, percepção do usuário sobre a qualidade do cuidado primário, níveis de satisfação e meta terapêutica alcançada. Análise de dados baseou-se em estatística descritiva, análise de correspondência múltipla e *cluster*. **Resultados:** Observou-se baixa conformidade da prática assistencial, destacando-se avaliação do pé diabético e solicitação de exames especializados. A dimensão 1 da análise de correspondência separou os indivíduos quanto aos aspectos clínicos e níveis de satisfação, enquanto a dimensão 2 opôs os indivíduos com piores indicadores de resultado do cuidado. Foi identificado três *clusters*, sendo o primeiro formado por indivíduos com melhores indicadores da qualidade do cuidado. **Conclusão:** Constataram-se baixa conformidade da prática assistencial e assimetrias entre oferta de ações em saúde e necessidades dos usuários, indicando falhas no processo de cuidado primário.

Descritores: Registros Eletrônicos de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Estudos Transversais.

Descriptors: Electronic Health Records; Quality of Health Care; Health of the Elderly; Primary Health Care; Chronic Disease; Cross-Sectional Studies.

Descriptores: Registros Electrónicos de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud; Enfermedad Crónica; Estudios Transversales.

Introdução

O diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial (HA) configuram-se atualmente entre as condições crônicas mais prevalentes. Em conjunto, são consideradas como

principais causas primárias de doenças renocardiovasculares no cenário mundial⁽¹⁾, e responsáveis por 14,4 milhões de mortes no mundo, das quais 9,4 milhões ocasionadas pelas complicações dos níveis pressóricos elevados⁽²⁾ e 5,0 milhões atribuíveis ao descontrole metabólico⁽³⁾.

Esse cenário é alarmante e sugere a necessidade de investir em melhorias na qualidade do manejo dessas morbidades, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), por ser o nível de atenção responsável pela detecção precoce das condições crônicas e acompanhamento daqueles já diagnosticados, evitando suas complicações e a necessidade de internação.

Particularmente, no Brasil, foi adotado pelo Ministério da Saúde o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022⁽⁴⁾ como norteador das ações direcionadas ao cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde. A porta de entrada ao sistema de saúde público brasileiro (Sistema Único de Saúde - SUS) consiste na Estratégia Saúde da Família que tem como foco o cuidado de saúde primário, centrado na família e na comunidade⁽⁵⁻⁸⁾. Sua principal função é prover cuidado primário centrado na pessoa, com prioridade em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância em saúde, assistência e acompanhamento da população adscrita, na tentativa de impactar os resultados da qualidade do cuidado primário provido aos usuários com condições crônicas⁽⁴⁾.

Algumas das estratégias recomendadas nesse intuito diz respeito à implementação de práticas clínicas baseadas em evidências, assim como o monitoramento dessas intervenções. Contudo, apesar de haver elevado grau de concordância sobre as melhores práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento do DM e da HA, descritas em diversas diretrizes clínicas e protocolos, o seu uso ainda é incipiente, sobretudo quando se refere à implementação de ações segundo estratificação de risco da população abordada, tornando-se barreira para alcançar melhores resultados assistenciais com base no conhecimento científico vigente⁽⁹⁻¹²⁾.

Como agravante, ainda observa-se a fragmentação da assistência, assim como, discrepâncias entre oferta dos serviços à saúde e as necessidades reais dos usuários⁽¹³⁾. Essa era uma preocupação já manifestada pelo estudioso do assunto⁽¹³⁾ que alertava para a possibilidade de que os usuários com maior risco clínico poderiam não estar sendo priorizados na oferta de ações às suas necessidades, visto que os sistemas de saúde ainda

elegem o planejamento da oferta em detrimento das necessidades que é diferenciada segundo estratificação de seus riscos. Tal aspecto merece atenção, pois como consequência pode-se empreender esforços e recursos em intervenções desnecessárias, equivocadas e ineficientes, fato este que merece ser melhor explorado.

Mediante o exposto, a hipótese da pesquisa é que existem assimetrias entre oferta de ações em saúde pelas equipes de Saúde da Família e necessidades apresentadas pelas pessoas idosas com DM e/ou HA, apresentando quadro menos favorável para o segmento com piores resultados do cuidado.

Logo, considerando que, na atualidade, a busca pela qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde aos idosos é considerada um imperativo técnico e social⁽¹⁴⁾, o objetivo deste estudo foi avaliar a conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estrato de risco cardiovascular e controle metabólico, e sua associação com os resultados de qualidade do cuidado.

Método

Trata-se da segunda etapa do estudo transversal “Envelhecimento e Doença Renal” (en-DoRen), de base populacional em âmbito regional, realizado no período de agosto de 2014 a janeiro de 2017, em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil⁽¹⁵⁾.

A amostra da linha de base do estudo en-DoRen é constituída por 300 idosos aleatorizados. Para a presente análise, foram considerados os dados dos participantes que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; autorrelatar DM e/ou HA ou ter diagnóstico confirmado em prontuário eletrônico; ser acompanhado por pelo menos um ano pela equipe de Saúde da Família do referido distrito em estudo; ter frequentado algum tipo de serviço de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) nos últimos três anos; ter sido localizado o prontuário eletrônico. Foram excluídos da análise os idosos com incapacidade cognitiva severa, aferida pelo Mini-exame do Estado Mental (MEEM score ≤ 9), na impossibilidade da presença de uma pessoa responsável que pudesse auxiliar nas respostas da entrevista.

O tamanho amostral foi baseado no critério conservador, adotando prevalência de 50% dos diferentes desfechos (parâmetros assistenciais por estrato de risco cardiovascular e controle metabólico), o qual delimita a máxima variabilidade do tamanho amostral.

Utilizando o método de cálculo proposto por Lwanga e Lemeshow⁽¹⁶⁾, e considerando uma precisão de estimativa absoluta de 10%, com um nível de significância de 5%, foi encontrado um tamanho amostral de 96 indivíduos. Adotando 10% para possíveis perdas, o n total necessário foi de 106 pessoas.

Na linha de base do estudo en-DoRen, foi identificado 143 usuários da APS, os quais 118 pessoas idosas possuíam diagnóstico de DM e/ou HA. Destes, um total de 10 participantes foram excluídos da análise, devido não localização do prontuário eletrônico (n=1) e tempo superior a três anos da última visita à UBS (n=9). Após o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra do presente estudo foi delimitada em 108 idosos.

A coleta de dados envolveu inquérito domiciliar, conduzido por duas das autoras e seis bolsistas de iniciação científica, previamente treinadas. Foi utilizado um questionário semiestruturado e pré-testado, contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, nível instrucional, renda mensal), comportamental (tabagismo), clínicos (morbidades autorreferidas, MEEM), níveis de satisfação (satisfação com a saúde, satisfação com o acesso aos serviços de saúde) e qualidade do cuidado primário (escores *Patient Assessment of Chronic Illness Care* - PACIC). Dados antropométricos foram obtidos no domicílio e, posteriormente, calculado o índice de massa corporal ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$). Também foram aferidos os níveis pressóricos e coletado material biológico (sangue e urina) para dosagem do perfil glicêmico, lipídico e parâmetros da função renal. Maiores detalhes encontram-se descritos em publicação prévia⁽¹⁵⁾.

Após inquérito domiciliar, foram coletados, em janeiro de 2017, dados secundários de prontuários eletrônicos, via Sistema Gestão Saúde em Rede da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, pela primeira autora. Em um impresso padrão foram registradas informações referentes às morbidades; parâmetros assistenciais, incluindo número de consultas médica e de enfermagem e exames (eletrocardiograma, fundoscopia, radiografia de tórax e avaliação do pé diabético); data de solicitação dos exames laboratoriais de interesse, bem como aqueles exames solicitados, mas que por algum motivo não foram realizados.

A delimitação do período para análise das informações dos prontuários considerou a periodicidade recomendada pelo protocolo de DM e HA estabelecida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais⁽¹⁷⁾.

Os procedimentos de interesse e exames laboratoriais foram considerados realizados se na aba “Procedimento” do prontuário eletrônico estivesse registrado o exame dentro do intervalo de tempo preconizado, considerando a estratificação de risco do participante. Para os exames previstos a serem realizados anualmente foi considerado o ano de 2016 e para os exames bianuais consideraram-se os anos 2015 e 2016. Ressalta-se que, particularmente, a avaliação da glicemia sérica em jejum para pessoas com HA classificadas no estrato de baixo risco cardiovascular global cuja delimitação de tempo é de três anos foi baseada nos últimos dois anos, devido não estarem disponíveis os dados de 2014 no prontuário eletrônico.

A classificação de risco cardiovascular global foi categorizada em baixo, moderado e alto risco conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais⁽¹⁸⁾ que adaptou modelos existentes na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e no “2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension” da *European Society of Hypertension* (ESH) e *European Society Of Cardiology* (ESC), pela sua simplicidade e facilidade de adequação aos recursos do município.

Para tanto, foram obtidas informações sobre a classificação de HA, bem como dos fatores de risco (tabagismo, dislipidemia, idade >55 anos para homens e >65 anos para mulheres, obesidade, DM), lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (hipertrofia ventricular esquerda, microalbuminúria, acidente vascular encefálico, ataque isquêmico transitório, angina, infarto agudo do miocárdio, revascularização miocárdica, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica, retinopatia e nefropatia).

Particularmente, o grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais foi calculado dividindo a soma dos exames laboratoriais em conformidade com o protocolo supracitado⁽¹⁷⁾ pelo número total de exames recomendados, e expressando-o como uma porcentagem. Para as pessoas com HA o número total de exames recomendados correspondeu a nove e para pessoas com DM, dez. Posteriormente, foram categorizados em: 0% (E1) - (nenhum exame cumprido), 1-50% (E2) (1 a 4 exames cumpridos para HA e 1 a 5 exames cumpridos para DM), 51-100% (E3) (5 a 9 exames cumpridos para HA e 6 a 10 exames cumpridos para DM).

A qualidade do cuidado foi amparada conceitualmente em duas dimensões donabedianas⁽¹⁹⁾: *processo* - consistiu no registro dos parâmetros assistenciais pelo médico e pelo enfermeiro; no grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais segundo estrato de risco; e no número de exames laboratoriais solicitados e não realizados; e

resultado - envolveu indicadores clínicos (controle dos níveis pressórico e metabólico); percepção do usuário sobre a qualidade do cuidado recebido na APS (escore PACIC); grau de satisfação com a saúde e com o acesso aos serviços de saúde; e meta terapêutica alcançada (resultados de exames laboratoriais coletados pelas pesquisadoras no domicílio dos participantes em jejum).

Os parâmetros bioquímicos foram classificados dentro da faixa de normalidade e considerados para análise da meta terapêutica alcançada: creatinina sérica (<1,3 mg/dL em homens e <1,2 mg/dL em mulheres), microalbuminúria (razão albumina/creatinina - ACR <30 mg/g), glicemia sérica em jejum (<100 mg/dL), colesterol total (<200 mg/dL), *high density lipoprotein cholesterol* (HDL-c \geq 40 mg/dL em homens e \geq 50 mg/dL em mulheres), *low density lipoprotein cholesterol* (LDL-c <160 mg/dL), triglicérides (<150 mg/dL), potássio (\leq 5,1 mEq/L), hematócrito (40-50% em homens e 36-46% em mulheres), urina rotina (ausência de elementos anormais e infecção urinária) e hemoglobina glicada (HbA1c <7% em idosos com DM e <6,5% em idosos com HA).

Pressão arterial controlada (PA-c) foi definida como níveis pressóricos <140/90 mmHg em idosos com HA e <130/80 mmHg em idosos com DM, e pressão arterial elevada (PA-e) considerou-se valores maiores ou iguais aos supracitados. Já controle metabólico controlado (CM-c) foi considerado HbA1c <7% em idosos diabéticos e <6,5% em idosos hipertensos, enquanto, idosos com valores fora dos valores de referência supracitados foram considerados como controle metabólico alterado (CM-a).

O grau de satisfação com a saúde e com o acesso aos serviços de saúde foi mensurado pelas questões número dois e 24 do questionário *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref), versão traduzida e validada para o idioma português⁽²⁰⁾, respectivamente. Considerou-se *satisfeito* aqueles indivíduos que responderam estarem “(muito) satisfeito” (satisfeito com a saúde [SS-s] e satisfeito com o acesso [SA-s]) e *insatisfeito* aqueles que se encontravam “(muito) insatisfeito” ou “razoável” (insatisfeito com a saúde [SS-i] e insatisfeito com o acesso [SA-i]).

Os escores PACIC foram categorizados de acordo com os percentis 25, 50 e 75, respectivamente: baixo (P-b \leq 1,30), médio (P-m = 1,31-2,22) e alto (P-a \geq 2,23).

Inicialmente, os dados foram analisados por meio de técnicas descritivas expressas como proporções ou porcentagens para as variáveis categóricas, e mediana (intervalo interquartil - IQ) para as variáveis contínuas não paramétricas.

Para identificação de *clusters* de indivíduos com distintos perfis de conformidade da prática assistencial (exames laboratoriais solicitados) e resultados da qualidade do cuidado, utilizou-se a análise de *clusters* pelo método de agrupamento não hierárquico (*K-means Cluster*). A validação do número de *clusters* obtidos foi comprovada pela análise de *clusters* hierárquica por meio de dois critérios de agrupamento distintos (método de Ward e critério do vizinho mais próximo). Para o coeficiente de semelhança, foi adotada a distância euclidiana quadrática. A representação gráfica dos coeficientes, de ambos os métodos, indicou queda acentuada das distâncias entre os coeficientes até o terceiro *cluster*, sendo considerado como ponto de corte ótimo. Posteriormente à validação gráfica da caracterização dos *clusters*, procedeu-se a análise de correspondência múltipla (ACM). Esta técnica de análise consiste na projeção gráfica das variáveis ativas que configura os perfis dos *clusters* e a variável suplementar que identifica a disposição dos *clusters* em um plano multidimensional (tipologia), podendo ser interpretadas como associações. Para a visualização dos indivíduos segundo *cluster* de pertença foi construído um gráfico de dispersão, usando as coordenadas dos escores (OBject SCOrEs - OBSCO) determinados pela ACM nas duas dimensões em análise. A análise das medidas de discriminação das variáveis e as quantificações (coordenadas e contribuições) de suas categorias auxiliaram na identificação das categorias que melhor contribuíram para a caracterização dos eixos. Também foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach para análise de confiabilidade interna das dimensões retidas⁽²¹⁾.

Os parâmetros assistenciais cumpridos (consultas médica e de enfermagem; avaliação do pé diabético; exames eletrocardiograma, fundoscopia e radiografia de tórax) foram excluídos da ACM devido provável subnotificação dos registros nos prontuários, o qual poderia comprometer os resultados. A variável risco cardiovascular também não entrou na ACM devido existência de colinearidade com as variáveis conformidade da prática assistencial, controle dos níveis pressórico e metabólico.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas (Parecer nº 1.238.099 e Parecer nº 1.351.378), atendendo os trâmites legais. Foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido de cada participante, e garantido sigilo dos dados e anonimato.

Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 108 idosos, com idade mediana de 71,5 anos (IQ 66,0-81,0 anos), predomínio do sexo feminino (69,4%), com até quatro anos de estudo (57,4%), e 31,5% contavam com apenas um salário mínimo ou menos para provimento do domicílio. Mais da metade dos participantes (53,7%) referiu ter cinco ou mais morbididades, sendo as mais prevalentes dislipidemia (87,0%) e osteoartrose (43,5%). Todos os participantes tinham HA, e 42,6% possuíam DM associada (dados não mostrados).

Em relação à conformidade dos parâmetros assistenciais em estudo, apenas consulta médica obteve percentual superior a 50%. O pior parâmetro foi avaliação do pé diabético, evidenciado em uma única pessoa (2,2%). Risco cardiovascular elevado esteve presente em mais de $\frac{3}{4}$ da amostra. Níveis pressórico e metabólico encontravam-se controlados em 56,5% e 76,9% dos casos, respectivamente. Observou-se também que mais da metade dos participantes encontrava-se (muito) satisfeito com a saúde (59,0%) e com o acesso aos serviços de saúde (61,9%), entretanto, pior percepção da qualidade do cuidado (Tabela 1), com escore mediano de 1,55 (IQ 1,30-2,23) (dado não mostrado).

Tabela 1 - Distribuição dos parâmetros assistenciais e dos resultados do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017

Variáveis	n	%
Parâmetros assistenciais cumpridos		
Consulta médica	56	51,9
Consulta de enfermagem	27	25,0
Exame eletrocardiograma	31	28,7
Exame fundoscopia	10	9,3
Exame radiografia de tórax	10	9,3
Avaliação pé diabético*	1	2,2
Risco cardiovascular		
Baixo	14	13,0
Médio	10	9,2
Alto	84	77,8
Controle pressão arterial†		
Controlada	61	56,5
Não controlada	47	43,5
Controle metabólico‡		
Controlado	83	76,9
Não controlado	25	23,1
Satisfação com a saúde§		
Muito satisfeito / satisfeito	62	59,0
Nem satisfeito nem insatisfeito	28	26,7
Muito insatisfeito / insatisfeito	15	14,3
Satisfação acesso serviços de saúde§		
Muito satisfeito / satisfeito	65	61,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	17	16,2
Muito insatisfeito / insatisfeito	23	21,9
% exames cumpridos		
0%	35	32,4
1-50%	24	22,2
51-100%	49	45,4
Escores PACIC ¶		
Baixo ($\leq 1,30$)	29	28,7
Médio (1,31-2,22)	47	46,5
Alto ($\geq 2,23$)	25	24,8

Nota: * n=46 (somente pessoas com diabetes *mellitus*); † Pressão arterial controlada: <140/90 mmHg (idosos com hipertensão arterial) e <130/80 mmHg (idosos com diabetes *mellitus*); ‡ Controle metabólico controlado: Hemoglobina glicada <7% (idosos com diabetes *mellitus*) e <6,5% (idosos com hipertensão arterial); § Número de informações faltosas (n=3); || Número de informações faltosas (n=7); ¶ PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*.

Analisando o cumprimento das ações previstas no protocolo referente aos exames laboratoriais, foi identificado que 11,1% da amostra estavam em acordo com todas as recomendações (dado não mostrado), ao passo que 32,4% não cumpriram com nenhum dos requisitos (Tabela 1). Ainda, os exames creatinina sérica, urina rotina, potássio e microalbuminúria foram os analitos com menores percentuais de conformidade em ambos os casos (HA e DM) ($\leq 50\%$), e HbA1c, glicemia sérica em jejum e glicemia pós-prandial para as pessoas com DM com percentuais nulo a 10,9%. Entre os exames solicitados e não realizados pelos participantes destacou-se microalbuminúria para pessoas com HA e glicemia pós-prandial para aqueles com DM, apresentando percentuais de 38,2% e 71,4%, respectivamente. Ainda, o pior indicador com meta terapêutica alcançada abaixo de 50% em ambos os casos foi evidenciado para o analito colesterol frações, ao passo que creatinina sérica e potássio apresentaram melhores metas terapêuticas alcançadas (Figura 1).

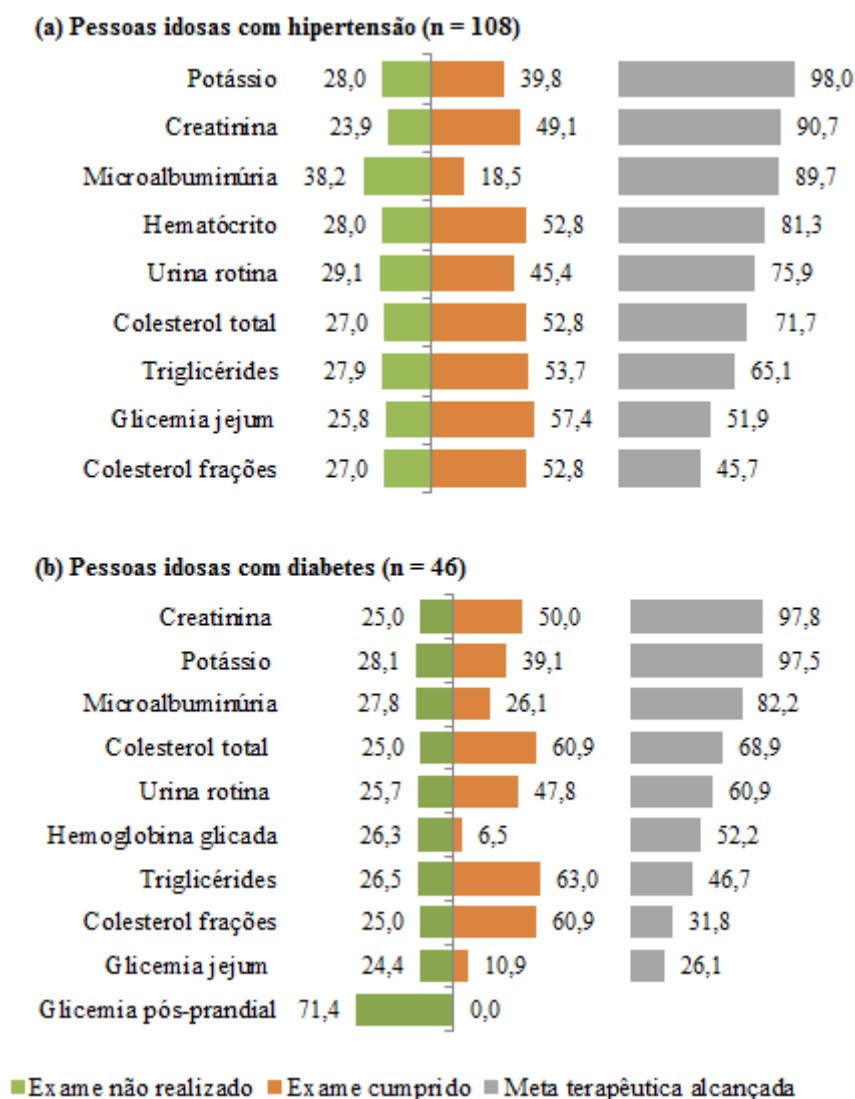


Figura 1 - Distribuição de exames laboratoriais em conformidade com os parâmetros recomendados pelo protocolo de hipertensão arterial (a) e diabetes *mellitus* (b), exames não realizados e meta terapêutica alcançada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017

Em relação à ACM, após avaliação gráfica da variância do número de dimensões máxima ($r_{\text{máx}}=11$), decidiu-se reter as duas primeiras dimensões, as quais foram mais representativas em termos de inércia. A dimensão 1 (D1) explicou 19,94% ($[0,275/1,379] \times 100$) e a dimensão 2 (D2), 17,26% ($[0,238/1,379] \times 100$) da variância total. A confiabilidade interna da D1 e D2 foi 0,473 e 0,360, respectivamente. Os valores negritos evidenciados na Tabela 2 correspondem às variáveis que melhor discriminaram em cada uma das duas dimensões em estudo. Todas registraram medidas de discriminação superiores à inércia da dimensão em referência. Ainda, apesar das variáveis *satisfação com a saúde* e *satisfação com acesso à saúde* terem registrado medida de discriminação inferior ao

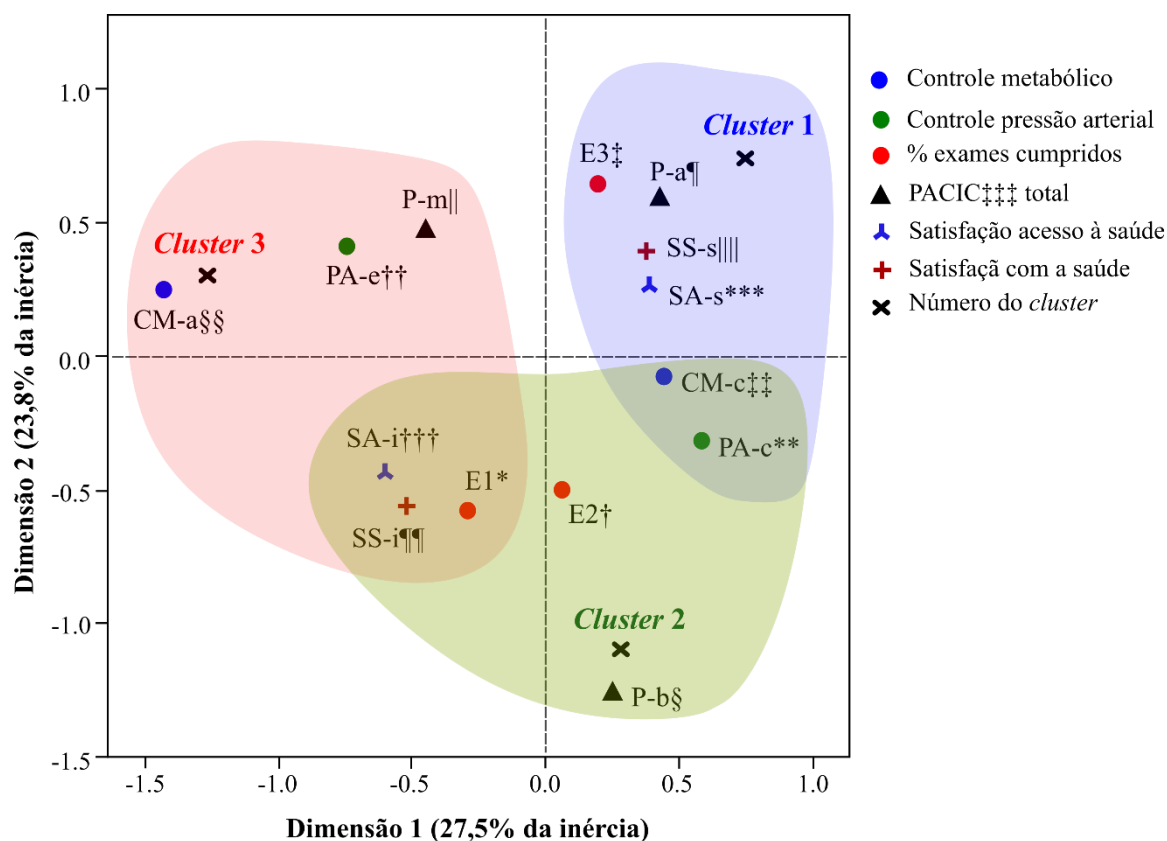
valor da inércia das respectivas dimensões, optou-se por mantê-las no modelo, sob respaldo de que a disposição gráfica das medidas de discriminação destas variáveis nos planos 1*2 encontram-se afastadas da origem e próximas à diagonal, indicando simultaneidade na composição das duas dimensões (situação de dupla pertença) (dados não mostrados).

Tabela 2 - Medidas de discriminação para as dimensões retidas e percentual de contribuição para cada variável em estudo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017

	Dimensão			
	1	% contribuição	2	% contribuição
Controle metabólico*	0,623	37,8	0,019	1,3
Controle pressão arterial†	0,429	26,0	0,129	9,0
Satisfação acesso à saúde	<u>0,222</u>	13,5	<u>0,115</u>	8,0
Satisfação com a saúde	<u>0,187</u>	11,3	<u>0,210</u>	14,7
PACIC‡ total	0,144	8,6	0,605	42,4
% exames cumpridos	0,046	2,8	0,351	24,6
Nº de <i>cluster</i> §	0,711		0,627	
Total ativo	1,650		1,428	
Inércia	0,275		0,238	
% variância explicada	19,94		17,26	
Alpha Cronbach's	0,473		0,360	

Nota: * Hemoglobina glicada controlada: <7% (idosos com diabetes *mellitus*) e <6,5% (idosos com hipertensão arterial); † Pressão arterial controlada: <140/90 mmHg (idosos com hipertensão arterial) e <130/80 mmHg (idosos com diabetes *mellitus*); ‡ PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*; § Variável suplementar.

Posteriormente, a análise das quantificações (coordenadas e contribuições) das categorias das variáveis selecionadas identificou que a D1 esteve associada com o controle satisfatório dos níveis pressóricos (PA-c) e metabólico (CM-c), e satisfação com sua saúde (SS-s) e com o acesso à saúde (SA-s) ($D1 > 0$). Em oposição, encontram-se as categorias controle insatisfatório dos níveis pressóricos (PA-e) e metabólico (CM-a), e as categorias insatisfação com sua saúde (SS-i) e com o acesso à saúde (SA-i) ($D1 < 0$). Neste sentido, a D1 separa os indivíduos quanto aos aspectos clínicos e níveis de satisfação. Em contrapartida, a D2 diferenciou os indivíduos com maior percentual de exames cumpridos (E3) e escores PACIC (P-a, P-m), assim como, satisfação com a saúde (SS-s) e com o acesso à saúde (SA-s) ($D2 > 0$); opondo-se aos indivíduos com piores indicadores de resultado do cuidado (E1, E2, P-b, SS-i, SA-i) ($D2 < 0$) (Figura 2).



Nota: *E1 - Exames cumpridos (0%); †E2 - Exames cumpridos (1-50%); ‡E3 - Exames cumpridos (51-100%); §P-b - PACIC††† baixo ($\leq 1,30$); ||P-m - PACIC††† médio (1,31-2,22); ¶P-a - PACIC††† alto ($\geq 2,23$); **PA-c - Pressão arterial controlada; ††PA-e - Pressão arterial elevada; ‡‡CM-c - Controle metabólico controlado; §§CM-a - Controle metabólico alterado; |||SS-s - Satisfeito com a saúde; ¶¶SS-i - Insatisfeito com a saúde; ***SA-s - Satisfeito com o acesso; †††SA-i - Insatisfeito com o acesso; ‡‡‡PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care.

Figura 2 - Mapa de análise de correspondência múltipla segundo grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais e parâmetros de resultados da qualidade do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017

Em adição, a análise de agrupamento identificou a formação de três *clusters* de indivíduos com perfis distintos (Figura 2). O *cluster* 1 obteve maior número de indivíduos com 37,0% da amostra, seguido do *cluster* 2 (33,3%) e *cluster* 3 (29,6%). O primeiro *cluster* foi formado por indivíduos com melhores indicadores da qualidade do cuidado, evidenciado pelo cumprimento dos exames laboratoriais acima de 50% (E3), escore PACIC elevado (P-a), controle dos níveis pressóricos (PA-c) e metabólico (CM-c), e satisfação com a saúde (SS-s) e com o acesso à saúde (SA-s). Em oposição, o *cluster* 3 foi constituído pela ausência completa no cumprimento das diretrizes (E1), escore mediano do PACIC (P-m), elevação dos níveis pressóricos (PA-e) e metabólico (CM-a), e insatisfação com a saúde (SS-i) e com o acesso à

saúde (SA-i). O outro perfil evidenciado neste estudo (*cluster 2*) foi caracterizado por indivíduos com indicadores clínicos estáveis (PA-c e CM-c), entretanto, com percentuais de cumprimento às diretrizes abaixo de 50% (E1 e E2), baixo escore PACIC (P-b) e encontram-se insatisfeitos com a saúde (SS-i) e com o acesso à saúde (SA-i) (Figura 2). A disposição espacial dos participantes segundo os *clusters* de pertença pode ser visualizada na Figura 3.

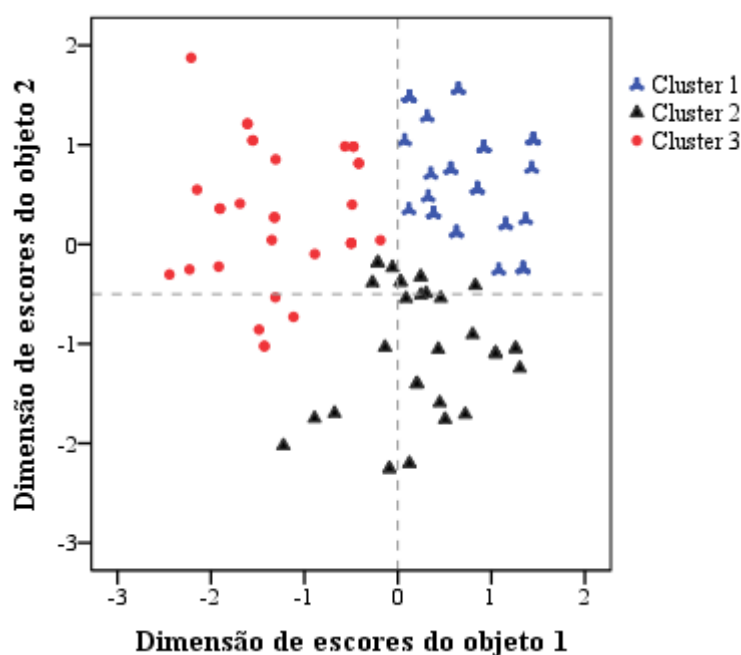


Figura 3 - Disposição espacial dos participantes segundo *cluster* de pertença. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017

Discussão

O presente estudo demonstrou a incipiência da utilização do protocolo clínico de DM e HA recomendado para o aperfeiçoamento da assistência por médicos e enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família, similar a estudos prévios^(11-12,22-23).

Sobre o cumprimento da periodicidade dos exames laboratoriais, o presente estudo identificou percentuais muito aquém do recomendado pelo protocolo, com destaque para aqueles relacionados ao perfil glicêmico em idosos com DM. Em geral, houve maior cumprimento às recomendações referente à HA, se comparado ao DM cuja maior proporção foi encontrada para o analito glicemia em jejum (cinco vezes mais). Esse dado indica que a integralidade do cuidado talvez ainda não constitua componente de excelência na avaliação dos usuários atendidos nas UBS investigadas, podendo ser um dos motivos pelo baixo percentual de pessoas com controle metabólico adequado, conforme constatado no estudo. Inclusive, ressalta-se que a glicemia pós-prandial não foi cumprida em nenhum dos casos

investigados, não sendo, portanto, um exame de rotina de avaliação do perfil glicêmico e acompanhamento da terapêutica medicamentosa prescrita.

Ressalta-se que parte desse não cumprimento pode ser atribuído, inclusive, ao próprio absenteísmo dos idosos aos exames laboratoriais que merece ser discutido. Tal situação, não apenas contribui para o crescimento progressivo da demanda reprimida, reduzindo a possibilidade de acesso, como também possibilita que haja aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento ou não realização dos exames solicitados pode provocar agravamento da condição do usuário⁽²⁴⁾.

Na literatura, existem experiências exitosas que monitoram a taxa de absenteísmo, por meio de um sistema de informação que permite identificar detalhadamente o usuário e a organização dos atendimentos. Ainda incluem monitoramento das metas assistenciais individuais e taxa de utilização dos serviços. Contudo, para que tal estratégia possa converter em resultados práticos, é necessário que o sistema de informação promova a agregação dos dados clínicos dos usuários, de modo a auxiliar o processo de planejamento, o reconhecimento de grupos de riscos com necessidades especiais e a gestão do cuidado integral, incluindo a emissão de avisos e alertas para a manutenção de vínculo com o usuário⁽²³⁾.

Além disso, essa lacuna poderá ser amenizada pelo agente comunitário de saúde que durante as visitas domiciliares cumpre a responsabilidade de fazer busca ativa dos faltosos aos programas desenvolvidos pelas equipes de Saúde da Família da qual faz parte.

A respeito da consulta de enfermagem, verificou-se baixo registro sistemático acerca dessa prática assistencial na maioria dos prontuários, estando aquém daquele definido pelo protocolo (minimamente realizada semestralmente)⁽¹⁷⁾. Como agravante, foi identificado centralização dos registros sobre a queixa-conduta durante o acolhimento, com consequente encaminhamento para avaliação médica, sendo, portanto subtraídas as habilidades e as atribuições específicas do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa que vivencia uma condição crônica de saúde conforme já constatado em outra pesquisa⁽²²⁾.

Apesar de não ter sido objetivo do presente estudo analisar a qualidade dos registros contidos nos prontuários, importante destacar que a consulta de enfermagem ainda é uma tecnologia de cuidado subutilizada pelos enfermeiros da APS em sua totalidade. A literatura mostra registros de enfermagem incompletos, não contemplando todas as fases da sistematização da assistência, quais sejam, histórico e diagnóstico de enfermagem, plano de

cuidados, prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico⁽²⁵⁾. Lembra-se que a consulta de enfermagem apresenta a cientificidade do trabalho dessa categoria profissional, permitindo o enfermeiro assumir de fato seu papel assistencial no cuidado à pessoa idosa com DM e/ou HA na APS, auxiliando-o a vivenciar o seu processo saúde-doença, de modo mais humanizado e focalizado na pessoa, na família e na comunidade⁽²⁵⁾.

Além disso, esse achado pode ser resultante de distintos fatores, desde o processo de formação acadêmica do enfermeiro, que prioriza em seus currículos a consulta de enfermagem a crianças e gestantes, até mesmo as condições de trabalho e a postura do próprio profissional conforme evidenciado em estudo brasileiro⁽²⁶⁾. Tal realidade pode contribuir para que a categoria de enfermagem perca espaço de atuação já conquistado dentro das equipes de Saúde da Família, com conseqüente recuo da prática clínica desse profissional no cuidado à pessoa idosa, que estará cada vez mais a cargo do médico, reforçando, assim, o modelo médico-centrado. Nesse sentido, faz-se necessário que o enfermeiro da APS assuma uma postura pró-ativa, ética e de liderança, de tal forma a legitimar seu saber no campo da Saúde do Idoso, oferecendo uma assistência de qualidade, baseada em evidências científicas sólidas.

Em adição, os resultados também apontaram problemas concernentes à consulta médica, apesar de apresentar melhores resultados quando comparados à consulta de enfermagem. Do total dos prontuários investigados, 34,3% não continham nenhum ou apenas um registro de consulta médica (dado não mostrado), sendo que o recomendado pelo protocolo⁽¹⁷⁾ é de duas a três consultas anuais, a depender do risco cardiovascular em pessoas com HA ou do controle metabólico em pessoas com DM. Esse achado mostra-se inferior ao encontrado no Segundo Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte - 2010, coletados junto a 1.995 idosos aleatorizados na comunidade (37,8%)⁽²⁷⁾, com a ressalva que os dados foram autorrelatados e não limitados à APS. Em conjunto, as consultas médica e de enfermagem configuram-se como um dos principais indicadores de longitudinalidade e acesso na APS, possibilitando avaliar o grau de envolvimento e acompanhamento dos indivíduos adscritos nas áreas de cobertura pelas equipes de Saúde da Família⁽²⁸⁾.

Ainda sobre as consultas, os dados identificados no presente estudo são preocupantes visto que suas percentagens podem estar subestimadas, devido possível subregistro das atividades realizadas nas UBS, principalmente relacionadas à enfermagem.

Contudo, as mesmas podem apresentar-se maiores à realidade, uma vez que neste estudo foram contabilizadas todas as consultas de enfermagem e médicas registradas no prontuário, sendo que, sabidamente e confirmado pela literatura⁽²⁹⁾, nem todas as consultas são caracterizadas como programadas. Até porque o que se tem é a persistência da atenção voltada para a demanda espontânea, não enfatizando o acompanhamento das condições crônicas frequentes entre os idosos e que demandam controle e apoio, com vistas à prevenção de complicações e melhoria na funcionalidade e qualidade de vida⁽²⁹⁾.

Nesse sentido, é provável que ocorra lacunas na organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, de modo a oferecer uma assistência equânime e integral, acolhendo o usuário e vinculando-o aos serviços ofertados segundo suas reais necessidades. Reforça-se que atualmente as evidências científicas têm recomendado a organização da assistência de uma rede de atenção à saúde das pessoas que vivenciam uma situação crônica de saúde a partir da estratificação de risco, de modo a atender um dos mais importantes princípios do SUS, quais seja, a equidade⁽¹³⁾. Isso porque quando não se estratifica por riscos uma dada população pode ocorrer suboferta de cuidados necessários às pessoas com maiores riscos e/ou sobreoferta de cuidados desnecessários àqueles com menores riscos produzindo, por consequência, uma atenção inefetiva e ineficiente. Esse problema explica, em grande parte, as dificuldades de abrir agenda na Estratégia Saúde da Família para atenção à saúde às pessoas com condições crônicas com cuidados que não agregam valor às pessoas⁽¹³⁾.

Também foi evidenciado no presente estudo baixo percentual nas solicitações de exames de imagem e avaliação do pé diabético, rol de procedimentos mínimos previstos e recomendados no protocolo, em contraste com estudo realizado na Irlanda⁽³⁰⁾. Uma possível explicação pode ter sido atribuível ao provável subregistro desses procedimentos, também evidenciado no nível secundário e terciário da atenção à saúde, o qual aproximadamente ¼ da amostra não disponibilizava de informações nos prontuários sobre rastreamento de complicações crônicas decorrentes do DM (avaliação dos pés, fundoscopia e presença de microalbuminúria)⁽³¹⁾. Esse dado é preocupante, uma vez que pessoas com DM tipo 2 possuem maior probabilidade de terem complicações microvasculares, conforme constatado em estudo prévio (20% da amostra possuíam três ou mais complicações crônicas advindas do controle glicêmico inadequado)⁽³²⁾.

Diante da realidade apresentada, recomenda-se delineamento de outros estudos que apontem os reais motivos que levam os prováveis subregistros do processo de trabalho, de tal forma subsidiar caminhos alternativos para a superação desses desafios. Reitera-se que um prontuário organizado potencializa desenvolver e monitorar vários indicadores que irão contribuir para a implementação de avaliações qualitativas e quantitativas, as quais trarão vários benefícios ao sistema de saúde, dentre estes, a otimização de recursos com impacto na resolubilidade⁽²²⁾.

Por sua vez, a identificação dos três *clusters* no presente estudo destacou que, apesar de ser amplamente reconhecida a importância de se padronizar a conduta clínica e terapêutica para pessoas com HA e DM no intuito de alcançar melhores resultados clínicos e funcionais, nem sempre isso pode ser evidenciado. Uma possível explicação decorre da própria complexidade do cuidado à pessoa que vivencia uma condição crônica de saúde, pois requer manejo de forma pró-ativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais e pelos usuários/família para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade⁽¹³⁾. Portanto, o cumprimento das recomendações constatadas no protocolo por si só não garante necessariamente melhores resultados, conforme foi observado nos distintos *clusters* identificados no estudo.

Particularmente, os integrantes dos *clusters* 2 e 3 apresentaram baixo cumprimento das recomendações do protocolo, entretanto, o segundo *cluster* aglomerou idosos com parâmetros clínicos controlados, ao contrário do terceiro *cluster*. Isso sugere presença de outras variáveis que possam contribuir para esse desfecho não contemplado na presente análise, por exemplo, maior concentração de idosos com melhor autocuidado no *cluster* 2 do que no *cluster* 3. Tal assertiva carece de evidências e demanda maiores investigações.

Como limitações deste estudo destaca-se o delineamento transversal, impossibilitando estabelecer relação temporal e causal entre os parâmetros assistenciais e a qualidade do cuidado primário. Outra limitação refere-se aos dados secundários dos prontuários eletrônicos, dependente da qualidade dos registros dos profissionais de saúde (viés de informação).

Apesar das fragilidades supracitadas, o estudo apresenta potencialidades. O primeiro consiste na amostra de base populacional em âmbito regional, envolvendo apenas pessoas idosas aleatorizadas proporcionalmente entre os setores censitários. Outro aspecto positivo baseia-se na utilização de um instrumento traduzido e adaptado para a língua portuguesa,

capaz de mensurar a qualidade do cuidado crônico. Também pode-se citar a avaliação da meta terapêutica alcançada confirmada pela dosagem analítica dos exames laboratoriais em um único laboratório particular certificado, conferindo maior qualidade dos dados.

Conclusão

O estudo mostrou baixa conformidade da prática assistencial, destacando-se a avaliação do pé diabético e a solicitação de exames especializados, indicando falhas no processo de cuidado primário. Verificou-se também que a técnica de formação de *clusters* mostrou-se interessante enquanto ferramenta de gestão clínica, possibilitando identificar grupos distintos dentro de um mesmo serviço de saúde, consequentemente, direcionando intervenções específicas.

Ainda foi possível confirmar a hipótese da existência de assimetrias entre oferta de ações em saúde pelas equipes de Saúde da Família e necessidades apresentadas pelas pessoas idosas com DM e/ou HA, apresentando quadro menos favorável para o segmento com piores resultados do cuidado.

É importante ações de sensibilização e qualificação das equipes de Saúde da Família que permitam melhorar a implementação de diretrizes na prática clínica em prol do maior controle de pessoas idosas com DM e/ou HA, de tal modo promover alinhamento da atenção à saúde com as necessidades de saúde da população situada nos diferentes estratos de riscos. Para tanto, incentiva-se a criação de parcerias com instituições de ensino superior que poderão servir de apoio, explorando o recurso do Telessaúde da região, que atualmente é coordenada por uma grande instituição de ensino superior da capital, viabilizando iniciativa de apoio e educação permanente.

Além disso, os achados deste estudo poderão subsidiar a atuação do enfermeiro, motivando-os a desempenharem papel de articulador do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, ajudando a repensar a forma de cuidado à pessoa idosa que vivencia uma condição crônica de saúde, incentivando a atuação de uma equipe multidisciplinar, verdadeiramente comprometida com uma prática equitativa, integral e resolutiva. Nesse sentido, é imperativo que não apenas a enfermagem, mas todos os profissionais cumprem suas atribuições e competências privativas de maneira plena, de tal modo a serem registradas em prontuários, valorizando as informações contidas nestes documentos, melhorando a qualidade da informação gerada.

Referências

1. Hu JR, Coresh J. The public health dimension of chronic kidney disease: what we have learnt over the past decade. *Nephrol Dial Transplant*. 2017 Apr 1;32(Suppl 2):ii113-ii20. doi: 10.1093/ndt/gfw416.
2. Tao L, Pu C, Shen S, Fang H, Wang X, Xuan Q, et al. Tendency for age-specific mortality with hypertension in the European Union from 1980 to 2011. *Int J Clin Exp Med*. [Internet]. 2015 Feb 15 [cited Aug 1, 2018];8(2):1611-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25932090>
3. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, Fernandes JDR, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018 Apr;138:271-81. doi: 10.1016/j.diabres.2018.02.023.
4. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Presentation of the strategic action plan for coping with chronic diseases in Brazil from 2011 to 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011 Oct/Dec;20(4):425-38. doi:10.5123/S1679-49742011000400002.
5. Andrade MV, Coelho AQ, Xavier Neto M, Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's Family Health Strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998-2012). *Health Policy Plan*. 2018 Apr 1;33(3):368-80. doi: 10.1093/heapol/czx189.
6. Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013 Jun 24;13:605. doi:10.1186/1471-2458-13-605.
7. Furlanetto DL, Pinho DL, Parreira CM. Re-orientation of human resources for health: a great challenge for the Brazilian National Health System. *Public Health*. 2015 Sept;129(9):1166-71. doi: 10.1016/j.puhe.2015.07.003.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
9. Adedeji AR, Tumbo J, Govender I. Adherence of doctors to a clinical guideline for hypertension in Bojanala district, North-West Province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2015 Apr 13;7(1):776. doi: 10.4102/phcfm.v7i1.776.
10. Frølich A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. *Dan Med J*. [Internet]. 2012 Feb

[cited Jan 8, 2018];59(2):B4387. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293057>

11. Kapongo RY, Lulebo AM, Mafuta EM, Mutombo PB, Dimbelolo JCM, Bieleli IE. Assessment of health service delivery capacities, health providers' knowledge and practices related to type 2 diabetes care in Kinshasa primary healthcare network facilities, Democratic Republic of the Congo. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jan 22;15:9. doi:10.1186/s12913-015-0679-5.

12. Lulebo AM, Mapatano MA, Kayembe PK, Mafuta EM, Mutombo PB, Coppieters Y. Assessment of hypertension management in primary health care settings in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *BMC Health Serv Res.* 2015 Dec 24;15:573. doi:10.1186/s12913-015-1236-y.

13. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. 193 p. [Internet]. [cited June 4, 2017]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>. [Portuguese].

14. Melo DS, Martins RD, Jesus RPF, Samico IC, Santo ACGE. Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. *Rev Saude Publica.* 2017 Jun 26;51:62. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006854.

15. 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 Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e2987. doi: 10.1590/1518-8345.2331.2987.

16. Naing NN. Determination of sample size. *Malays J Med Sci.* [Internet]. 2003 Jul [cited Jun 25, 2018];10(2):84-6. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3561892/>

17. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica. 3. ed. Belo Horizonte: SES/MG; 2013. 200 p. (Atenção à Saúde do Adulto). [Internet]. [cited Mar 24, 2017]. Available from: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf. [Portuguese].

18. Pereira AF, Gontijo CC, Augusto DK, Rodrigues EAS, Reis GA, Lara HA, et al. Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; 2011. 71 p. [Internet]. [cited Apr 25, 2017]. Available from:

https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_hipertensao.pdf. [Portuguese].

19. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978 May 26;200(4344):856-64. doi: 10.1126/science.417400.
20. 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 Saude Publica*. 2000 Apr;34(2):178-83. [Portuguese]. doi: 10.1590/S0034-89102000000200012.
21. Carvalho H. Análise multivariada de dados qualitativos: utilização da análise de correspondências múltiplas com o SPSS. 2. ed. Sílabo: Portugal; 2017. [Portuguese].
22. Silva ASB, Santos MA, Teixeira CRS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Evaluating diabetes *mellitus* care in a brazilian basic health district. *Texto & Contexto Enferm*. 2011 Jul/Sept;20(3):512-8. [Portuguese]. doi: 10.1590/S0104-07072011000300012.
23. Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Evaluation of the healthcare network for persons with arterial hypertension: study of a health district. *Cad Saude Publica*. 2017;33(5):e00052816. [Portuguese]. doi: 10.1590/0102-311X00052816.
24. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, Santana PR. Absenteeism of specialized consultations in the public health system: relationship between causes and the work process of family health teams, João Pessoa - PB, Brazil. *Tempus Actas de Saude Colet*. 2013 Sept;7(2):63-84. [Portuguese]. doi: 10.18569/tempus.v7i2.1344.
25. Dantas CN, Santos VEP, Tourinho FSV. Nursing consultation as a technology for care in light of the thoughts of Bacon and Galimberti. *Texto Contexto Enferm*. 2016 Mar 22;25(1):e2800014. doi: 10.1590/0104-0707201500002800014.
26. Silva KM, Santos SMA. The nurse appointment to the elderly on family health strategy: challenges and possibilities. *Cienc Cuid Saude*. 2014 Jan/Mar;13(1):49-57. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.20128.
27. Gontijo CF, Mambrini JVM, Luz TCB, Loyola Filho AI. Association between disability and social capital among community-dwelling elderly. *Rev Bras Epidemiol*. 2016 Jul/Sept;19(3):471-83. doi: 10.1590/1980-5497201600030001.
28. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Analysis of the attributes of primary health care using the electronic medical records in the city of Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2017 Mar;22(3):819-30. doi: 10.1590/1413-81232017223.33142016.

-
29. Onofri Júnior VA, Martins VS, Marin MJS. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016 Jan/Feb;19(1):21-33. doi: 10.1590/1809-9823.2016.15004.
30. Mc Hugh S, Marsden P, Brennan C, Murphy K, Croarkin C, Moran J, et al. Counting on commitment; the quality of primary care-led diabetes management in a system with minimal incentives. *BMC Health Serv Res*. 2011 Dec 28;11:348. doi:10.1186/1472-6963-11-348.
31. Gomes MB, Cobas RA, Matheus AS, Tannus LR, Negrato CA, Rodacki M, et al. Regional differences in clinical care among patients with type 1 diabetes in Brazil: Brazilian Type 1 Diabetes Study Group. *Diabetol Metab Syndr*. 2012 Oct 29;4(1):44. doi: 10.1186/1758-5996-4-44.
32. Mendes ABV, Fittipaldi JAS, Neves RCS, Chacra AR, Moreira Júnior ED. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. *Acta Diabetol*. 2010 Jun;47(2):137-45. doi: 10.1007/s00592-009-0138-z.

5.3 ARTIGO 3 (Publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem - Qualis A1)

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

Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>

[Português, Inglês, Espanhol]

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).

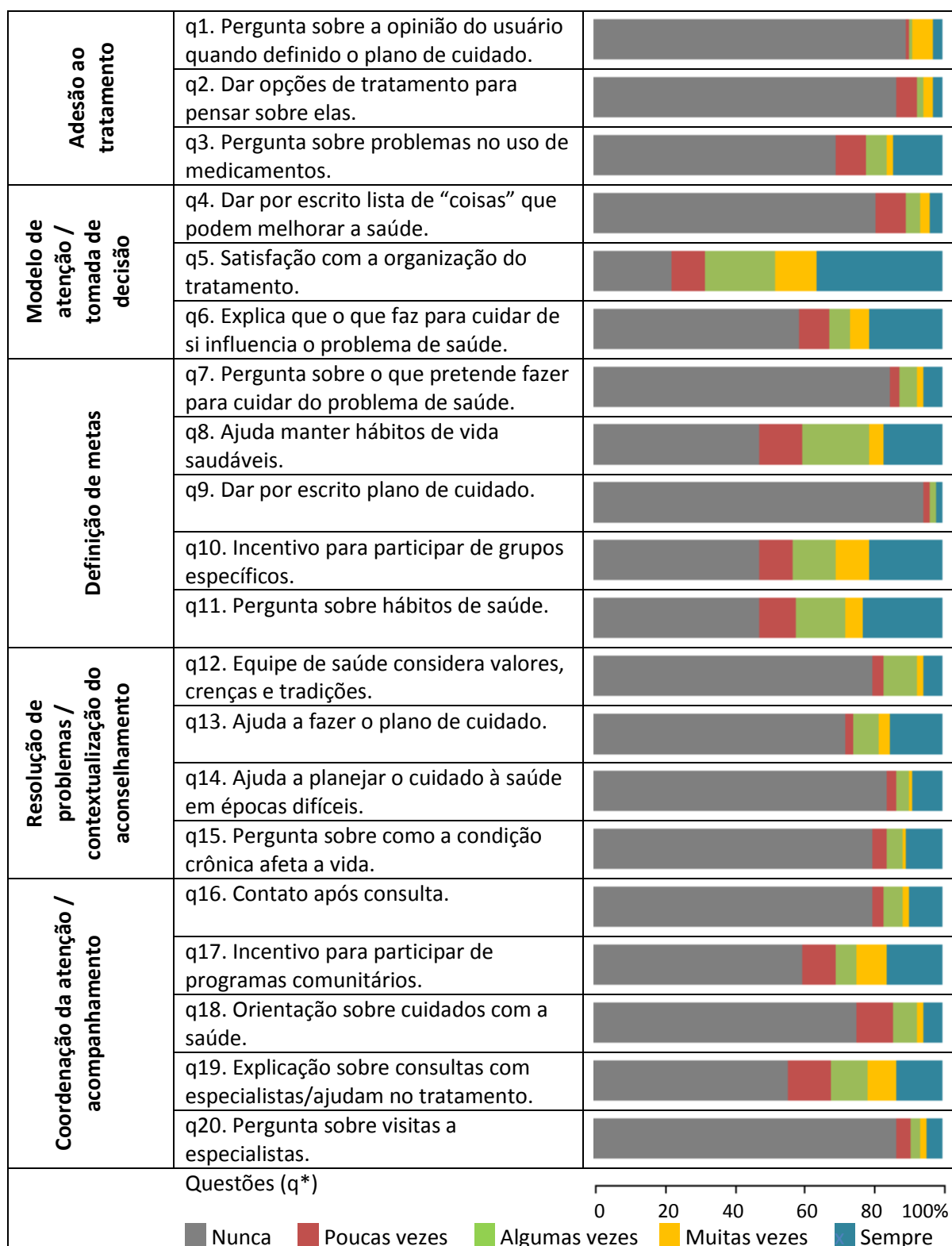
Não foi observada diferença estatística entre as medianas dos escores total do PACIC e os indicadores de resultados do cuidado individualmente (Figura 3), mesmo após ajuste para sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* e tempo de diagnóstico de hipertensão arterial. 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)	

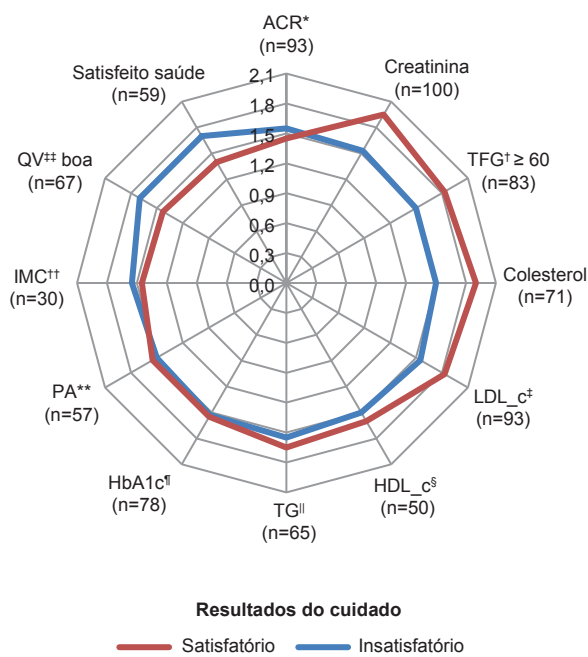
Nota: Escala de Likert de 1 a 5 (1 = pior concordância; 5 = maior concordância com o Chronic Care Model - CCM). Optou-se por destacar as 10 perguntas com pior avaliação entre os 20 itens avaliados. * PACIC - Patient Assessment of Chronic Illness Care; † q - questão; ‡ Porcentagem de pessoas que responderam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

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.

5.4 ARTIGO 4 (Será encaminhado à Revista *Social Science & Medicine* - Qualis A2)

Qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária: necessidades de saúde, satisfação e culpabilidade

Quality of the care for the older people in Primary Care: health needs, satisfaction and culpability

Objetivo: Explicar como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a qualidade do cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde (APS), em termos de sua satisfação, na perspectiva do Construcionismo Social. **Métodos:** Trata-se de estudo de métodos mistos com desenho sequencial explanatório QUAN→QUAL, envolvendo uma amostra aleatorizada de pessoas idosas, de base populacional em âmbito regional, residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Os dados quantitativos foram coletados a partir de inquérito domiciliar, com aplicação de questionário semiestruturado, incluindo o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) e análise de prontuário eletrônico. A fase qualitativa foi fundamentada na perspectiva do Construcionismo Social e envolveu entrevistas individuais em profundidade. Os dados quantitativos foram analisados por meio de técnicas descritivas, análise de correspondência múltipla e *cluster*. Já os dados qualitativos foram analisados a partir das práticas discursivas proposta por Spink. A satisfação dos usuários do tratamento recebido pela APS baseou-se no modelo explicativo de satisfação proposto por Atkinson e Medeiros, com foco para a culpabilidade. **Resultados:** Os dados identificaram baixa percepção da qualidade do cuidado primário e elevada satisfação dos usuários com o serviço de saúde na APS, sendo justificadas pela presença de filtros mediadores, como a culpabilidade. A implementação sistemática de intervenções de autocuidado apoiado e acompanhamento do tratamento pelas equipes de Saúde da Família ainda é um grande desafio, esbarrando-se em problemas de ordem estrutural, organizacional, técnico e relacional. Houve predomínio de repertórios interpretativos que aludiram à produção de sentidos no cotidiano dos serviços de saúde sob influência das concepções de saúde-doença-cuidado centradas no modelo biomédico hegemônico. As práticas discursivas dos idosos do *cluster 1*, que apresentaram melhores resultados da qualidade do cuidado, sugeriram uma atitude mais crítica frente às problemáticas vivenciadas nos serviços de saúde na APS. **Conclusão:** Os idosos tenderam a manifestar satisfação pelos serviços na APS, sendo uma possível explicação para essa satisfação aparentemente injustificada a presença de filtros mediadores com destaque para a “culpabilidade”. Faz-se necessário, portanto, romper com o ciclo que perpetua antigas estratégias de regulação moral, as quais são social e historicamente instituídas.

Descritores: Qualidade da Assistência à Saúde; Satisfação do Usuário; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Métodos Mistos.

Introdução

Na atualidade, o envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas têm desafiado os sistemas de saúde prover cuidado com qualidade e eficiência, centrado na pessoa, a fim de garantir acesso ao cuidado e atender as demandas e as necessidades de saúde expressas pelos usuários (Joling et al., 2018).

Para avaliar e guiar os esforços de melhorias na qualidade do manejo dessas condições de saúde, tem surgido nas últimas décadas, um crescente interesse por estudos sobre avaliação da qualidade do cuidado em saúde (Saver et al., 2015; Vestjens et al., 2018), impulsionada pela demanda de financiadores, prestadores, profissionais e do público.

Contudo, diversas pesquisas avaliativas vêm sendo criticadas, principalmente as institucionais, por causa da padronização e rigidez dos instrumentos utilizados, os quais abrangem questões unidirecionais delineadas para obter “indicadores de qualidade” que satisfazem apenas a perspectiva dos prestadores (Bartol, 2018).

Ao considerar que a saúde é uma interação dinâmica entre prestador-usuário, é válida a assertiva de que os instrumentos avaliativos devem também ser capazes de contemplar a autopercepção dos usuários, não padronizando o instrumento, mas sim, adaptando-o para cada situação-contexto. Geralmente, o que se vê na prática são indicadores que envolvem pouca ou nenhuma percepção do usuário, muito menos abertura para discussão de potenciais benefícios, riscos e alternativas, respaldado no cuidado centrado à pessoa (Bartol, 2018) tão importante quando se remete ao cuidado crônico.

Essa situação leva a pensar sobre questões relacionadas à satisfação do usuário que tem sido, atualmente, considerada como um atributo da qualidade e incluído nas avaliações da qualidade do cuidado, esperando que se torne um objetivo em si e não somente um meio de produzir a adesão do usuário ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos anteriores (Batbaatar et al., 2017; Joling et al., 2018).

A esse respeito, importante destacar que a relação entre qualidade do cuidado e satisfação do usuário é complexa, não sendo totalmente compreendida pela comunidade científica (Kupfer e Bond, 2012). O conceito “satisfação do usuário” é polissêmico e pouco teorizado cuja multidimensionalidade se explica na medida em que pode ser influenciado por distintos fatores como percepção do estado de saúde e da doença, crenças, aspectos ligados à dimensão afetiva como felicidade, características sociodemográficas, dentre

outras. Ainda, engloba diversos aspectos de atenção como acesso, organização, infraestrutura, interação da díade usuário-profissional e resultados em termos de saúde (Brandão et al., 2013; Manary et al., 2013).

Mediante o exposto, alguns estudiosos defendem que é importante conhecer os processos pelos quais as pessoas constroem e expressam sua satisfação mais do que suas causas. Nesse sentido, Atkinson e Medeiros (2009) propuseram três modelos explicativos que auxiliam na exploração de possíveis influências na construção e expressão da satisfação pelo usuário de serviços de saúde, sendo eles: *expectativas* (avaliação feita pelo entrevistado acerca do serviço de saúde, considerando o atendimento ou não de suas necessidades e expectativas); *dinâmica contextual* (a dinâmica de valores, as preocupações ou as aspirações dos entrevistados interfere na sua avaliação dos serviços de saúde. Portanto, estudos sobre satisfação são local, política e culturalmente específicos); *filtros mediadores* (indivíduo problematiza a relação entre experiência e avaliação, colocando filtros por meio dos quais a avaliação é construída. Concentra-se, assim, nos processos pelos quais as pessoas avaliam suas experiências com os cuidados em saúde).

A partir desses modelos, verifica-se que a satisfação do usuário nem sempre reflete a produção de sentidos pelos indivíduos sobre a qualidade do cuidado em saúde, podendo, inclusive, explicar, em parte, a baixa percepção do usuário quanto à qualidade do cuidado primário e elevada satisfação com o serviço público de saúde, conforme divulgado na literatura (Silva et al., 2018). Até mesmo porque, sob uma perspectiva construcionista, sugere-se que a manifestação de satisfação é produzida na linguagem e nas relações nas quais as pessoas se engajam, não sendo construída de maneira isolada, em uma orientação individualista, na medida em que mostra-se contextualizada cultural e historicamente, legitimadas em ações sociais (Souza et al., 2010).

Contudo, ainda é incipiente pesquisas (Atkinson e Medeiros, 2009; Edwards et al., 2004; Williams et al., 1998) envolvendo mecanismos sobre o processo de avaliação do usuário com os serviços de saúde que justifiquem os resultados contrastantes e, portanto, merecem ser melhor explorados. Ressalta-se que até o momento, investigações sobre a satisfação do usuário concentram-se na atenção terciária, envolvendo público alvo mais jovens, conforme evidenciado em uma recente revisão sistemática (Batbaatar et al., 2017).

Diante do exposto, delineou-se o presente estudo com o objetivo de explicar como as experiências de cuidados em saúde influenciam as práticas discursivas dos usuários sobre a

qualidade do cuidado recebido na Atenção Primária à Saúde (APS), em termos de sua satisfação, na perspectiva do Construcionismo Social.

Métodos

Trata-se da segunda etapa do estudo en-DoRen (acrônimo do estudo Envelhecimento e Doença Renal) (Silva et al., 2018). Nessa nova etapa, foi delineado um estudo de métodos mistos com desenho sequencial explanatório, que permite a implementação de duas fases, começando com a coleta e a análise de dados quantitativos na fase 1 e, em seguida, explica ou elabora os resultados obtidos com dados qualitativos coletados em profundidade na fase 2 (Creswell e Clark, 2013; Ivankova e Stick, 2007). Dessa forma, foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento transversal, seguida por uma pesquisa qualitativa fundamentada na perspectiva do Construcionismo Social (Misra e Prakash, 2012).

Em síntese, o estudo en-DoRen envolveu uma amostra aleatorizada de 300 idosos, de base populacional em âmbito regional, residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O referido distrito apresenta uma população estimada em 331.362 habitantes, sendo 13,5% constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. A rede de APS conta, atualmente, com dezesseis unidades básicas de saúde (UBS), cujas áreas de abrangência são distribuídas geograficamente entre os 370 setores censitários contíguos, considerando as barreiras territoriais, a malha viária e a população residente (Belo Horizonte, 2016).

Para a presente análise, uma subamostra do estudo en-DoRen foi obtida, atendendo aos seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 60 anos; ser acompanhado por pelo menos um ano pela equipe de Saúde da Família do referido distrito em estudo; autorrelato de hipertensão arterial (HA) e/ou diabetes *mellitus* (DM) ou confirmados em prontuário eletrônico; ter frequentado algum tipo de serviço de saúde da UBS nos últimos três anos; ter sido localizado o prontuário eletrônico e respondido o *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC). Foram excluídos os idosos com incapacidade cognitiva severa, aferida pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM score ≤ 9), com ausência de uma pessoa responsável para auxiliar nas respostas. Atendendo os critérios supracitados, a subamostra foi constituída por 101 pessoas idosas.

A coleta de dados ocorreu em duas fases, entre agosto de 2014 e janeiro de 2017 (Fase 1, quantitativa) e novembro de 2017 a dezembro de 2017 (Fase 2, qualitativa).

Os dados quantitativos foram obtidos por meio de inquérito domiciliar e consulta em prontuário eletrônico da APS. Foi utilizado um questionário semiestruturado e pré-testado, contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, renda mensal, arranjo familiar), comportamental (tabagismo), clínicos (morbidades autorreferidas, nível cognitivo, tempo de duração da HA e DM, medicamentos), qualidade do cuidado primário (escores PACIC e suas cinco dimensões), níveis de satisfação (autopercepção da saúde, do acesso aos serviços de saúde e do tratamento recebido). Também foram aferidos os níveis pressóricos (National High Blood Pressure Education Program, 2004; Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010), mensurado os dados antropométricos (peso e altura) (Brasil, 2011a) conforme diretrizes vigentes, e coletado amostras de sangue para dosagem do perfil glicêmico. Maiores detalhes encontram-se descritos em publicação prévia (Silva et al., 2018).

Para a presente análise (Fase 1, quantitativa), foram definidos seis indicadores da qualidade do cuidado primário: satisfação com a saúde, satisfação com o acesso aos serviços de saúde, satisfação com o tratamento primário recebido, controle pressórico, controle metabólico, grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais na APS.

Em relação aos níveis de satisfação, as duas primeiras supracitadas foram medidas utilizando as questões de número dois e 24 do questionário abreviado *World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref), versão traduzida e validada para o idioma português (Fleck et al., 2000), respectivamente. Consideraram-se indivíduos *satisfeitos* aqueles que autorreferiram estarem “(muito) satisfeitos” e *insatisfeitos* aqueles que autorreferiram “(muito) insatisfeitos” ou “intermediários”. Já a satisfação com o tratamento foi obtida pela quinta questão do instrumento PACIC, e categorizada em *satisfeito* ([muito] satisfeito) e *insatisfeito* ([muito] insatisfeito ou intermediário).

Controle pressórico adequado foi definido como níveis pressóricos < 140/90 mmHg em indivíduos com HA e < 130/80 mmHg em indivíduos com DM, e controle metabólico como HbA1c < 7% em idosos com DM e < 6,5% em idosos com HA.

O último indicador de qualidade do cuidado considerou informações obtidas dos prontuários e diz respeito ao cumprimento das ações previstas nos dois protocolos utilizados neste estudo (Pereira et al., 2011; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013) referente à periodicidade recomendada para solicitação de exames laboratoriais. Esse indicador foi calculado dividindo a soma dos exames laboratoriais solicitados na APS em conformidade com os protocolos supracitados (Pereira et al., 2011; Secretaria de Estado de

Saúde de Minas Gerais, 2013) pelo número total de exames recomendados, e expressando-o como uma porcentagem. Em indivíduos com HA o número total de exames recomendados correspondeu a nove e em indivíduos com DM, dez. Posteriormente, foram categorizados em: 0% (nenhum exame cumprido), 1-50% (1 a 4 exames cumpridos para HA e 1 a 5 exames cumpridos para DM), 51-100% (5 a 9 exames cumpridos para HA e 6 a 10 exames cumpridos para DM).

A análise de dados da fase quantitativa baseou-se inicialmente em técnicas descritivas expressas em frequência absoluta e medidas de tendência central (variáveis contínuas) e proporções ou porcentagens (variáveis categóricas). Para identificação de associações entre os indicadores de qualidade do cuidado primário utilizou-se a análise de correspondência múltipla (ACM). A vantagem da ACM é a capacidade de representar graficamente a posição relativa das categorias das variáveis em um espaço multidimensional. Cada eixo do gráfico explica uma porcentagem da variabilidade total dos dados (inércia) (Carvalho, 2017). Para execução da ACM, seguiu-se os passos descritos por Carvalho (2017), os quais se baseiam na estrutura de matriz de presenças-ausências dos dados, onde se dispõem os n indivíduos (linhas da matriz), caracterizados segundo m atributos, ou seja, as variáveis de interesse (coluna da matriz). As categorias de cada variável em estudo foram codificadas por números naturais sequenciais a partir de 1, evitando a extensão dos *outputs* decorrentes de códigos omissos. O número de dimensões retidas foi determinado pela magnitude dos autovalores e da inércia, retendo as dimensões com valores mais elevados. Já a escolha das variáveis e suas categorias que melhor caracterizam cada eixo elegido foram utilizadas as medidas de discriminação e as quantificações (coordenadas e contribuições), respectivamente. A confiabilidade interna das dimensões privilegiadas foi calculada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Em adição, análise de *clusters* pelo método de agrupamento não hierárquico (*K-means Cluster*) foi requerida a fim de delimitar agrupamentos de idosos com características semelhantes, considerando os indicadores de qualidade do cuidado primário. Tal técnica utilizou as coordenadas dos escores (Object SCOrs - OBSCO) determinadas pela ACM nas duas dimensões retidas, identificando *clusters* mutuamente excludentes por meio do cálculo da distância euclidiana quadrática (coeficiente de semelhança) das categorias-ponto (Carvalho, 2017).

Uma vez determinados os *clusters*, seguiu-se a coleta de dados qualitativos (QUAL) onde foram entrevistados 20 idosos (16 mulheres e 4 homens) selecionados por conveniência da primeira etapa do estudo en-DoRen, considerando os três distintos *clusters*. Adotou-se o critério de saturação teórica para o término da coleta de dados (Fontanella et al., 2011).

As questões norteadoras foram: “De uma forma geral, o que o Sr(a) pensa sobre a qualidade do cuidado quando é atendido por algum profissional de saúde do centro de saúde?”; “Conte para mim uma experiência que aconteceu com o(a) Sr(a) relacionado ao serviço do centro de saúde do qual utiliza e que o(a) fez ficar satisfeito(a) com o cuidado recebido.”; “Conte para mim uma experiência que aconteceu com o(a) Sr(a) relacionado ao serviço do centro de saúde do qual utiliza e que o(a) fez ficar insatisfeito(a) com o cuidado recebido.”; “O que o(a) Sr(a) achou dessas situações relatadas?”. Ressalta-se que questões de relance foram acrescentadas, à medida que se estabelecia a interanimação dialógica (Spink, 2010) entre pesquisadora e informantes, para esclarecer algumas das situações expostas.

Todas as entrevistas ocorreram individualmente, no domicílio, sendo gravadas em formato MP3 e transcritas na íntegra, e tiveram duração média de 40 minutos, totalizando 25 horas e 57 minutos de gravação.

As informações obtidas foram submetidas à análise de práticas discursivas proposta por Spink (2010, 2013). Foi utilizado o recurso dos mapas para organização e análise das entrevistas. Esses mapas são instrumentos de visualização do processo de interanimação que têm “o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido” (Spink, 2013, p. 63).

Inicialmente foi feita transcrição integral das entrevistas. Sequencialmente foi construído um quadro com quatro colunas, definidas pelas temáticas surgidas nas falas dos participantes, três delas compondo as três dimensões teóricas envolvidas no processo de construção e expressão de satisfação pelo usuário com os serviços de saúde proposto por Atkinson e Medeiros (2009) (expectativa informada, dinâmica contextual e filtros mediadores). Usando as funções *cortar* e *colar*, foi transferido o conteúdo do texto para as colunas, respeitando a sequência dos diálogos. As falas que não se encaixaram nos temas pré-definidos foram alocadas numa coluna ao final do mapa denominado “Outros assuntos”.

Após a montagem dos mapas e leituras exaustivas de todo o conteúdo, passou-se a focalizar na coluna temática do filtro mediador “culpabilidade”, e observou-se que os repertórios poderiam ser agrupados com cores diferentes segundo a atribuição de culpa feita pela pessoa idosa, o que facilitou o processo de análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob Parecer nº 1.238.099 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sob Parecer nº 1.351.378, obedecendo os trâmites legais. Para garantir o anonimato, os informantes da segunda fase deste estudo receberam os códigos P1 a P20, inicial da palavra “participante” associada a números sequenciais, considerando a ordem dos *clusters*, e c1 a c3, correspondendo ao respectivo *cluster* do qual fez parte.

Resultados

Fase quantitativa

A amostra da presente análise foi composta por 101 idosos, com idade mediana de 71,0 anos (IQ 66,5-79,5 anos). A maioria dos participantes era do sexo feminino (67,3%), com escolaridade entre quatro e oito anos (54,5%), renda mensal inferior a três salários mínimos (74,3%) e residia com o cônjuge ou outra pessoa (84,2%). Em relação às morbidades, metade da amostra (50,5%) possuía cinco ou mais morbidades, sendo que a totalidade possuía hipertensão e 43,6% tinha diabetes associado. Tempo de duração da hipertensão e do diabetes foi superior a 10 anos em 52,6% e 33,3% dos casos, respectivamente. Polifarmácia esteve presente em 66,3% dos idosos. Comprometimento do nível cognitivo foi identificado em 8,9% dos participantes, e a pontuação do MEEM variou de 14 a 30 pontos (dados não mostrados).

Na Tabela 1, encontram-se dispostas informações sobre resultados de qualidade do cuidado provido às pessoas idosas em estudo. Em síntese, identificou-se baixo escore do PACIC total (1,55 [IQ 1,30-2,25]), sendo que a dimensão Tomada de decisão destacou-se entre as demais dimensões, enquanto potencialidade do cuidado. Ainda, controle inadequado dos níveis pressóricos e metabólico foi evidenciado em 43,6% e 23,8% dos participantes, respectivamente. Em relação ao cumprimento das ações previstas no protocolo referente aos exames laboratoriais, foi identificado que 30,7% não cumpriram com nenhum dos requisitos. Em relação à autopercepção da saúde e ao acesso aos serviços

de saúde, mais da metade da amostra autorreferiu estar satisfeita, entretanto, encontra-se insatisfeita com a organização de seu tratamento na APS.

Tabela 1 - Distribuição dos resultados do cuidado à pessoa idosa com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* acompanhada na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014-2017.

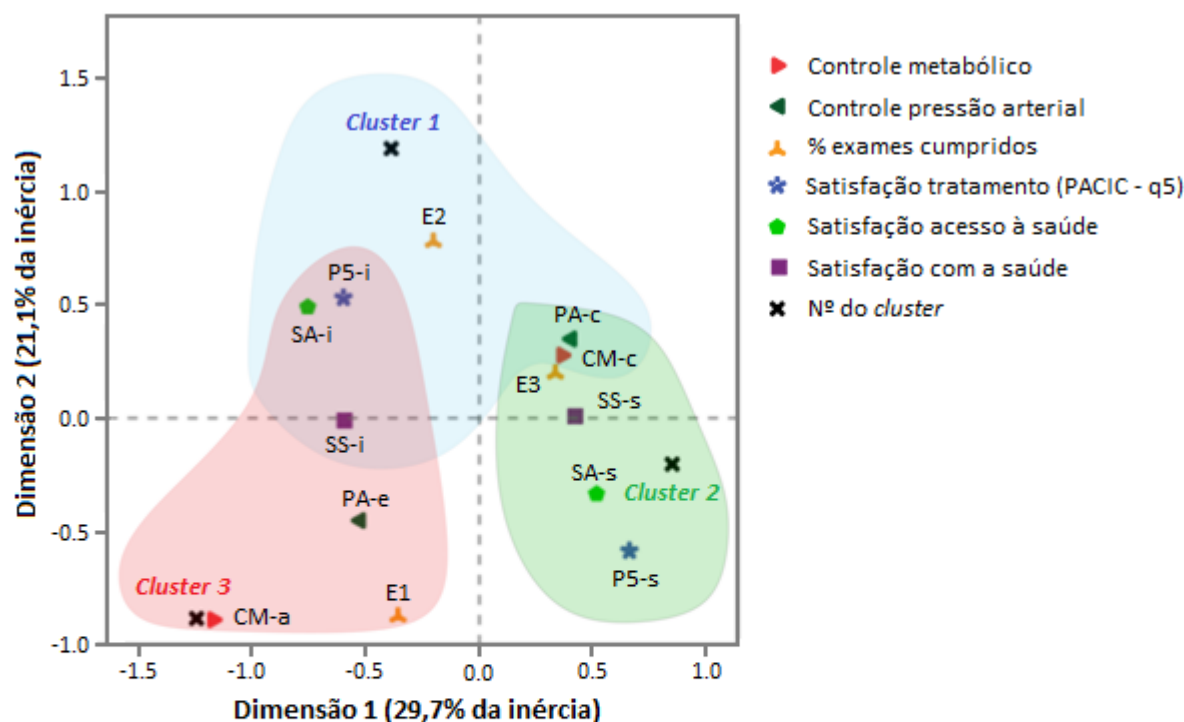
	Mediana (Q25-Q75)	n (%)
Dimensões PACIC		
Tomada de decisão	2,33 (1,33-3,00)	
Definição de metas	1,80 (1,20-2,60)	
Coordenação da atenção	1,60 (1,00-2,00)	
Resolução de problemas	1,00 (1,00-2,00)	
Adesão ao tratamento	1,00 (1,00-1,67)	
Escore total	1,55 (1,30-2,25)	
Controle pressão arterial*		
Controlada		57 (56,4)
Não controlada		44 (43,6)
Controle metabólico†		
Controlado		77 (76,2)
Não controlado		24 (23,8)
% exames cumpridos		
E1 (0%)		31 (30,7)
E2 (1-50%)		23 (22,8)
E3 (51-100%)		47 (46,5)
Satisfação com o tratamento		
Insatisfeito		53 (52,5)
Satisfeito		48 (47,5)
Satisfação com a saúde		
Insatisfeito		42 (41,6)
Satisfeito		59 (58,4)
Satisfação acesso aos serviços de saúde		
Insatisfeito		41 (40,6)
Satisfeito		60 (59,4)

Nota: HbA1c - hemoglobina glicada; PA - pressão arterial; PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*; *PA controlada: < 140/90 mmHg (idosos com hipertensão arterial) e < 130/80 mmHg (idosos com diabetes *mellitus*); †HbA1c controlada: < 7% (idosos com diabetes *mellitus*) e < 6,5% (idosos com hipertensão arterial).

Em adição, após avaliação da variância máxima do número de dimensões ($r_{\text{máx}} = 7$) obtida pela ACM foram retidas as duas primeiras dimensões com autovalores de 1,781 e 1,268, respectivamente. A inércia total dos dados foi de 1,167, e as dimensões 1 e 2 contribuíram com 25,5% ($[0,297/1,167] \times 100$) e 18,1% ($[0,211/1,167] \times 100$) da variância total,

nessa ordem. Como o somatório das contribuições relativas das categorias-ponto para cada dimensão é 1, tomou-se como valor de referência a contribuição média, neste caso, 0,0769 (1/13 categorias). Destarte, a dimensão 1 foi composta por variáveis relacionadas aos níveis de satisfação e parâmetros clínicos (94,3% da inércia da dimensão), opondo os indivíduos insatisfeitos (SS-i, SA-i, P5-i) e com piores indicadores clínicos (CM-a e PA-e) (lado negativo do eixo X) em relação aos seus pares (lado positivo do eixo X). Já a dimensão 2 foi constituída pelas variáveis cumprimento das ações previstas no protocolo, parâmetros clínicos e níveis de satisfação com o tratamento, totalizando 87,1% da inércia da dimensão. Esta dimensão contrastou indivíduos com ausência completa do cumprimento das ações previstas no protocolo (E1), pior controle dos parâmetros clínicos (CM-a e PA-e) e satisfação com o tratamento (P5-s) (parte inferior do eixo Y) com os seus pares opostos (parte superior do eixo Y) (Figura 1).

Ainda, a análise de agrupamento identificou três tipologias distintas segundo características da amostra estudada, e enumeradas como *clusters* de 1 a 3 (Figura 1). O *cluster* 1 foi constituído por 27 (26,7%) idosos, e caracterizou-se pelo predomínio de pessoas com controle metabólico (CM-c) e níveis pressóricos (PA-c) adequados, entretanto, baixo cumprimento das ações previstas no protocolo (E2), e encontravam-se insatisfeitas tanto com a saúde (SS-i) quanto com o acesso à saúde (SA-i) e a organização de seu tratamento na APS (P5-i). Por sua vez, o *cluster* 2 agrupou o maior número de pessoas (n=49), representando 48,5% da amostra. Suas características apontaram melhores indicadores de qualidade do cuidado primário, ratificado pelo maior cumprimento das ações previstas no protocolo (E3), parâmetros clínicos controlados (PA-c e CM-c) e maiores níveis de satisfação (SS-s, SA-s, P5-s). Ao contrário, o *cluster* 3 (24,8% da amostra) agrupou os idosos com piores níveis de satisfação (SS-i, SA-i e P5-i), baixo controle dos parâmetros clínicos (PA-e e CM-a) e ausência completa do cumprimento das ações previstas no protocolo (E1).



Legenda:

E1: Exames cumpridos (0%)

E2: Exames cumpridos (1-50%)

E3: Exames cumpridos (51-100%)

P5-s: Satisfeito com o tratamento

P5-i: Insatisfeito com o tratamento

PA-c: PA controlada

PA-e: PA elevada

CM-c: CM controlado

CM-a: CM alterado

SS-s: Satisfeito com a saúde

SS-i: Insatisfeito com a saúde

SA-s: Satisfeito com o acesso

SA-i: Insatisfeito com o acesso

Nota: CM - controle metabólico; PA - pressão arterial; q - questão; PACIC - *Patient Assessment of Chronic Illness Care*

Figura 1 - Mapa de análise de correspondência múltipla segundo grau de conformidade às solicitações de exames laboratoriais, níveis de satisfação e parâmetros clínicos em idosos acompanhados no nível primário. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017

Fase qualitativa

Após construção dos mapas, destacou-se o tema: *A culpabilidade como filtro mediador: a satisfação processada e transformada*. Esse tema resultou da problematização das situações vivenciadas nos serviços da APS pelo idoso cujo sentido de uso de repertórios interpretativos relacionados à culpabilidade, permitiu-lhes manifestar favoravelmente sua satisfação com esses serviços de saúde. O tema foi constituído por quatro subtemas, três deles representando um tipo de imputação de culpa feita pelo idoso e a última, expressando o resultado dessas atribuições, como possível reflexo do lugar que ocupa na atual configuração do sistema de saúde público.

A culpa não é do profissional-serviço, é do poder

Todos os idosos entrevistados mencionaram falhas nos serviços de saúde na APS, considerando as experiências vivenciadas nesses serviços. Entre os problemas identificados e que se mostraram recorrentes nas falas de pelo menos um integrante de cada *cluster* destacaram-se: *problemas estruturais* (disponibilidade de medicamentos, equipamentos e recursos materiais, incluindo odontológico e recursos humanos, principalmente médico), *organizacionais* (acolhimento, acesso à consulta médica/retorno, especializada e odontológica, acesso a atendimentos diversos, como aferição de pressão arterial - horário não integral, acesso às visitas domiciliares do agente comunitário de saúde, acesso a exames laboratoriais e especializados), *técnicos* (competência técnica do médico e da equipe de enfermagem, presteza dos auxiliares/técnicos de enfermagem) e *relacionais* (escuta qualificada, manutenção de vínculo com o médico).

Contudo, mesmo reconhecendo a existência de inadequidades na assistência, 14 idosos entrevistados manifestaram satisfação geral com os serviços de saúde na APS. Ao longo de suas práticas discursivas, esses idosos buscaram isentar da culpa o profissional-serviço diretamente envolvido no seu cuidado, não avaliando-os negativamente, por acreditarem que há circunstâncias atenuantes para isso, sobressaindo os seguintes repertórios interpretativos: *“falta remédio demais”*; *“falta médico”*; *“não tem condição de atender direito”*; *“quem tem culpa é o governo”*; *“quem tá errado é o poder”*; *“o prefeito não tá legal”*; *“a gente vai por a culpa no médico?”*.

O uso desses repertórios trouxe a ideia de que os profissionais estão desempenhando suas funções em um sistema público com recursos humanos, físicos e materiais insuficientes, decorrente do baixo investimento financeiro feito no setor saúde e da falta de compromisso dos políticos. Esses argumentos serviram como justificativas para a falta de medicamentos e de médicos, o pouco tempo despendido pelo profissional no atendimento prestado e a demora das consultas especializadas.

Esses atenuantes foram utilizados por uma participante como justificativa que a permitia tolerar, com ressalvas, determinadas falibilidades sociais, que não reverteram em avaliações negativas, por exemplo, a presença de profissionais mal-humorados. Essa idosa esclarece: *“Está sem conforto pro médico. [...] se eu fosse médico, eu não ficaria lá não [...]. Sem um ventilador e com um computador que não vale nada [...]. Às vezes, até dou razão pro*

médico [...]. Às vezes, o mal humor que você vê, assim que o médico tá, então, às vezes, apesar de que paciente não tem nada a ver com isso, mas tá". (P15-c2)

A culpa não é do profissional-serviço, é do usuário

Os próprios usuários também foram culpabilizados por desentendimentos e tumultos ocorridos no cotidiano do serviço da APS, sobretudo durante o acolhimento. Como principais repertórios interpretativos destacaram-se: *“muita gente [usuário] que vai lá é ignorante”*; *“a pessoa [usuário] fica nervosa”*; *“o povo não entende e briga e xinga”*; *“tem muitos [usuários] que fala mais do que ouve”*; *“tem gente que abri maior barraco lá no posto”*; *“os favelados [...] acham [...] que é melhor do que os outro”*.

Ao dar sentido a esses desentendimentos, um idoso explicou que os mesmos são fontes geradoras de estresse para o profissional de saúde, que pode atender o próximo usuário de forma inadequada, não por culpa dele, mas devido à experiência vivenciada anteriormente. O trecho de entrevista a seguir ilustra isso: *“[...] no final das contas, o pobre coitado do cara que vai me atender em seguida, chega um cara e pum! Escangalha com o atendente lá, entendeu? Chega a um ponto de chamar o segurança lá. Aí quando eu chego para ser atendido, a pessoa tá agitada, tá [pausa] e de repente sobra para mim [...]”*. (P19-c3)

Ainda, uma das idosas explica que a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde deve-se à procura muitas vezes desnecessária por alguns usuários cuja demanda de ordem emocional/social não deveria ser resolvida no centro de saúde, mantendo uma prática discursiva ainda enraizada em sua experiência de ex-beneficiária de plano privado: *“[...] tem pessoas que chega e nem fala do que ela tá sentindo [sintomas de alguma doença]. Ela vai falar do que tá acontecendo [problemas em casa]”*. (P9-c2)

A culpa não é do profissional-serviço, é minha

A autculpa também foi relatada por alguns idosos para justificar os poucos resultados em saúde alcançados, decorrentes de adesão insatisfatória ao tratamento medicamentoso e a hábitos de vida saudáveis, principalmente os relacionados à dieta, ao consumo de bebida alcoólica de forma abusiva e à prática de atividade física. A esse respeito, os principais repertórios interpretativos foram: *“a gente não colabora”*; *“não é culpa do médico, é minha”*; *“muitas vezes é a teimosia [não manter dieta saudável]”*; *“eu*

num vou porque eu sou desanimada [atividade educativa coletiva]". Mediante esses posicionamentos, o sentido de autoculpa é ressignificado de modo a eximir os profissionais de saúde dessa culpa, não havendo provavelmente o entendimento da corresponsabilidade na díade profissional-usuário.

De forma bem particular, uma idosa com hipertensão e diabetes do *cluster 3* se autoculpou por não comparecer às consultas médicas e atividades educativas coletivas, conforme programadas pela equipe de Saúde da Família, devido seu baixo condicionamento físico (obesidade grau 3), associado à barreira de acessibilidade geográfica (relevo acidentado), exemplificado no seguinte fragmento de fala: *"Eu sou muito descuidada também [...] Com remédio. [...] eles [profissionais de saúde] falam que eu tenho que sempre ir [centro de saúde] pra eles ver como é que eu tou. Mas eu não vou. [E porque a senhora não vai?] Ah, não! Eu [...] tenho um desânimo danado de sair. Você já conhece o postinho? [...] aquele morrinho ali mata a gente. [...] eu tenho dificuldade. Igual, da última vez que eu fui, parei umas 10 vezes no morrinho de cansada [...]"*. (P17-c3)

Outros idosos acreditam que há um elemento "sorte" no acesso aos serviços da APS, com destaque para a consulta médica. Destaca-se que o subtema da autoculpa não agregou idosos pertencentes ao *cluster 1*.

A culpa não é do profissional-serviço, portanto devo aceitar

Mediante as limitações conhecidas na provisão de cuidados em saúde e os posicionamentos quanto à imputação de culpa, verificou-se que alguns idosos do estudo colocaram em suas redes de significações a naturalização dos problemas percebidos nos serviços de saúde que se mostravam persistentes, como os problemas estruturais e organizacionais, posto que não acreditavam em mudanças, sejam elas no contexto macro ou microsocial dentro do qual os cuidados de saúde são prestados, cabendo a eles apenas aceitar passivamente a situação. Isso ficou bem evidente nos repertórios interpretativos *"não tem jeito de consertar", "não vai melhorar mesmo", "a gente sabe que como anda o país", "você não pode ficar exigindo muito, porque sabe que não vai ter condições", "quando não tem o medicamento, não tem e pronto"*. Ressalta-se que em alguns relatos de idosos do *cluster 2* e *3* foram evidenciados uma "aceitação pragmática", em que a pessoa submete-se por não ver uma alternativa realista, conforme fala destacada: *"E porque é o que eu tenho [serviço de saúde] e é o que eu posso, de qualquer problema, entendeu?"* (P16-c2)

Integrando os dados quantitativos e qualitativos

Neste estudo, a integração dos quatro subtemas obtidos na fase qualitativa com os dados quantitativos está apresentada no Quadro 1. Como principais metainferências obtidas a partir dessa integração destacaram-se:

1) a análise em conjunto das dimensões do PACIC, confirmada pelas práticas discursivas dos idosos entrevistados na segunda fase do estudo, revelou que a implementação sistemática de intervenções de autocuidado apoiado e acompanhamento do tratamento pelas equipes de Saúde da Família ainda é um grande desafio, esbarrando-se em problemas de ordem estrutural, organizacional, técnico e relacional. Além disso, houve, em ambos os *clusters*, predomínio de repertórios interpretativos que aludiram à produção de sentidos no cotidiano dos serviços de saúde sob influência das concepções de saúde-doença-cuidado centradas no modelo biomédico hegemônico, entre eles, “*consulta médica*”, “*para ser um departamento médico [referindo-se ao centro de saúde]*”, “*exames*”, “*consulta de especialista*”, “*medicamento*”, indo de encontro aos pressupostos dos modelos de atenção às condições crônicas.

2) a baixa percepção da qualidade do cuidado primário (constatada pelo escore PACIC total) e a elevada satisfação do idoso com o serviço de saúde na APS puderam ser justificadas pela presença de filtros mediadores, como a culpabilidade. Em situação contrária, a ausência de fatores atenuantes que pudessem explicar o comportamento do prestador tornou mais provável uma avaliação negativa pelo participante, em termos de satisfação, o que foi bem ilustrado no *cluster 1*. Apenas uma integrante desse *cluster* (P1) remeteu à culpabilidade. Ressalta-se que, na fase quantitativa, essa idosa manifestou insatisfação e o oposto foi verificado na fase qualitativa, devido ter experienciado melhorias na qualidade do cuidado, decorrentes da recente mudança de profissionais de saúde que julgou serem mais afetuosos em relação aos anteriores.

3) as práticas discursivas dos idosos do *cluster 1*, que apresentaram melhores resultados em saúde, sugeriram uma atitude mais crítica frente às problemáticas vivenciadas nos serviços de saúde na APS dos quais utilizam, conforme exemplificado a seguir: “*a P2 reclamou [na ouvidoria] de lá [centro de saúde], sabe? Aí ela falou ‘Não é possível que até hoje eu estou esperando a resposta [consulta especializada] e até hoje não veio’*”. (P3-c1). Ressalta-se que esse *cluster* divergiu dos idosos pertencentes ao *cluster 3*, que se mostraram mais passivos, e foi o único em que não houve menção à autculpa.

Quadro 1 - Metainferências entre os resultados dos escores do PACIC total e dimensões e práticas discursivas relacionadas ao modelo explicativo de satisfação proposto por Atkinson e Medeiros (2009) com foco para a culpabilidade, segundo os diferentes *clusters* analisados. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014-2017

Dimensões PACIC	Mediana (Q25-Q75)	Trechos das entrevistas selecionados
Tomada de decisão	2,33 (1,33-3,00)	Culpabilidade - poder (<i>cluster 1, 2 e 3</i>) Já teve médicos muito bons, eles [governo] tiram os médicos bons aí. Não fica muito tempo. A doutora X era uma excelente médica. [...] [Que outras coisas você acha que ela [doutora X] perguntava e que atualmente os médicos não fazem, mas julga ser importante?]. [...] tudo. Até tipo assim seu relacionamento com marido e mulher, no meu caso, né, o meu relacionamento com meu marido, entendeu? Igual ela passava pra mim antidepressivo, 'como é que tá seu relacionamento com seus filhos? Com seu marido?' Entendeu? Aí ela perguntava é, sua alimentação, ela passava pra você o tipo de alimentação, exercício físico, ela falava os benefícios do exercício físico, controle emocional, ela falava sobre isso, entendeu? você tem que ter controle né pra você vê se você fica independente desses medicamentos. Entendeu? Então, assim, nossa! Você sai de lá com uma outra cabeça. (E15-c2)
Definição de metas	1,80 (1,20-2,60)	Autoculpa (<i>cluster 2 e 3</i>) [Como o profissional de saúde te ajuda a manter a pressão e o diabetes controlados?]. É os remédio, né, que eles mandam tomar os remédios direitinho. Eu sou muito descuidada também, sabe? Com remédio. (E17-c3)
Coordenação da atenção	1,60 (1,00-2,00)	Culpabilidade - poder (<i>cluster 1, 2 e 3</i>) [Lá no centro de saúde ninguém te orientou a usar o glicosímetro?] Só se... se... tomar insulina... eu num tomo insulina... [Mesmo se você chegar lá e falar com a enfermeira que você comprou o glicosímetro e quer aprender a usá-lo, ela não te orienta?] Não! Ensina nada. Tem tempo de nada não, cê acha? [riso]. Elas nem conversa direito, imagina mostrar aparelho pra elas [riso]. [...] quem tá errado é o poder. (E18-c3)
Resolução de problemas	1,00 (1,00-2,00)	Culpabilidade - usuário (<i>cluster 1, 2 e 3</i>) [...] no dia que eu fiquei lá na sala de espera, porque estava com a pressão alta, [...] eu vi que o médico escutava as pessoas [falando do que estava acontecendo na casa]. Porque tem pessoas que chega e nem fala do que ela tá sentindo. Ela vai falar do que tá acontecendo. [...] Inclusive assim, eu já percebi gente que chega lá querendo brigar com todo mundo, mas é porque está com o problema dele, porque ele não sabe resolver e tá querendo ir lá pra alguém resolver. [...] Porque suponhamos: eu tô com um problema aqui dentro da minha casa, adianta eu ir no melhor médico e ficar contando? A não ser que eu procure um psicólogo [...]. (E9 - c2).
Adesão ao tratamento	1,00 (1,00-1,67)	Autoculpa (<i>cluster 2 e 3</i>) [Como você se sente diante das orientações que o profissional de saúde faz ao falar sobre dieta, exercício físico...]. Eu sinto um sentimento de culpa. Mas isso é problema meu mesmo porque desde jovem que eu tenho uma ojeriza de exercício físico. Médico não tem nada a ver, ninguém tem a ver, eu que sou muito rebelde nesse sentido. (E9-c2)
Escore total	1,55 (1,30-2,25)	

Discussão e conclusões

Neste estudo, a baixa percepção dos idosos quanto à qualidade do cuidado, expressada pelo baixo escore total do PACIC, explicitou que o cuidado crônico na APS parece ainda distante de seus pressupostos. Apesar da ampla difusão no país de um novo discurso legal contido nas políticas de promoção da saúde e de prevenção das condições crônicas nos grupos de risco (Brasil, 2011b, 2013a) e a ênfase no envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2013b) ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde desvencilhar-se da influência do contexto histórico institucional do qual foi socializado, marcado por uma lógica que prioriza a rede de serviços voltada para o atendimento das condições agudas e episódicas. Dessa forma, as práticas assistenciais mantêm-se distanciadas das atuais propostas de se construir uma rede de atuação às condições crônicas que requerem cuidado integrado, longitudinal, pró-ativo (Harris et al., 2017; Schwab et al., 2014; Stijnen, 2015) e inovador (Schwarz, Riemenschneider, 2016).

A própria reação dos idosos entrevistados mediante as perguntas contidas no PACIC, sobretudo aquelas pertencentes às dimensões “adesão ao tratamento”, “coordenação da atenção” e “resolução de problemas”, ratifica esse distanciamento. Na fase quantitativa, não raro se presenciou repertórios do tipo “Hum! [riso]”, “Faz isso não! [tom enfático na voz]”, demonstrando certa estranheza e até mesmo surpresa ao serem questionados, por exemplo, com que frequência os profissionais de saúde perguntavam sobre sua opinião na elaboração do plano de cuidado (q1) ou se a equipe ajudava-lhe a planejar o cuidado à saúde em épocas difíceis (q14), entre outras perguntas. Esse estranhamento associado aos dados qualitativos trouxe um conjunto de ideias imaturas que requer amplo debate, de modo a esclarecer como a atual proposta de reversão do modelo biomédico a partir da implementação de um cuidado diferenciado, que supera o simples diagnóstico e tratamento de doenças individuais está sendo ressignificada pelos usuários, na medida em que estudos (Moyses, Silveira Filho, Moyses, 2012; Spoorenberg et al., 2015; Stijnen, 2015; Vestjens et al., 2018) apontam que há iniciativas nessa direção que tentam legitimar práticas mais coerentes com modelos de atenção às condições crônicas na APS, mesmo que incipientes, mas graduais.

Frente a antigas questões não superadas, tais como problemáticas em torno de se manter vínculo com o profissional, principalmente o médico, de se garantir a integralidade do cuidado devido à lacuna de outros níveis de referência, entre tantas outras mencionadas

pelos idosos entrevistados na segunda fase deste estudo, vislumbrou-se, a partir da integração dos resultados quantitativos e qualitativos, possíveis explicações para os altos níveis de satisfação aparentemente injustificados. Uma delas remeteu a existência de filtros mediadores como a culpabilidade que conduziram os idosos investigados a reinterpretarem de forma positiva percepções negativas de cuidados recebidos na APS, semelhante a outros estudos (Atkinson e Medeiros, 2009; Edwards et al., 2004; Williams et al., 1998). De modo geral, os idosos tenderam a culpar as pessoas detentoras de poder, o próprio usuário e a si próprio, atenuando a culpa dos profissionais de saúde, sobretudo daqueles que encontravam-se diretamente ligados ao seu cuidado.

Sob um olhar construcionista, que compreende o indivíduo como uma construção social (Spink, 2013), essa culpabilidade provavelmente refletiu o próprio posicionamento nas relações sociais, no *locus* onde se produzem e se significam determinadas práticas (Spink, 2010) demarcando espaços de dominação do profissional de saúde sobre o usuário. Essa assertiva pode ser melhor argumentada a partir dos próprios dizeres de Gergen (Misra e Prakash, 2012), que defende ser as estruturas narrativas e suas convenções formadoras e organizadoras do senso de coerência e direção nas vidas das pessoas. Nesse sentido, esse achado mostra-se inquietante, na medida em que tais produções de sentido insinuem um discurso mais individualista, sendo tomado como produção única de uma pessoa, e, nessa perspectiva, não enxergam os processos saúde-doença-cuidado como conjuntamente criados (Camargo-Borges, 2007) seja em termos de potencialidades ou de limitações.

Particularmente, o fato da atribuição de culpa na maioria das vezes estigmatizar os indivíduos e imbuir a ele um juízo social depreciativo (Castiel, Diaz, 2012) pode servir como um primeiro argumento para esclarecer o fato de alguns idosos terem culpabilizado o próprio usuário, que é um de seus pares, por falhas percebidas nos serviços de saúde do qual utiliza ao invés dos profissionais de saúde que ali atuam.

Por sua vez, o sentimento de autculpa de alguns idosos por falhas na qualidade do cuidado, sobretudo no que se refere aos resultados clínicos proveniente de pouca adesão ao tratamento medicamentoso ou não, abre caminhos interessantes para pensar se tal posicionamento não está mascarando de forma perversa a responsabilidade pessoal como referência central ao estilo de vida saudável, o que perpetua antigas estratégias de regulação moral, as quais são social e historicamente instituídas (Castiel, Diaz, 2012).

A esse respeito, lembra-se que a saúde pública se caracterizou, por muito tempo, como um terreno onde se devia privilegiar a abordagem populacional ou pública dos problemas de saúde. Mas, desde o surgimento do movimento da “promoção da saúde” nos anos 1980, a ênfase coletiva se dirigiu progressivamente para o âmbito individualístico do comportamento ou do “estilo de vida” (Castiel, Diaz, 2012), mantendo-se como uma retórica específica legitimada histórica e socialmente, o que contribui para essa culpabilização. Dessa forma, a satisfação manifestada pode nem sempre refletir a valoração do usuário sobre o serviço em si, mas a materialização da sua própria percepção de culpa e dos limites da obrigação/dever (Williams et al., 1998), resultado das próprias redes de significados em que o sujeito está inserido, havendo, portanto, um empobrecimento analítico dos acontecimentos no mundo, desconsiderando outros fatores implicados que poderiam ser relevantes para a apreciação de uma questão analisada (Camargo-Borges, 2007).

Em suma, os achados deste estudo alertam para se ter cautela no uso de informações provenientes de pesquisas sobre satisfação do usuário de serviços de saúde com o propósito de avaliar o seu desempenho, na medida em que os entrevistados tendem a manifestar (muita) satisfação, camuflando a existência de experiências negativas. Contudo, não cabe aqui negar a importância dessas pesquisas que consideram a opinião dos usuários, mas tão somente ter consciência de seus limites. Caso contrário, pode-se encorajar falsamente os profissionais de saúde, levando-os a acreditar que estão ofertando um serviço de alta qualidade para a comunidade sob sua responsabilidade. Por fim, os níveis de “insatisfação” podem ser utilizados como um indicador de nível mínimo de experiências negativas, com potencial uso em avaliações normativas de serviços em âmbito comparativo (Williams et al., 1998).

Espera-se que as reflexões feitas neste estudo, que em muito extrapolaram os achados encontrados, sirvam apenas para provocar uma discussão mais ampla sobre a problemática que envolve a temática, mostrando possíveis caminhos de investigação que abarcam os arranjos pelos quais os idosos constroem sentidos sobre a satisfação com os serviços de saúde, demonstrando que a responsabilização e a gestão do cuidado da pessoa com condição crônica é muito mais complexa e articulada.

Argumenta-se aqui que não basta incentivar a incorporação da satisfação dos usuários em avaliações de desempenho de serviços de saúde, sob o pretexto que é necessário dar voz ao usuário, mas sim deve-se promover um movimento contrário, em que

se tem o fortalecimento da participação da comunidade nos processos de planejamento, de modo que essas pesquisas não se tornem esvaziadas sob o ponto de vista dos pesquisadores e um prêmio para os governantes. O usuário fica, portanto, sem autonomia e sem voz crítica-reflexiva para cumprir o que dele se espera, de modo a “naturalizar o estado das coisas”.

Assim, recomenda-se a elaboração e a validação de instrumentos que sejam sensíveis aos processos pelos quais as pessoas constroem e expressam sua satisfação, considerando a existência de filtros mediadores como a culpabilidade, para além de respostas de múltipla escolha do tipo likert, ou até mesmo binárias (satisfeito/insatisfeito). Essa pode apresentar-se como uma estratégia para conseguir institucionalizar a avaliação e reorganização dos serviços de saúde a partir da participação popular, podendo subsidiar o processo de decisão compartilhada (Brandão et al., 2013), e assim, atuar rumo à construção de uma nova perspectiva do cuidado crônico, indo além de um discurso de prioridade, estimulando à viabilidade e sustentabilidade da políticas voltadas para o enfrentamento das condições crônicas.

Além disso, a leitura dos dados de pesquisas avaliativas sob a perspectiva construcionista aponta para o grande potencial deste entendimento teórico em alterar a ordem social, por desafiar as formas convencionais de compreensão da produção de conhecimento, numa abertura para a criação de outros novos, mais situados, cuja verdade passa a ser tomada como produto de um imbricado processo histórico, interativo e contextual (Camargo-Borges, 2007).

Como possíveis limitações do estudo, tem-se o viés da dinâmica contextual como cortesia com o entrevistador (o que o entrevistador quer ouvir?), inadequação social (inibe qualquer comentário crítico explícito) e sentimento de graça, favor, gratidão pela provisão de serviços públicos, que provocam expressões de maior satisfação injustificadas do que o entrevistado possa sentir (Atkinson e Medeiros, 2009) os quais serão explorados em outra publicação oportunamente. Além disso, destaca-se a limitação de publicações recentes relacionadas à temática abordada, impossibilitando maiores comparações dos resultados. Como potencialidades, destacaram-se a realização do estudo no próprio domicílio, o não vínculo da entrevistadora com o serviço de saúde local, o que podem ter minimizado os vieses supracitados.

Referências

Atkinson, S., Medeiros, R.L., 2009. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 68 (11), 2089-2096. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.03.042.

Bartol, T.G., 2018. How should we measure quality healthcare? *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/891984>.

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M.M., Amenta, P., 2017. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect. Public Health.* 137 (2), 89-101. doi: 10.1177/1757913916634136.

Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte, 2016. Regional Noroeste. <http://portalpbh.pbh.gov.br>.

Brandão, A.L.R.B.S., Giovanella, L., Campos, C.E.A., 2013. [Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers]. *Cienc. Saude Colet.* 18 (1), 103-114. [Portuguese]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011a. [Guidelines for collection and analysis of anthropometric data in health services: technical standard system of food and nutrition surveillance - SISVAN]. Brasília: Ministério da Saúde. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). [Portuguese]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2011b. [Strategic Action Plan to Tackle Noncommunicable Diseases (NCD) in Brazil 2011-2022]. Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Portuguese]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013a. [Guidelines for the care of people with chronic diseases in Health Care Nets and in priority lines of care]. Brasília: Ministério da Saúde. [Portuguese]. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf.

Brasil. Decreto n. 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação. Brasília, 30 set. 2013b. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d8114.htm.

Camargo-Borges, C., 2007. O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família: articulando saberes e práticas. [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-05102007-113033/pt-br.php>.

Carvalho, H., 2017. Análise multivariada de dados qualitativos: utilização da análise de correspondências múltiplas com o SPSS. Sílabo: Portugal. [Portuguese].

Castiel, L.D., Diaz, C.A.D., 2012. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz. [Portuguese].

Creswell, J.W., Clark, V.L.P., 2013. [Designing and conducting mixed methods research]. Porto Alegre: Penso. [Portuguese].

Edwards, C., Staniszweska, S., Crichton, N., 2004. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociol. Health Illn.* 26 (2), 159-183. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2004.00385.x>.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al., 2000. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev. Saude Publica.* 34 (2), 178-183. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>.

Fontanella, B.J.B., Luchesi, B.M., Saidel, M.G.B., Ricas, J., Turato, E.R., Melo, D.G., 2011. [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. *Cad. Saude Publica.* 27 (2), 388-394. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>.

Harris, M., Lawn, S.J., Morello, A., Battersby, M.W., Ratcliffe, J., McEvoy, R.D. et al., 2017. Practice change in chronic conditions care: an appraisal of theories. *BMC Health Serv. Res.* 17 (1), 170. doi: 10.1186/s12913-017-2102-x.

Ivankova, N.V., Stick, S.L., 2007. Students' persistence in a Distributed Doctoral Program in Educational Leadership in higher education: a mixed methods study. *Res. High. Educ.* 48 (1), 93-135. <https://doi.org/10.1007/s11162-006-9025-4>.

Joling, K.J., van Eenu, L., Vetrano, D.L., Smaardijk, V.R., Declercq, A., Onder, G., et al., 2018. Quality indicators for community care for older people: a systematic review. *PLoS One.* 13 (1), e0190298. doi: 10.1371/journal.pone.0190298.

Kupfer, J.M., Bond, E.U., 2012. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary but not equal. *JAMA.* 308 (2), 139-140. doi: 10.1001/jama.2012.7381.

Manary, M.P., Boulding, W., Staelin, R., Glickman, S.W., 2013. The patient experience and health outcomes. *N. Engl. J. Med.* 368 (3), 201-203. doi: 10.1056/NEJMp1211775.

Misra, G., Prakash, A., (2012). Kenneth J. Gergen and Social Constructionism. *Psychol. Stud.* 57 (2), 121-125. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0151-0>.

Moyses, S.T., Silveira Filho, A.D., Moyses, S.J. (Org.), 2012. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [Portuguese].

National High Blood Pressure Education Program, 2004. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute (US). (Report n: 04-5230). <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>.

Pereira, A.F., Gontijo, C.C., Augusto, D.K., Rodrigues, E.A.S., Reis, G.A., Lara, H.A., et al., 2011. Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. [Portuguese]. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_hipertensao.pdf.

Saver, B.G., Martin, S.A., Adler, R.N., Candib, L.M., Deligiannidis, K.E., Golding, J., et al., 2015. Care that matters: quality measurement and health care. *PLoS Med.* 12 (11), e1001902. doi: 10.1371/journal.pmed.1001902.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG, 2013. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e doença renal crônica. Belo Horizonte: SES/MG. (Atenção à Saúde do Adulto). [Portuguese].

Schwab, G.L., Moysés, S.T., Kusma, S.Z., Ignácio, S.A., Moysés, S.J., 2014. Perception of innovations in Chronic Diseases/Conditions' care: an evaluative research in Curitiba. *Saude Debate.* 38 (special), 307-318. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S023>.

Schwarz, P.E.H., Riemenschneider, H., 2016. Slowing down the progression of type 2 diabetes: we need fair, innovative, and disruptive action on environmental and policy levels! *Diabetes Care.* 39 (Supplement 2), S121-S126. <https://doi.org/10.2337/dcS15-3001>.

Silva, L.B., Soares, S.M., Silva, P.A.B., Santos, J.F.G., Miranda, L.C.V., Santos, R.M., 2018. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Rev Lat. Am. Enfermagem.* 26, e2987. doi: 10.1590/1518-8345.2331.2987.

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 95 (1 Sup 1), 1-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

Souza, L.V., McNamee, S., Santos, M.A., 2010. [Evaluation as social construction: appreciative inquiry]. *Psicol. Soc.* 22 (3): 598-607. [Portuguese]. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822010000300020>.

Spink, M.J. (Org.), 2010. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M.J. (Org.), 2013. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spoorenberg, S.L.W., Wynia, K., Fokkens, A.S., Slotman, K., Kremer, H.P.H., Reijneveld, S.A., 2015. Experiences of community-living older adults receiving integrated care based on the Chronic Care Model: a qualitative study. PLoS ONE. 10 (10): e0137803. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137803>.

Stijnen, M., 2015. Towards proactive care for potentially frail older people in general practice Development, feasibility, and effectiveness of the [G]OLD preventive home visitation programme. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht. <https://academischewerkplaatslimburg.nl/wp-content/uploads/E-book-Proefschrift-MMN-Stijnen.pdf>.

Vestjens, L., Cramm, J.M., Nieboer, A.P., 2018. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. BMC Health Serv. Res. 18 (1), 28. doi: 10.1186/s12913-017-2827-6.

Williams, B., Coyle, J., Healy, D., 1998. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Soc. Sci. Med. 47 (9), 1351-1359. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00213-5).



CONCLUSÕES

Desistir?

Eu já pensei seriamente nisso,
mas nunca me levei realmente a sério.
É que tem mais chão nos meus olhos,
do que cansaço nas minhas pernas.

Mais esperança nos meus passos,
do que tristeza nos meus ombros.

Mais estrada no meu coração,
do que medo na minha cabeça.

(Cora Coralina)

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados encontrados neste estudo pode-se concluir que:

- Na amostra de pessoas idosas estudada, a prevalência de DCV e seus fatores de risco modificáveis foi elevada, inclusive a simultaneidade desses fatores de risco, principalmente naqueles com maior vulnerabilidade social tanto no setor público quanto no privado.
- Os principais FRCV modificáveis em idosos foram a HA e a dislipidemia.
- A combinação mais frequente entre os sete fatores de risco investigados foi HA, dislipidemia, sedentarismo e obesidade abdominal seguida da combinação anterior mais DM.
- A associação do acúmulo de FRCV com sexo feminino para ambas as modalidades de seguro de saúde, e cor de pele para o setor privado e faixa etária para o setor público suscita discussão além dos aspectos fisiológicos da etiologia das DCV, retomando a necessidade de debater as iniquidades sociais que impactam o quadro sanitário do País.
- Observou-se baixa conformidade da prática assistencial das equipes de Saúde da Família segundo estratificação de risco cardiovascular e controle metabólico, destacando-se avaliação do pé diabético e solicitação de exames especializados.
- Na análise de agrupamento, foi identificado a formação de três *clusters* de indivíduos com perfis distintos: *cluster 1* - formado por idosos com melhores indicadores da qualidade do cuidado, escore PACIC elevado, controle dos níveis pressóricos e metabólico, e satisfação com a saúde e com o acesso à saúde; *cluster 2* - indivíduos com indicadores clínicos estáveis, entretanto, com percentuais de cumprimento às diretrizes abaixo de 50%, baixo escore PACIC e encontravam-se insatisfeitos com a saúde e com o acesso à saúde; *cluster 3* - ausência completa no cumprimento das diretrizes, escore mediano do PACIC, elevação dos níveis pressóricos e metabólico, e insatisfação com a saúde e com o acesso à saúde.
- Constataram-se baixos escores do PACIC, indicando que o cuidado crônico segundo o CCM na APS parece ainda distante de seus pressupostos.

- Ao avaliar as dimensões, observou-se que Modelo de atenção/ tomada de decisão apresentou melhor resultado, mas Adesão ao tratamento, Resolução de problemas/contextualização do aconselhamento e Coordenação da atenção/acompanhamento destacaram-se enquanto fragilidades na perspectiva das pessoas idosas.
- Essa baixa percepção da qualidade do cuidado primário pelo próprio idoso contrastou com a elevada satisfação desses usuários com o serviço de saúde na APS, sendo justificadas pela presença de filtros mediadores, como a culpabilidade.

Mediante os achados deste estudo, recomenda-se a implementação de intervenções que visem cuidados de saúde integrados, em ambos os níveis de atenção à saúde, para detecção, acompanhamento e sempre que possível tratamento das pessoas com fatores de risco, de modo a controlar de forma simultânea os principais fatores de risco modificáveis para as condições crônicas. Para tanto, deve-se articular ações intersetoriais de modo a criar e manter ambientes saudáveis e sustentáveis a fim de motivar as pessoas a adotar e manter um comportamento saudável. Além disso, é importante que o profissional de saúde seja capaz de questionar, instigar e colaborar para a reflexão crítica individual ou coletiva, de modo a permitir ao ser cuidado formar conceitos significativos necessários para sua aprendizagem autêntica.



REFERÊNCIAS

Uma palavra desprovida de
pensamento é uma coisa morta,
e um pensamento não expresso
por palavras permanece na
sombra.

(Vygotsky)

REFERÊNCIAS

ABBOTT, P. *et al.* Exploring chronic disease in Bolivia: a cross-sectional study in La Paz. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 13, n. 2, p. e0189218, Feb. 2018.

ADAMS, S. G. *et al.* Systematic review of the Chronic Care Model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 167, n. 6, p. 551-561, Mar. 2007.

ALLOTEY, P. *et al.* Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. **Lancet**, London, v. 377, n. 9764, p. 450-451, Feb. 2011.

ALMEIDA, R. S. de. **Instrumentos para mensuração de satisfação de usuários de serviços de saúde**: uma adaptação transcultural do instrumento MedRisk para o contexto brasileiro. 2015. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

ALSHAMMARI, F. Patient satisfaction in primary health care centers in hail city, Saudi Arabia. **American Journal of Applied Sciences**, New York, v. 11, n. 8, p. 1234-1240, 2014.

ALVES, M. J. P. **O serviço de atendimento permanente**: satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem. 2007. 261 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, 2007.

ALVES JÚNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas**: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais. Inovação na gestão do SUS: experiências locais. Brasília: OPAS, OMS, 2011. 21 p.

AL-KHALDI, Y. M. Quality of hypertension care in the family practice center, Aseer Region, Saudi Arabia. **Journal of Family and Community Medicine**, Al-Khobar, v. 18, n. 2, p. 45-48, May-Aug. 2011.

AL-KHALDI, Y. M. Quality of diabetic care in family practice centre, Aseer Region, Saudi Arabia. **Journal of Health Specialties**, Riyadh, v. 2, n. 3, p. 109-113, July-Sept. 2014.

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet**, London, v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, Nov. 2010.

ARAGONES, A. *et al.* Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 5, n. 4, p. A113, Oct. 2008.

ATKINSON, S.; MEDEIROS, R. L. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. **Social Science & Medicine**, New York, v. 68, n. 11, p. 2089-2096, June 2009.

AUNG, E. *et al.* Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in type 2 diabetes: a longitudinal study. **Evaluation & the Health Professions**, Baltimore, v. 39, n. 2, p. 185-203, June 2016.

AYANIAN, J. Z.; MARKEL, H. Donabedian's lasting framework for health care quality. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 375, n. 3, p. 205-207, July 2016.

BAPTISTA, D. R. *et al.* The Chronic Care Model for type 2 diabetes: a systematic review. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, London, v. 8, p. 7, Jan. 2016.

BARG, F. K. *et al.* A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. **The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**, Washington, v. 61, n. 6, p. S329-S339, Nov. 2006.

BARR, V. J. *et al.* The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 7, n. 1, p. 73-82, 2003.

BARROS, M. B. A. *et al.* Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, set. 2011.

BARTOL, T. G. How should we measure quality healthcare? **Medscape**, Feb. 2018. Available from: <<https://www.medscape.com/viewarticle/891984>>. Cited in: 2 Mar. 2018.

BASTOS, R. M. R. *et al.* Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 40-44, 2009.

BELO HORIZONTE. **Resolução CMS/BH - 087/02**, de 11 de abril de 2002. Confirma a condição de gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2002. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/conselho/087-02.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BELO HORIZONTE. SCOMPS. Secretaria Municipal de Saúde. PRODABEL. **Censo BH Social**. Consolidado das Famílias - indivíduos cadastrados por município. 2010a.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Distrito Sanitário Noroeste**. 2010b. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 18 set. 2010.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **Regional Noroeste**. 2016. Disponível em: <<http://portalpbh.pbh.gov.br>>. Acesso em: 3 jan. 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.

BLOOM, D. E. *et al.* **The global economic burden of noncommunicable diseases**. Geneva: World Economic Forum, 2011. 46 p.

BODENHEIMER, T. *et al.* Patient self-management of chronic disease in primary care. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 288, n. 19, p. 2469-2475, Nov. 2002.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde; 6).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 232 p. (Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS; 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; 12).

BRASIL. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2011**. 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>>. Acesso em: 21 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 34 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **DOU**, Brasília, n. 12, jun. 2013. Seção 1. p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de Modelo de Atenção Integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 41 p.

BROSNAHAN, G.; FRAER, M. Chronic kidney disease: whom to screen and how to treat, part 1: definition, epidemiology, and laboratory testing. **Southern Medical Journal**, Birmingham, v. 103, n. 2, p. 140-146, Feb. 2010.

BROWNING, C. J.; THOMAS, S. A. Implementing chronic disease self-management approaches in Australia and the United Kingdom. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 2, n. 162, p. 1-4, Apr. 2015.

BULGARELLI, A. F. *et al.* Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura Construcionista Social sobre discursos de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1347-1355, maio 2012.

BUSH, K. *et al.* 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. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 158, n. 16, p. 1789-1795, Sept. 1998.

CADONÁ, E.; SCARPARO, H. Construcionismo Social na atenção básica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2721-2730, set. 2015.

CAMARGO-BORGES, C. **O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família**: articulando saberes e práticas. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. V. **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. A qualidade dos cuidados e dos serviços. Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2010. 139 p.

CAPITAL HEALTH PLAN. **Commercial 2017 Medical Quality Improvement Program Description**. Florida, 2017. 18 p.

CARTER, E. L.; NUNLEE-BLAND, G.; CALLENDER, C. A patient-centric, provider-assisted diabetes telehealth self-management intervention for urban minorities. **Perspectives in Health Information Management**, Chicago, v. 8, p. 1b, Jan. 2011.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* (Ed.). **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 42-60.

CHIU, H. C. *et al.* Patient assessment of diabetes care in a pay-for-performance program. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 28, n. 2, p. 183-190, Apr. 2016.

COLEMAN, K. *et al.* Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. **Health Affairs**, Millwood, v. 28, n. 1, p. 75-85, Jan.-Feb. 2009.

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. **Australia to 2050: future challenges**. Australia, 2010. 22 p.

CRAMM, J. M.; NIEBOER, A. P. The Chronic Care Model: congruency and predictors among patients with cardiovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, p. 242, Aug. 2012.

CRESWELL, J. W. Mapping the developing landscape of mixed methods research. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Ed.). **Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010. p. 45-68.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Designing and conducting mixed methods research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2007.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Tradução de Magda França Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

DAVISON, J. A. *et al.* Hypertension self-management support in Primary Care: a quality improvement study. **Athens Journal of Health**, Greece, v. 3, n. 2, p. 129-144, June 2016.

DELLINGER, A. B.; LEECH, N. L. Toward a unified validation framework in mixed methods research. **Journal of Mixed Methods Research**, Califórnia, v. 1, n. 4, p. 309-332, Oct. 2007.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment (explorations in quality assessment and monitoring)**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. (v. I).

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **QRB. Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18, n. 11, p. 356-360, Nov. 1992.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EDWARDS, C.; STANISZWESKA, S.; CRICHTON, N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. **Sociology of Health & Illness**, Henley-on-Thames, v. 26, n. 2, p. 159-183, Mar. 2004.

EMLET, C. A. Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: a mixed-methods analysis. **AIDS Patient Care and STDs**, New York, v. 21, n. 10, p. 740-752, Oct. 2007.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / EEUFMG. **Resolução n. 031-2014-CPG**, em 2 de junho de 2014. Revoga as resoluções n. 025-2011 e n. 029-2013 e regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece os critérios para admissão à defesa de tese e de dissertação conforme Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG e Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG. 2014. 4 p. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/docs/resolucao0312014.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

FARLEY, H. *et al.* Patient satisfaction surveys and quality of care: an information paper. **Annals of Emergency Medicine**, Michigan, v. 64, n. 4, p. 351-357, Oct. 2014.

FARQUHAR, C. Taking America's blood pressure: a public health response to pandemic hypertension. **Public Health**, Amsterdam, v. 129, n. 7, p. 1000-1002, July 2015.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of life: assessment, analysis, and interpretation**. New York: John Wiley & Sons, 2000. cap. 3, p. 43-71.

FENTON, J. J. *et al.* The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 5, p. 405-411, Mar. 2012.

FERNANDES, M. T. O. **A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico**. 208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, jan.-mar. 2014.

FERRER-ARNEDO, C. *et al.* The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 32, n. 3, p. 488-497, Sept.-Dec. 2014.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000.

FLYVBJERG, B. **Making social science matter: why social inquiry fails and how it can succeed again.** Cambridge: Cambridge University Press, 2001. 212 p.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FOY, R. *et al.* A cluster randomised trial of educational messages to improve the primary care of diabetes. **Implementation Science**, London, v. 6, p. 129, Dec. 2011.

FRØLICH, A. Identifying organisational principles and management practices important to the quality of health care services for chronic conditions. **Danish Medical Journal**, Copenhagen, v. 59, n. 2, p. B4387, Feb. 2012. (PHD THESIS).

FRØLICH, A. *et al.* **The Chronic Care Model: a new approach in DK.** Health Policy Monitor. Apr. 2008. Available from: <http://www.hpm.org/en/Downloads/Half-Yearly_Reports.html>. Cited in: 14 July 2016.

GARCÍA-GOÑI, M. *et al.* Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain. **Health Policy**, Amsterdam, v. 108, n. 2-3, p. 236-245, Dec. 2012.

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**, London, v. 388, n. 10053, p. 1603-1658, Oct. 2016.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012.

GENSICHEN, J. *et al.* The Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire: evaluation in patients with mental disorders in primary care. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 47, n. 4, p. 447-453, Aug. 2011.

GINTER, E.; SIMKO, V. Type 2 diabetes mellitus, pandemic in 21st century. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, New York, v. 771, p. 42-50, 2012.

GLASGOW, R. E. *et al.* Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). **Medical Care**, Hagerstown, v. 43, n. 5, p. 436-444, May 2005.

GLASGOW, R. E. *et al.* Outcomes of minimal and moderate support versions of an internet-based diabetes self-management support program. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 25, n. 12, p. 1315-1322, Dec. 2010.

GOBIERNO VASCO. Dpto. de Sanidad y Consumo. **Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad em Euskadi.** Eusko Jaurlaritza, julio 2010. 67 p.

GODERIS, G. *et al.* Start improving the quality of care for people with type 2 diabetes through a general practice support program: a cluster randomized trial. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 88, n. 1, p. 56-64, Apr. 2010.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-296, set. 2009.

GRANDY, S.; FOX, K. M. Change in health status (EQ-5D) over 5 years among individuals with and without type 2 diabetes mellitus in the SHIELD longitudinal study. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 10, p. 99, Aug. 2012.

GREENE, J. C. **Mixed methods in social inquiry**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007.

GROVER, A.; JOSHI, A. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v. 7, n. 2, p. 210-227, Mar. 2015.

GUANAES, C.; MATTOS, A. T. R. de. Contribuições do movimento Construcionista Social para o trabalho com famílias na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1005-1017, dez. 2011.

GUGIU, P. C. *et al.* Development and evaluation of the short version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. **Chronic Illness**, Leeds, v. 5, n. 4, p. 268-276, Dec. 2009.

HADDAD, S. *et al.* Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. **Family Practice**, Oxford, v. 17, n. 1, p. 21-29, Feb. 2000.

HAPP, M. B. Mixed methods in gerontological research: do the qualitative and quantitative data “touch”? **Research in Gerontological Nursing**, Thorofare, v. 2, n. 2, p. 122-127, Apr. 2009.

HARIHARAN, J. *et al.* Chronic Care Model as a framework to improve diabetes care at an Academic Internal Medicine Faculty-resident practice. **Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 37, n. 1, p. 42-50, Jan.-Mar. 2014.

HILDON, Z. *et al.* Understanding adversity and resilience at older ages. **Sociology of Health & Illness**, Henley-on-Thames, v. 30, n. 5, p. 726-740, July 2008.

HOULE, J. *et al.* Patients’ experience of chronic illness care in a network of teaching settings. **Canadian Family Physician**, Toronto, v. 58, n. 12, p. 1366-1373, Dec. 2012.

HOYERT, D. L.; XU, J. Center for disease control: leading causes of death. **National Vital Statistics Reports**, United States, v. 61, n. 6, Oct. 2012.

HU, F. B.; SATIJA, A.; MANSON, J. E. Curbing the diabetes pandemic. The need for global policy solutions. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 313, n. 23, p. 2319-2320, June 2015.

HUNG, M. *et al.* Patient-reported outcomes and total health care expenditure in prediction of patient satisfaction: results from a national study. **JMIR Public Health and Surveillance**, Toronto, v. 1, n. 2, p. e13, Sept. 2015.

IISALO, H. **Digitizing chronic care**: developing a new service model for type 1 diabetes care. Laurea University of Applied Sciences, 2014. 115 p.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION / IDF. **Diabetes atlas**. 7th ed. United Kingdom: IDF, 2015. 142 p.

INSTITUTE OF MEDICINE / IOM. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001. 337 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 266 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 134 p.

ISMAIL, I. M. *et al.* A community-based comparative study of prevalence and risk factors of hypertension among urban and rural populations in a coastal town of South India. **Sifa Medical Journal**, Maharashtra, v. 3, n. 2, p. 41-47, 2016.

IVANKOVA, N. V. Implementing quality criteria in designing and conducting a sequential QUAN → QUAL mixed methods study of student engagement with learning applied research methods online. **Journal of Mixed Methods Research**, Califórnia, v. 8, n. 1, p. 25-51, 2014.

IVANKOVA, N. V.; STICK, S. L. Students' persistence in a distributed doctoral program in educational leadership in higher education: a mixed methods study. **Research in Higher Education**, v. 48, n. 1, p. 93-135, Feb. 2007.

JACKSON, G. L. *et al.* Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. **Primary Care Diabetes**, Oxford, v. 2, n. 1, p. 39-44, Feb. 2008.

JINGI, A. M.; NANSSEU, J. R.; NOUBIAP, J. J. Primary care physicians' practice regarding diabetes mellitus diagnosis, evaluation and management in the West region of Cameroon. **BMC Endocrine Disorders**, London, v. 15, p. 18, Apr. 2015.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, Sept. 1963.

KOLEY, M. *et al.* Patient-Assessed Chronic Illness Care (PACIC) scenario in an Indian homeopathic hospital. **Journal of Traditional and Complementary Medicine**, Amsterdam, v. 6, n. 1, p. 72-77, Jan. 2016.

KRUCIEN, N.; LE VAILLANT, M.; PELLETIER-FLEURY, N. Adaptation and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care in the French context. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 269, June 2014.

KUPFER, J. M.; BOND, E. U. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary but not equal. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 308, n. 2, p. 139-140, July 2012.

LANDIM, C. A. P. **Adaptação cultural para o Brasil e Portugal do instrumento Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LANGWELL, K. *et al.* An American Indian community implements the Chronic Care Model: evolution and lessons learned. **Health Promotion Practice**, Califórnia, v. 15, p. 23S-28S, Nov. 2014. (*Supplementum 2*).

LEE, A. *et al.* General practice and social service partnership for better clinical outcomes, patient self efficacy and lifestyle behaviours of diabetic care: randomised control trial of a Chronic Care Model. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 87, n. 1032, p. 688-693, Oct. 2011.

LEECH, N. L. *et al.* Evaluating mixed research studies: a mixed methods approach. **Journal of Mixed Methods Research**, Califórnia, v. 4, n. 1, p. 17-31, 2010.

LEMMENS, K. *et al.* Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 233-242, Aug. 2009.

LEMMENS, K. M. *et al.* Evaluation of a large scale implementation of disease management programmes in various Dutch regions: a study protocol. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, p. 6, Jan. 2011.

LEYKUM, L. K. *et al.* Reciprocal learning and Chronic Care Model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, p. 44, Feb. 2011.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, Philadelphia, v. 21, n. 1, p. 55-67, Mar. 1994.

LIU, L. J. *et al.* Patient Assessment of Chronic Illness Care, glycemic control and the utilization of community health care among the patients with type 2 diabetes in Shanghai, China. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 8, n. 9, p. e73010, Sept. 2013.

LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva: World Health Organization, 1991. 80 p.

MACCOLL CENTER FOR HEALTH CARE INNOVATION. **Survey instruments**. 2012. Available from: <http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Survey_Instruments&s=165>. Cited in: 5 July 2013.

MAINDAL, H. T.; SOKOLOWSKI, I.; VEDSTED, P. Adaptation, data quality and confirmatory factor analysis of the Danish version of the PACIC questionnaire. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 31-36, Feb. 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul.-set. 2010.

MANARY, M. P. *et al.* The patient experience and health outcomes. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 368, n. 3, p. 201-203, Jan. 2013.

MANCIA, G. *et al.* 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, London, v. 28, n. 12, p. 1462-1536, June 2007.

MARKUN, S. *et al.* The concordance of care for age related macular degeneration with the Chronic Care Model: a multi-centered cross-sectional study. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 10, p. e108536, Oct. 2014.

MARQUES, A. P. *et al.* Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014.

MAXWELL, J. A.; MITTAPALLI, K. Realism as a stance for mixed methods research. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Ed.). **Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010. p. 145-167.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. O modelo de atenção às condições crônicas na ESF. In: _____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS, 2012. cap. 5, p. 139-176.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015. 193 p.

MERCADO-MARTINEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Ed.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manole, 2001. 301 p.

MILLS, K. T. *et al.* Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. **Circulation**, Texas, v. 134, n. 6, p. 441-450, Aug. 2016.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MORAIS, A. M.; NEVES, I. P. Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 20, n. 2, p. 75-104, 2007.

MOULLEC, G. *et al.* Efficacy of interventions to improve adherence to inhaled corticosteroids in adult asthmatics: impact of using components of the Chronic Care Model. **Respiratory Medicine**, London, v. 106, n. 9, p. 1211-1225, Sept. 2012.

MOYSES, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSES, S. J. (Org.). **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2012. 193 p.

MUSACCHIO, N. *et al.* Impact of a Chronic Care Model based on patient empowerment on the management of type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme. **Diabetic Medicine**, Oxford, v. 28, n. 6, p. 724-730, June 2011.

NATIONAL HIGH BLOOD PRESSURE EDUCATION PROGRAM. **The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure**. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute (US), 2004. 86 p. (Report n. 04-5230).

NIKOLIC, I. A.; STANCIOLE, A. E.; ZAYDMAN, M. **Chronic emergency: why NCDs matter**. The World Bank, July 2011. (Health, Nutrition and Population - HNP Discussion Paper).

NOUBIAP, J. J. N. *et al.* Approach to hypertension among primary care physicians in the West Region of Cameroon: substantial room for improvement. **Cardiovascular Diagnosis and Therapy**, Hong Kong, v. 4, n. 5, p. 357-364, Oct. 2014.

O'CATHAIN, A. Assessing the quality of mixed methods research: toward a comprehensive framework. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Ed.). **Sage handbook of mixed methods in the social & behavioral research**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2010. p. 531-555.

OLIVEIRA, E. B. de *et al.* Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-273, set. 2013.

ONWUEGBUZIE, A. J.; JOHNSON, R. B. The validity issue in mixed research. **Research in the Schools**, v. 13, n. 1, p. 48-63, 2006.

OPREA, L. *et al.* An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). **Health Expectations**, Oxford, v. 13, n. 1, p. 55-64, Mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE / OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: OMS, 2003. 105 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / OPAS. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília: OPAS, 2010. 232 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas.** Washington, DC: OPAS, 2015. 103 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE / OPAS; CNSS. **A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção as condições crônicas na Atenção Primária em Saúde.** Brasília: OPAS, CNSS, 2013. 390 p.

ØVRETVEIT, J. **La qualità nel Servizio Sanitario.** Napoli: EdiSES, 1996.

PEREIRA, A. F. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular.** Belo Horizonte, 2011. 71 p.

PIATT, G. A. *et al.* 3-year follow-up of clinical and behavioral improvements following a multifaceted diabetes care intervention: results of a randomized controlled trial. **The Diabetes Educator**, Califórnia, v. 36, n. 2, p. 301-309, Mar.-Apr. 2010.

PINHEIRO, C. T. M. **A gestão das doenças crônicas: implicações na prática nos cuidados de saúde primários.** 2008. 280 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação em Saúde) - Universidade Aberta, Lisboa, 2008.

POOT, A. J. *et al.* Level of satisfaction of older persons with their general practitioner and practice: role of complexity of health problems. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 9, n. 4, p. e94326, Apr. 2014.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / PBH. **Regional Noroeste e seus territórios de gestão compartilhada.** Secretaria Municipal Adjunta de Gestão Compartilhada, nov. 2013. (mapa). Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/produtos/mapa_reg_no_a3.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / PBH. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2014. 275 p.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE / PBH. **Saúde. Protocolos. Publicações da Atenção Primária.** 2017. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&lang=pt_BR&pg=5571&tax=20858>. Acesso em: 4 jan. 2017.

PRIMARY HEALTH CARE BRANCH ADDICTION; MENTAL HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE DIVISION DEPARTMENT OF HEALTH. **A chronic disease prevention and management framework for New Brunswick**. May 2010. 22 p.

PRODABEL. **Consolidado de ruas e números dos domicílios do Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte - Prodabel, 2014. (1 CD).

RAMLI, A. S. *et al.* Effectiveness of the EMPOWER-PAR intervention in improving clinical outcomes of type 2 diabetes mellitus in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. **BMC Family Practice**, London, v. 17, n. 1, p. 157, Nov. 2016.

RICK, J. *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 Services Research**, London, v. 12, p. 293, Aug. 2012.

ROEMER, M. I.; MONTOYA-AGUILAR, C. **Evaluación y garantía de la calidad en la Atención Primaria de Salud**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988. 78 p. (OMS, Publicación en Offset, n. 105).

ROSEMANN, T. *et al.* Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 13, n. 5, p. 806-813, Oct. 2007.

ROSEMANN, T. *et al.* The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. **Quality & Safety in Health Care**, London, v. 17, n. 6, p. 442-446, Dec. 2008.

ROSETE, A. Á.; NUÑO-SOLINÍS, R. **A system-wide transformation towards integrated chronic care**. The strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. June 2016. 34 p. Available from: <http://www.newhealthfoundation.org/web/wp-content/uploads/2016/06/System-wide-transform-Integrated-Care_Basque-Country.pdf>. Cited in: 14 Mar. 2017.

SACK, C. *et al.* A Chronic Care Model significantly decreases costs and healthcare utilization in patients with inflammatory bowel disease. **Journal of Crohn's and Colitis**, Amsterdam, v. 6, n. 3, p. 302-310, Apr. 2012.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, A. A. dos. **Idosos com alterações cognitivas: um estudo sobre a funcionalidade familiar em contexto de pobreza**. 2009. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SANTOS, S. T. dos; SOUZA, L. V. e. Envelhecimento positivo como construção social: práticas discursivas de homens com mais de sessenta anos. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 46-58, 2015.

SCHILLINGER, D. *et al.* Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 32, n. 4, p. 559-566, Apr. 2009.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, p. 61-74, maio 2011. (Saúde no Brasil 4).

SCHMITTDIEL, J. *et al.* Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. **Journal of General Internal Medicine**, New Jersey, v. 23, n. 1, p. 77-80, Jan. 2008.

SCHWAB, G. L. *et al.* Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 307-318, out. 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS / SES-MG. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3. ed. atualizada. Belo Horizonte: SES-MG, 2013. 200 p. (Atenção à Saúde do Adulto).

SESSO, R. C. *et al.* Prospective study of progression of kidney dysfunction in community-dwelling older adults. **Nephrology**, Carlton, v. 13, n. 2, p. 99-103, Apr. 2008.

SESSO, R. C. *et al.* Relatório do censo brasileiro de diálise de 2010. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 442-447, out.-dez. 2011.

SESSOMS, J. *et al.* Provider adherence to national guidelines for managing hypertension in african americans. **International Journal of Hypertension**, New York, v. 2015, p. 498074, 2015.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Portugal, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SILVA, A. S. B. e *et al.* Avaliação da atenção em *diabetes mellitus* em uma unidade básica distrital de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 512-518, jul.-set. 2011.

SILVA, P. A. B. **Prevalência, fatores associados, consciência e prognóstico da doença renal crônica não dialítica em idosos**: estudo transversal de base populacional. 2017. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

SMITH, S. A. *et al.* Chronic Care Model and shared care in diabetes: randomized trial of an electronic decision support system. **Mayo Clinic Proceedings**, Oxford, v. 83, n. 7, p. 747-757, July 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes no idoso**. 2011. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/diabetes-em-pacientes-especiais/1826>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, set. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. (Suplemento 1).

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. 243 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STEINHAEUSER, J. *et al.* Applicability of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) instrument in Germany resulting in a new questionnaire: questionnaire of chronic illness care in primary care. **BMC Health Services Research**, London, v. 11, p. 164, July 2011.

SUNAERT, P. *et al.* Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". **BMC Health Services Research**, London, v. 9, p. 152, Aug. 2009.

SÜSSMUTH-DYCKERHOFF, C.; WANG, J. China's health care reforms. **Health International**, n. 10, 2010. 67 p.

TAGGART, J. *et al.* Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 215-221, Apr. 2011.

TAN, N. C. PAIR UP for primary care excellence: perspectives from a primary healthcare provider in Singapore. **Singapore Medical Journal**, Singapore, v. 55, n. 3, p. 110-116, Mar. 2014.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out.-dez. 2011.

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. The past and future of mixed methods research: from data triangulation to mixed model designs. In: _____. (Ed.). **Handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003. p. 671-702.

TEDDLIE, C.; TASHAKKORI, A. **Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009.

TINOCO, M. A. C. **Proposta de modelos ampliados para a satisfação de clientes de serviços**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TUSEK-BUNC, K. *et al.* Validation of the slovenian version of Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in patients with coronary heart disease. **Collegium Antropologicum**, Zagreb, v. 38, n. 2, p. 437-444, June 2014.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World population ageing 2015**. 2015. 149 p. (ST/ESA/SER.A/390).

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, set. 2005.

VRIJHOEF, H. J. *et al.* Quality of integrated chronic care measured by patient survey: identification, selection and application of most appropriate instruments. **Health Expectations**, Oxford, v. 12, n. 4, p. 417-429, Dec. 2009.

WAGNER, E. H.; AUSTIN, B. T.; VON KORFF, M. Organizing care for patients with chronic illness. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 74, n. 4, p. 511-544, 1996.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, New Brunswick, v. 1, n. 1, p. 2-4, Aug.-Sept. 1998.

WAGNER, E. H. *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, Illinois, v. 27, n. 2, p. 63-80, Feb. 2001.

WATKINS, D. C. *et al.* Perceptions and receptivity of non-spousal family support: a mixed methods study of psychological distress among older, church-going African American men. **Journal of Mixed Methods Research**, Califórnia, v. 11, n. 4, p. 487-509, Oct. 2017.

WENSING, M. *et al.* The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: a validation study in rural general practice. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 182, Sept. 2008.

WILBER, J. A.; BARROW, J. G. Hypertension: a community problem. **The American Journal of Medicine**, New York, v. 52, n. 5, p. 653-663, May 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.** Geneva: WHO, 2002. 99 p. (Global report WHO/NMC/CCH).

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Quality of care: a process for making strategic choices in health systems.** Geneva: WHO, 2006. 38 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **A global brief on hypertension.** Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO, 2013. 39 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Global report on diabetes.** Geneva: WHO, 2016a. 87 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / WHO. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities.** Geneva: WHO, 2016b. 73 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT / WHO; OECD. **Evaluating quality strategies in Asia-Pacific countries: survey results.** Geneva: WHO, 2015. 51 p.

XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 1-20, out. 2013. (Suplemento 1).

ZDROJEWSKI, L. *et al.* Prevalence of chronic kidney disease in a representative sample of the Polish population: results of the NATPOL 2011 survey. **Nephrology Dialysis Transplantation**, Oxford, v. 31, n. 3, p. 433-439, Mar. 2016.

ZENG, W.; NORTH, N.; KENT, B. Methodological challenges to research among chinese using mixed methods to investigate older persons with depression in Macau. **Journal of Mixed Methods Research**, Califórnia, v. 6, n. 3, p. 154-165, July 2012.




ANEXOS

Resta esse constante esforço,
para caminhar dentro do LABIRINTO.
Esse eterno levantar-se, depois de cada queda.
Essa busca de equilíbrio no fio da navalha.
Essa terrível coragem, diante do grande medo.
E esse medo infantil de ter PEQUENAS CORAGENS.

(Vinicius de Moraes)

ANEXO A - Permissão concedida para uso de imagem referente ao *Chronic Care Model*



Note: Copyright.com supplies permissions but not the copyrighted content itself.

1
PAYMENT

2
REVIEW

3
CONFIRMATION

Step 3: Order Confirmation

Thank you for your order! A confirmation for your order will be sent to your account email address. If you have questions about your order, you can call us at +1.855.239.3415 Toll Free, M-F between 3:00 AM and 6:00 PM (Eastern), or write to us at info@copyright.com. This is not an invoice.

Confirmation Number: 11596360
Order Date: 10/03/2016

Payment Information

Líliam Silva
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal de Minas Gerais
ligemeasbh@yahoo.com.br
+55 (31)992550480
Payment Method: n/a

If you paid by credit card, your order will be finalized and your card will be charged within 24 hours. If you choose to be invoiced, you can change or cancel your order until the invoice is generated.

Order Details

Effective clinical practice : ECP

<p>Order detail ID: 70107341 Order License Id: 3961620772636 ISSN: 1538-9685 Publication Type: e-Journal Volume: Issue: Start page: Publisher: AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS Author/Editor: American College of Physicians ; American Society of Internal Medicine</p>	<p>Permission Status: ✔ Granted Permission type: Republish or display content Type of use: Thesis/Dissertation</p> <p>Requestor type: Academic institution Format: Print, Electronic Portion: chart/graph/table/figure Number of charts/graphs/tables /figures: 1 Title or numeric reference of the portion(s): Figura 9: O modelo de atenção crônica (CCM) Title of the article or chapter the portion is from: MENDES, E. V. O modelo de atenção crônica. In: As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 221. Editor of portion(s): Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil</p>
--	--

Note: This item will be invoiced or charged separately through CCC's **RightsLink** service. [More info](#) **\$ 0.00**

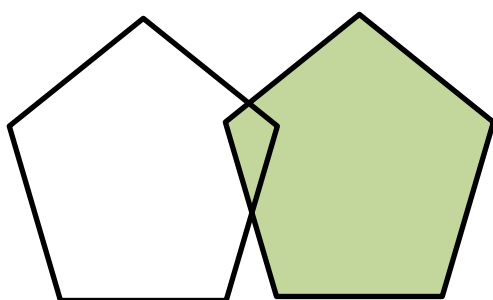
ANEXO B - Questionário simplificado para caracterização dos participantes (1ª etapa do estudo en-DoRen)

ENTREVISTA	
Questionário nº: _____	Centro de Saúde: _____
Endereço: _____	
Bairro: _____	Nº: _____ Complemento: _____
Telefone de contato: _____	Data entrevista: ___ / ___ / _____
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome completo: _____	
Sexo: M (1) F (2)	DN: ___ / ___ / _____ Naturalidade (UF): _____
Cor de pele: (1) Branca (2) Negra (3) Parda/mulata/morena/cabocla (4) Amarela (5) Indígena	
Estado civil: (1) Solteiro (2) Casado/união consensual (3) Viúvo (4) Separado/divorciado/desquitado	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO - RENDA -	
Qual é a renda familiar mensal?	Valor bruto: R\$ _____ (salário mínimo vigente: R\$ _____,00)
- MORADIA -	
Mora acompanhado?	(1) sim (2) não
Se sim, quantas pessoas no domicílio:	() crianças (0-11 anos) () adolescentes (12-18 anos) () adultos (19-59 anos) (1+) idosos (60 + anos)
Qual o grau de parentesco:	
Cuidador do idoso:	(1) nenhum (2) cônjuge (3) filhos (4) netos (5) outros _____
- ESCOLARIDADE -	
Você frequentou escola?	(1) sim (2) não
Se sim, quantos anos de estudo concluído? _____	
Nível de alfabetização:	(1) analfabeto (2) alfabetizado
HÁBITOS COMPORTAMENTAIS / ESTILO DE VIDA - TABAGISMO - 1 maço (20 cigarros)	
Você fuma atualmente?	(1) sim (2) não (3) Ex-fumante (9) Não respondeu
Fumante	Ex-fumante
Quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros	Durante quanto tempo você fumou? _____ anos
Há quanto tempo você fuma? _____ anos	Quantos cigarros fumava por dia? _____ cigarros
Já tentou parar de fumar? (1) sim (2) não	Há quanto tempo que parou de fumar? _____ anos

- CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA -				
Consome bebida alcoólica?	(1) sim	(2) não	(3) Ex-etilista	(9) Não respondeu
- AUDIT-C -				
Questão	Resposta			Pontuação
q1. Durante o último ano, com qual frequência você bebeu um copo cheio com bebida alcoólica?	Nem uma única vez			0
	Uma vez por mês ou menos			1
	De duas a quatro vezes por mês			2
	De duas a três vezes por semana			3
	Quatro ou mais vezes por semana			4
q2. Durante o último ano, quantos copos você costumou beber em um dia comum?	Nenhum, eu não bebo			0
	1 ou 2			0
	3 ou 4			1
	5 ou 6			2
	7 a 9			3
	10 ou mais			4
q3. Durante o último ano, houve alguma ocasião em que você bebeu 6 ou mais copos cheios de bebida alcoólica? Qual frequência?	Nem uma única vez			0
	Menos do que 1 vez por mês			1
	Cerca de 1 vez por mês			2
	Semanalmente			3
	Diariamente ou quase que diariamente			4
- ATIVIDADE FÍSICA -				
Você pratica atividade física ou esporte?	(1) sim	(2) não		
Qual atividade física ou esporte pratica:	(1) caminhada	(2) hidroginástica	(3) Liang Gong	
	(4) aeróbica	(5) bicicleta	(6) outros _____	
Frequência:	_____ x/semana		Duração: () < 30 min () ≥ 30 min	
- Tipo de plano de saúde -				
Qual é o tipo de plano de saúde que você utiliza?	(1) Particular	(2) Público (SUS)	(3) Ambos	

HISTÓRIA CLÍNICA			
Identifique os problemas de saúde atuais ou progressos: EM CADA UM, ESCREVA O DIAGNÓSTICO MÉDICO “DORSALGIA, HÉRNIA FEMORAL, DOENÇA VASCULAR PERIFÉRICA, FERIDA CRÔNICA, PÉ DIABÉTICO etc”.			
Hipertensão arterial (pressão alta)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Diabetes <i>mellitus</i> (açúcar no sangue)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Dislipidemia (gordura no sangue)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Dor crônica (joelho, cabeça ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças cardiovasculares (coração, infarto, angina ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças respiratórias (sinusite, bronquite ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças osteoarticulares (artrite, artrose, osteoporose ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças da tireoide	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Acidente vascular encefálico (derrame)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças do sistema digestivo (gastrite, azia ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças renais (cisto no rim, ‘pedra no rim’ ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
ITU recorrente (infecção urinária)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Incontinência urinária / fecal	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Alcoolismo	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças do olho e anexos (glaucoma, catarata ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Doenças do ouvido e processo mastoide (labirintite ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Neoplasias (câncer)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
	Se sim, especifique:		
Transtorno mental (depressão, demência, esquizofrenia, Alzheimer, insônia, outros)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
	Se sim, especifique:		
Outros (varizes, Parkinson ...)	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
	Se sim, especifique:		
Entrevistadora, caso participante tenha hipertensão arterial, preencha estas questões:			
Há quanto tempo? _____	(777) não sabe		
Faz uso de anti-hipertensivos?	(1) sim	(2) não	(7) não sabe
Você tem costume de aferir sua PA?	(1) sim	(2) não	
Se sim, quantas vezes você afere sua PA? _____			
Quando foi a última consulta médica para o controle da pressão alta? _____			

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)		
Orientação Temporal (5 pontos) Dê um ponto para cada item	Ano	
	Mês	
	Dia do mês	
	Dia da semana	
	Hora aproximada	
Orientação Espacial (5 pontos) Dê um ponto para cada item	Estado	
	Cidade	
	Bairro ou nome de rua próxima	
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)	
	Local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)	
Registro (3 pontos)	Repetir: GELO, LEÃO, PLANTA (Não precisa ser na ordem)	
Atenção e Cálculo (5 pontos) Dê 1 ponto para cada acerto. Considere a tarefa com melhor aproveitamento.	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$	
	Soletre a palavra inversamente MUNDO = ODNUM	
Memória de Evocação (3 pontos)	Quais os 3 objetos perguntados anteriormente? GELO, LEÃO, PLANTA	
Nomear dois objetos (2 pontos)	Caneta e sofá	
Repetir (1 ponto)	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	
Comando de estágios (3 pontos) Dê 1 ponto para cada ação correta)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no seu colo	
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim	
Ler e executar (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS	
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com intersecção	
Pontuação final (escore = 0 a 30 pontos)		



FRASE: _____

EXAME CLÍNICO E ANTROPOMÉTRICO				
Níveis tensionais (aférir com a pessoa sentada, de preferência no MSD)				
Pressão sistólica		Pressão diastólica		
PS 1	mmHg	PD 1	mmHg	
PS 2	mmHg	PD 2	mmHg	
PS 3	mmHg	PD 3	mmHg	
Média	mmHg	Média	mmHg	
Medidas antropométricas				
Antropometria	1ª	2ª	3ª	Média
Peso (Kg)				
Altura (cm)				
Circunf. cintura (cm)				

World Health Organization Quality of Life-bref						
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

ANEXO C - Questionário *Patient Assessment of Chronic Illness Care* / PACIC (versão português, Brasil)

Avaliação do Usuário sobre o Cuidado às Condições Crônicas - PACIC						
Manter-se saudável pode ser difícil quando se tem uma condição crônica. Nós gostaríamos de saber como você, nessa condição, é atendido pela equipe de Saúde da Família. Isso inclui seu médico, enfermeira e outros profissionais da equipe que tratam seus problemas de saúde. Suas respostas serão confidenciais e não serão compartilhadas com os profissionais da equipe.						
Durante os últimos seis meses, quando recebeu atendimento para seu problema de saúde:						
PARA AS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES, HIPERTENSÃO OU AMBOS		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Perguntaram sua opinião quando definiram o plano para tratamento de seu problema de saúde (DM, HA)	1	2	3	4	5
2	Deram opções de tratamento para que você pudesse pensar sobre elas	1	2	3	4	5
3	Perguntaram se teve problemas no uso dos medicamentos ou seus efeitos	1	2	3	4	5
4	Recebeu, por escrito, uma lista de coisas que poderia fazer para melhorar sua saúde	1	2	3	4	5
5	Ficou satisfeito com a organização de seu tratamento	1	2	3	4	5
6	Explicaram que o que você faz para cuidar de si próprio influencia seu problema de saúde (DM, HA)	1	2	3	4	5
7	Perguntaram o que você pretende fazer para cuidar de seu problema de saúde (DM, HA)	1	2	3	4	5
8	Ajudaram a definir como melhorar sua alimentação, fazer exercícios físicos, controlar estresse, parar de fumar e evitar o uso abusivo de álcool	1	2	3	4	5
9	Recebeu uma cópia, por escrito, do plano para tratamento de seu problema de saúde (DM, HA)	1	2	3	4	5
10	Incentivaram a participar de grupos específicos (hipertensos, diabéticos, caminhada, reeducação alimentar) que pudessem lhe ajudar a enfrentar seu problema de saúde (DM, HA)	1	2	3	4	5
11	Perguntaram sobre seus hábitos de saúde	1	2	3	4	5
12	A equipe de saúde levou em conta o que você pensa, no que acredita, seu modo de vida, quando indicou seu tratamento	1	2	3	4	5
13	Ajudaram a fazer um tratamento para que você pudesse seguir no seu dia a dia	1	2	3	4	5
14	Ajudaram a planejar como cuidar de sua saúde nos momentos mais difíceis da vida	1	2	3	4	5
15	Perguntaram como seu problema de saúde (DM, HA) afeta sua vida	1	2	3	4	5
16	A equipe de saúde lhe procurou, após a consulta, para saber como estava indo seu tratamento	1	2	3	4	5
17	Incentivaram a participar de programas comunitários, como grupos socioeducativos (grupos da Terceira Idade, grupos da Melhor Idade, Grupos de Convivência ...), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Referência do Idoso, Academia da Cidade, pastoral da pessoa idosa, associações, que pudessem lhe ajudar	1	2	3	4	5
18	Orientaram, individualmente ou em grupo, por um nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, assistente social, equipe de saúde bucal e/ou profissional da educação física, sobre cuidados com sua saúde	1	2	3	4	5
19	Informaram que consultas com outros médicos especialistas, como oftalmologistas, cardiologistas, nefrologistas, endocrinologistas, psicólogos, podem ajudar no seu tratamento	1	2	3	4	5
20	Perguntaram como estavam indo as visitas a outros médicos especialistas	1	2	3	4	5

() não frequenta unidade básica de saúde

() não tem diabetes, hipertensão ou ambos

() recusou responder ou não encontrado

ANEXO D - Formulário para coleta de dados - prontuário eletrônico

Nome:		UBS:	
Nº prontuário:		Não encontrado:	
Diagnóstico(s): HA () DM () Outros:			
	Exame realizado¹ OU solicitado mas não realizado²	2015	2016
Hipertensão e/ou diabetes	Glicemia em jejum		
	Creatinina		
	Potássio		
	Colesterol total		
	Colesterol frações		
	Triglicérides		
	Urina rotina		
	Microalbuminúria		
	Hemoglobina ou hematócrito ³		
Diabetes	Glicemia pós-prandial		
	Hemoglobina glicada		

Nota: ¹ registro com caneta azul; ² registro com caneta vermelha.

³Para pessoas idosas com diabetes considerar todos os exames previstos, EXCETO hemoglobina ou hematócrito.

APÓS ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO



Registrar número TOTAL para cada exame previsto realizado OU solicitado mas não realizado, considerando o recorte temporal segundo estratificação de risco.

Parâmetros de assistência SE IDOSO com HA, por estrato de risco e exame laboratorial					
Exame previsto	R	NR	Exame previsto	R	NR
n. glicemia em jejum/ano			n. triglicérides/ano		
n. creatinina/ano			n. urina rotina/ano		
n. potássio/ano			n. microalbuminúria/ano		
n. colesterol total/ano			n. Hb ou Hematócrito/ano		
n. colesterol frações/ano					
Parâmetros de assistência SE IDOSO com DM, por estrato de risco e exame laboratorial					
Exame previsto	R	NR	Exame previsto	R	NR
n. glicemia em jejum/ano			n. urina rotina/ano		
n. creatinina/ano			n. microalbuminúria/ano		
n. colesterol total/ano			n. glicemia pós prandial/ano		
n. colesterol frações/ano			n. hemoglobina glicada/ano		
n. triglicérides/ano			n. potássio/ano		

Nota: DM - diabetes *mellitus*; HA - hipertensão arterial; Hb - hemoglobina; NR - não realizado; R - realizado; UBS - unidade básica de saúde.

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Dirigido aos Idosos ou Responsáveis

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, como colaborador(a) na pesquisa intitulada "Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte", desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a coordenação da Profª Sônia Maria Soares.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Resumo do projeto

A partir das observações e análise prévia dos dados provenientes do projeto "Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais" do qual está participando, verificamos a necessidade de melhor conhecer a capacidade das equipes de Saúde da Família em prover cuidado às pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis, tais como, o diabetes e a hipertensão arterial. Neste sentido, foi elaborado este novo estudo no intuito de dar seguimento à avaliação do estado de saúde dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde, tendo como foco a avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte. Para isso, iremos coletar outras informações por meio de questionário e prontuário, sendo utilizados também dados referentes aos exames laboratoriais previamente coletados no primeiro estudo como subsídio na avaliação de como está a sua saúde e como está sendo acompanhado pelas equipes de Saúde da Família. Reafirmamos que será assegurado o direito a não participação, à confidencialidade dos dados e ao cuidado na utilização das informações nos trabalhos escritos, de modo que os participantes não possam ser identificados.

Participação no trabalho

A participação é voluntária, isenta de despesas e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento na pesquisa. O indivíduo poderá recusar-se em participar do estudo a qualquer momento sem quaisquer prejuízos.

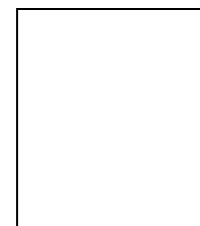
Belo Horizonte, ____ de ____ de 201__

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____

Impressão datiloscópica (quando se aplicar)



Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Soares
Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG
smssoares.bhz@terra.com.br
(31) 3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG
Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br
Telefone: (31) 3409-4592

Líliam Barbosa Silva
Doutoranda/EEUFMG
ligemeasbh@yahoo.com.br
(31) 2531-1796

- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA
Rua Frederico Bracher Júnior, n. 103, 3º andar.
Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG, Brasil.
CEP: 30.720-000
Telefone: (31) 3277-5309
Email: coep@pbh.gov.br

Procedimentos

Na primeira etapa do estudo, caso concorde em participar, será solicitado que você responda a um questionário aplicado por pesquisadores treinados da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com perguntas relacionadas a você e sua percepção sobre o cuidado prestado pela Unidade Básica de Saúde que frequenta. Ainda, será solicitado permissão para que os pesquisadores possam utilizar os dados referentes aos exames laboratoriais (sangue e urina) previamente coletados no primeiro estudo já mencionado “*Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais*” do qual participa, e de outras informações relacionadas ao processo de cuidado proveniente de seu prontuário a ser disponibilizado pelo centro de saúde/equipe de Saúde da Família da qual está vinculado. Na segunda etapa, caso seja selecionado para o estudo de caso, o(a) senhor(a) precisará responder outras perguntas com maior profundidade que serão feitas pela pesquisadora, para esclarecer algumas questões expostas na primeira etapa do estudo. Para tanto, também será solicitado que aponte figuras que melhor representem sua percepção sobre o que define qualidade do cuidado recebido no centro de saúde. Solicitaremos permissão para gravar a entrevista. Os dados obtidos serão analisados segundo métodos mistos (quantitativos e qualitativos). Todos esses procedimentos não envolverão nenhum custo.

Confidencialidade

Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e o(a) informante não será identificado(a) como participante da pesquisa, garantindo o anonimato. A utilização dos resultados do estudo será divulgada em artigos científicos, Tese de Doutorado e eventos científicos, congressos e na SMSA/BH. Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fins de acompanhamento, sendo necessários contatos a *posteriori*. Também, para casos onde haja dúvidas de ambas as partes, ou quando julgar necessário agendar um novo encontro para finalização do questionário e/ou entrevista nos estudos de caso devido ao cansaço ou incapacidade do informante em respondê-lo.

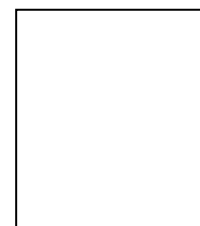
Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Belo Horizonte, ____ de ____ de 201__

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____



Impressão datiloscópica (quando se aplicar)

Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Soares
 Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG
 smsoares.bhz@terra.com.br
 (31) 3409-4592

- **COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG**
 Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627
 Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005
 Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil.
 CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br
 Telefone: (31) 3409-4592

Líliam Barbosa Silva
 Doutoranda/EEUFMG
 ligemeasbh@yahoo.com.br
 (31) 2531-1796

- **CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA**
 Rua Frederico Bracher Júnior, n. 103, 3º andar.
 Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG, Brasil.
 CEP: 30.720-000
 Telefone: (31) 3277-5309
 Email: coep@pbh.gov.br

Riscos e desconfortos

Os riscos para os participantes deste estudo serão mínimos e poderão estar, eventualmente, associados ao constrangimento do(a) senhor(a) durante gravação da entrevista. Você tem todo o direito de não participar e isso será acatado imediatamente pelas pesquisadoras. Ressaltamos que, caso eventualmente ocorra, garantiremos a reparação dos danos causados na execução da pesquisa e o reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa.

Benefícios

Esta nova proposta de estudo poderá contribuir tanto para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa com doença crônica efetivamente praticado no conjunto da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família, quanto contribuir para a análise e reorganização das práticas de cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão na Rede BH, a partir da identificação de problemas e compreensão dos determinantes de êxito e fracasso os quais poderão ser identificados como norteadores de ações de melhoria, o que justificam este estudo. Ressaltamos que os idosos com comprometimento da função renal serão orientados a procurarem o centro de saúde de referência para acompanhamento. Os participantes que apresentarem lesão renal mais avançada (estágio IV e V) serão encaminhados ao serviço médico nefrológico para melhor acompanhamento.

Consentimento

Declaro para os devidos fins que me considero satisfeito(a) com as explicações da pesquisadora e concordo em participar como voluntário(a) deste estudo.

Como tenho dificuldade para ler () sim () não, o escrito acima, atesto também que a pesquisadora (ou membro da pesquisa) leu pausadamente esse documento e esclareceu as minhas dúvidas, e mediante a minha concordância para participar do estudo, coloquei abaixo a minha assinatura ou impressão digital. Eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

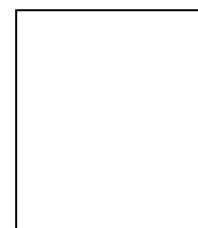
Belo Horizonte, ____ de ____ de 201__

Nome completo do participante: _____

Nome completo do informante: _____

Assinatura: _____

Impressão datiloscópica (quando se aplicar)



Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

 Prof.ª Dr.ª Sônia Maria Soares
 Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG
 smsoares.bhz@terra.com.br
 (31) 3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG
 Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627
 Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005
 Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil.
 CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br
 Telefone: (31) 3409-4592

 Líliam Barbosa Silva
 Doutoranda/EEUFMG
 ligemeasbh@yahoo.com.br
 (31) 2531-1796

- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA
 Rua Frederico Bracher Júnior, n. 103, 3º andar.
 Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG, Brasil.
 CEP: 30.720-000
 Telefone: (31) 3277-5309
 Email: coep@pbh.gov.br

Nota: esclarecemos que o contato com o COEP deve ser consultado apenas para esclarecer dúvidas éticas.

ANEXO F - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 48212615.2.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Sônia Maria Soares
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

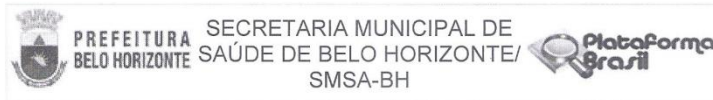
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de setembro de 2015, o projeto de pesquisa intitulado **"Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Telma Campos Medeiros Lorentz', is written over a horizontal line.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO G - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48212615.2.3001.5140

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.351.378

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um sub projeto do "Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte/MG", aprovado pelo Parecer CAAE - 12319713.9.0000.5149 (COEP UFMG) e Parecer Consubstanciado nº 448.308 (COEP SMSA/BH). Este estudo epidemiológico, longitudinal, do tipo coorte prospectivo, envolve quatro ondas: 1ª onda: (marco zero) visa avaliar a prevalência de doença renal crônica (DRC) em idosos, a partir da aplicação de questionário estruturado, medidas antropométricas, coleta de sangue e urina, análise documental em prontuários; 2ª onda: (3 meses após primeira coleta) mesmos procedimentos da 1ª onda acrescido da realização de ECG; 3ª onda: (18 meses após primeira coleta) reavaliação da função renal, com repetição das medidas antropométricas, coleta de sangue e urina, ultrassom de vias urinárias e análise documental em prontuários; 4ª onda: (36 meses após primeira coleta) último seguimento na avaliação da função renal, com repetição das medidas antropométricas, coleta de sangue e urina, ultrassom de vias urinárias e análise documental em prontuários. O referido estudo, até o momento, encontra-se na 1ª e 2ª onda. Resultados prévios da 1ª onda já se mostram preocupantes visto que em uma amostra de 151 idosos até então rastreados já indicam elevada taxa de DRC (39,7% total, sendo 2,6% estágio I; 14,6% estágio II; 22,5% estágio III e 0% estágio IV e V). Mediante a esses resultados, elaborou-se o atual estudo que terá como objetivo

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

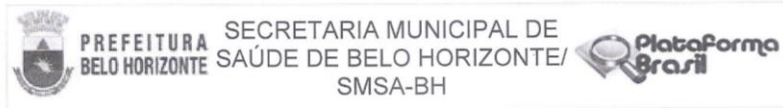


Continuação do Parecer: 1.351.378

avaliar a qualidade do cuidado ao idoso com diabetes (DM) e/ou hipertensão (HA) acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte/MG. O presente estudo poderá contribuir para responder às seguintes questões: Qual é a capacidade institucional para a atenção ao idoso com DM e/ou HA (principais fatores de risco para DRC) na perspectiva dos profissionais de saúde e dos usuários? Como é feito o acompanhamento desses idosos pelas equipes de Saúde da Família? Por que determinados preditores de cuidado contribuem diferentemente para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família?

Este é um projeto de métodos mistos com desenho explanatório sequencial, que envolve primeiro a coleta de dados quantitativos e, depois, explica ou elabora os resultados quantitativos obtidos na primeira fase com dados qualitativos coletados em profundidade. A amostra envolverá 525 idosos com 60 anos ou mais acompanhados nas 16 unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário Noroeste em Belo Horizonte e equipes de Saúde da Família atuantes no referido Distrito. Os dados serão coletados em duas fases: a fase quantitativa envolverá entrevistas individuais com idosos e equipes de Saúde da Família, sendo usados o questionário de Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas / percepção profissional (ACIC) e de Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas / percepção dos idosos (PACIC) e análise documental (prontuário do idoso). A 2ª fase, qualitativa, envolverá entrevistas individuais em profundidade com idosos e equipes de Saúde da Família selecionados da primeira fase. Os dados quantitativos serão analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 22.0 e os dados qualitativos, por meio do software estatístico R. Os resultados de ambas as fases serão integrados na discussão dos mesmos. A razão para a coleta de dados quantitativos e qualitativos é comparar as duas formas de dados para proporcionar um maior insight do problema do que seria obtido por qualquer tipo de dados separadamente. Até mesmo porque nem os métodos quantitativos nem os qualitativos são suficientes por si sós para captar as tendências e os detalhes de situações a serem estudadas, como a questão complexa que envolve o cuidado ao idoso com doença crônica. A pesquisadora elegeu como critérios de Inclusão: Idoso:# pessoa com 60 anos de idade ou mais com diabetes e/ou hipertensão; # ser acompanhado por pelo menos seis meses por uma equipe de Saúde da Família atuante no Distrito Sanitário Noroeste;# ter submetido aos exames laboratoriais realizados na 1ª onda do estudo de coorte;# ter respondido ao questionário voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; com relação às Equipes de Saúde da Família:# profissionais de saúde integrantes das equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário em estudo que direta ou indiretamente prestam cuidados aos idosos a serem selecionados no atual estudo,

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.351.378

incluindo o gerente de cada unidade básica de saúde (UBS); # profissionais que tenham tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família de no mínimo seis meses até o momento da entrevista; # ter respondido ao questionário voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como Critérios de Exclusão: Idoso; # idosos cuja condição física impossibilite a realização das medidas antropométricas (pessoas acamadas, desospitalizadas que estejam acamadas temporariamente e cadeirantes); # idosos institucionalizados na área adscrita. # Equipes de Saúde da Família; # profissionais que no momento da coleta de dados estiverem de férias, em viagem, licença médica ou recusa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Avaliar a qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus (DM) e/ou hipertensão arterial (HA) acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Objetivos específicos:

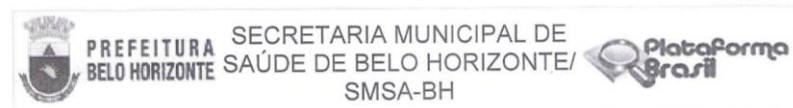
- # Descrever o perfil sociodemográfico, clínico, comportamental, antropométrico e bioquímico de idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Avaliar a capacidade institucional para o cuidado ao idoso com DM e/ou HA na perspectiva da equipe de Saúde da Família (Assessment of Chronic Illness Care/ACIC);
- # Avaliar o processo de cuidado ao idoso com DM e/ou HA na perspectiva do idoso acompanhado pelas equipes de Saúde da Família (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions/PACIC);
- # Avaliar a adesão global à prestação de serviços regulares a idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Identificar preditores de cuidado que contribuem para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família;
- # Entender porque determinados preditores de cuidado contribuem diferentemente para o controle metabólico dos idosos com DM e/ou HA acompanhados pelas equipes de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo a pesquisadora os riscos para os participantes deste estudo serão mínimos e que poderão estar, eventualmente, associados ao constrangimento durante a entrevista ou por ocasião da fotografia que será apenas do objeto indicado pelo entrevistado. Como minimização dos riscos

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

Página 03 de 07



Continuação do Parecer: 1.351.378

ressalta ainda que os sujeitos terão o direito de não participarem do estudo e que isso será acatado imediatamente pela pesquisadora.

Benefícios: Quanto aos benefícios, o presente estudo poderá contribuir tanto para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa com doença crônica efetivamente praticado no conjunto da assistência prestada pelas equipes de Saúde da Família, bem como contribuir para a análise e reorganização das práticas de cuidado ao idoso com diabetes e/ou hipertensão na rede de atenção à saúde de Belo Horizonte, a partir da identificação de problemas e compreensão dos determinantes de êxito e fracasso os quais poderão ser identificados como norteadores de ações de melhoria.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo poderá contribuir para a busca pela qualidade dos serviços de assistência em saúde no Brasil, principalmente para a atenção ao idoso, tendo em vista a sua importância na adequação das políticas públicas às necessidades desse grupo etário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados ao projeto os seguintes documentos e informações:

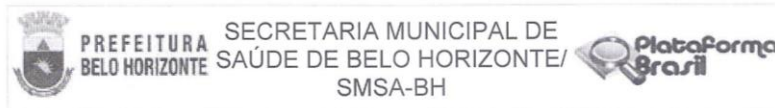
- Folha de Rosto (com assinatura da pesquisadora responsável)
- TCLEs anexados ao projeto,
- Carta de anuência da Instituição coparticipante assinada pela Gerente do Distrito Sanitário Noroeste;
- Instrumentos de Coleta de Dados,
- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, aprovando o desenvolvimento da pesquisa.

Recomendações:

1) incluir em ambos os modelos de TCLEs informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

Página 04 de 07



Continuação do Parecer: 1.351.378

2) Incluir os possíveis desconfortos e constrangimentos dos participantes decorrentes da realização das entrevistas de profundidade (segunda fase da coleta de dados);

3) Adequar o TCLE direcionado aos idosos à Resolução 466/2012, no que se refere às informações sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

4) Recomenda-se revisão da redação do TCLE dos idosos para maior compreensão do parágrafo: "A partir das observações e análise prévia dos dados provenientes do projeto "Estudo epidemiológico da doença renal crônica não-dialítica em idosos residentes na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais" do qual está participando, observamos falhas no cumprimento da linha-guia das ações direcionadas à identificação de grupos de risco na população idosa, principalmente, no gerenciamento das doenças crônicas não transmissíveis.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

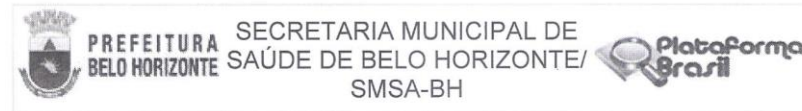
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Avaliação da qualidade do cuidado ao idoso com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial acompanhado pelas equipes de Saúde da Família na região Noroeste de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.351.378

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_598084_E1.pdf	24/09/2015 14:43:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEIDOSOEPROFISSIONALSONIAMARIA.docx	19/09/2015 18:51:08	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	Resposta_diligencia.doc	11/09/2015 00:07:46	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	11/09/2015 00:05:04	Sônia Maria Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_idoso_ESF.docx	11/09/2015 00:02:03	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto.pdf	07/08/2015 14:11:22		Aceito
Outros	Termo compromisso.pdf	05/08/2015 20:23:40		Aceito
Outros	COEP estudo longitudinal coorte.docx	05/08/2015 20:22:51		Aceito
Outros	Aprovação ENB.docx	05/08/2015 20:20:51		Aceito
Outros	Carta de anuência SMSA-BH.docx	05/08/2015 20:19:43		Aceito

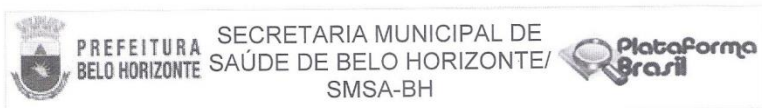
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.351.378

BELO HORIZONTE, 04 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br