

# Agendamentos de consultas na Atenção Primária: síntese de evidências para apoio à decisão da gestão

## Appointment Scheduling in Primary Care: synthesis of evidence to support management decision

Sanni Silvino Parente<sup>I</sup>; Maritsa Carla de Bortoli<sup>II</sup>; Cintia de Freitas Oliveira<sup>III</sup>; Bruna Carolina Araújo<sup>IV</sup>

### Resumo

**Introdução:** O acesso na Atenção Primária está relacionado à qualidade do cuidado prestado e deve suprir as demandas. Existem três modelos descritos de organização da agenda (tradicional, carve-out e acesso avançado). Este estudo tem por objetivo levantar estratégias efetivas de agendamento de consultas na Atenção Primária com desfechos positivos de acesso. **Metodologia:** Elaborou-se uma Síntese de Evidências para Políticas e, em seguida, foi realizado um diálogo deliberativo, buscando discutir aspectos relacionados à implementação das estratégias. **Resultados:** Foram identificadas diversas estratégias efetivas, agrupadas por similaridade de temas em seis opções: 1) Ampliação da oferta de consultas do dia; 2) Monitoramento por equipes multidisciplinares; 3) Aumento da capacidade; 4) Pacotes de intervenção; 5) Intervenções prévias ao agendamento da consulta; 6) Regulação entre os níveis de atenção. **Discussão:** Essas opções podem ser implementadas de forma parcial ou completa, associadas ou não. Faz-se necessário observar barreiras e facilitadores para a implementação de cada uma delas em relação à quatro níveis: usuários do serviço, profissionais, organização dos serviços e sistemas de saúde. **Conclusão:** A síntese oferece o embasamento teórico, mas apresenta limitações, e os resultados precisam ser considerados com cautela para a realidade brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Agendamento de consultas.

### Abstract

**Introduction:** Primary care access is related to the quality of care provided and must meet demands. There are three proposed models to organize scheduling that are described (traditional, carve-out and advanced access). This study aims to present effective strategies for scheduling appointments in primary care with positive access outcomes. **Methodology:** A Synthesis of Evidence for Policies was developed, followed by a Deliberative Dialogue, to discuss aspects related to the implementation of the strategies. **Results:** Several effective strategies were identified, grouped by similarity of themes into six options: 1) Expansion of appointments offer in the same day; 2) Multidisciplinary teams monitoring patients; 3) Capacity increase; 4) Patient Care Bundles; 5) Interventions prior to scheduling the appointments; 6) Regulation between service levels. **Discussion:** These options can be implemented partially or completely, associated between each other or not. It is necessary to observe barriers and facilitators for the implementation of each of them in relation to four levels: service users, professionals, organization of services and health systems. **Conclusion:** The synthesis offers the theoretical basis for improving scheduling in primary health care, but it has limitations and the results must be interpreted with caution for the Brazilian reality.

**Keywords:** Primary Health Care; Health services accessibility; Appointments and schedule.

<sup>I</sup> Sanni Silvino Parente (parentesanni@gmail.com) é Médica; Mestranda do Instituto de Saúde.

<sup>II</sup> Maritsa Carla de Bortoli (maritsa@isaude.sp.gov.br) é Nutricionista; Doutora; Diretora Centro de Tecnologia de Saúde para o SUS/SP, do Instituto de Saúde.

<sup>III</sup> Cintia de Freitas Oliveira (cintiaf15@gmail.com) é Obstetriz; Mestranda; Diretora do Núcleo de Fomento e Gestão de Tecnologias de Saúde, do Instituto de Saúde.

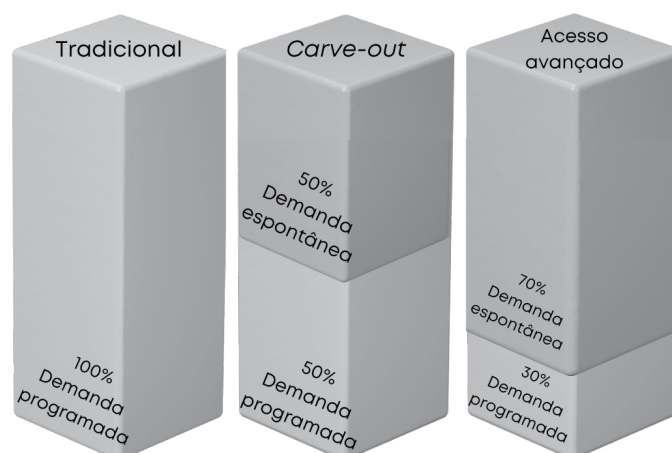
<sup>IV</sup> Bruna Carolina Araújo (brucaraju@gmail.com) é Fisioterapeuta; Especialista; Diretora do Núcleo de Análise e Projetos de Avaliação de Tecnologias de Saúde, do Instituto de Saúde.

## Introdução

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do sistema. É constituída por atributos<sup>1</sup>, sendo o primeiro deles a “porta de entrada” ou “acessibilidade e primeiro contato”<sup>5</sup>, e está associado às definições de continuidade do cuidado e ao acesso oportuno<sup>2</sup>. A

qualidade do cuidado está relacionada ao acesso em tempo oportuno e à eficácia do serviço<sup>3</sup> em responder às demandas programadas e espontâneas. Para atendimento das demandas, há três modelos de organização das agendas e oferta de acesso descritos: o modelo tradicional, o acesso avançado e o *carve-out* (Figura 1).<sup>4</sup>

**Figura 1 – Modelos de agendamento (adaptado de Murray e Tantau, 2004).**



No modelo tradicional, há o agendamento prévio das consultas, com saturação dos espaços de agenda antes do início do dia de trabalho. É geralmente direcionado por programas prioritários e as demandas urgentes são negligenciadas ou atendidas como “encaixes”. Toda a demanda excedente gera uma fila de espera<sup>4,5</sup>. O segundo formato, chamado “acesso avançado”, é realizado quando pelo menos metade das vagas é destinada às demandas espontâneas, com consequente aumento do número de consultas, redução do absenteísmo, benefícios estratégicos e clínicos.<sup>4,5,7,8</sup>

O *carve-out* é definido por maior flexibilidade nos agendamentos, mas com manutenção da capacidade fixa. Nesse modelo, há destinação de metade das vagas para acolhimento de necessidades que surgem no dia. Esse formato permite a formação de um terceiro grupo de pacientes: aqueles que não serão atendidos no dia, mas que também não podem aguardar na fila de espera pelo agendamento.<sup>4</sup>

Além desses modelos de agendamento, diversas estratégias são utilizadas pelos profissionais de saúde

e gestores, na tentativa de melhorar a oferta de acesso, atributo com pior avaliação em diversos estudos de qualidade da AB<sup>9,10,11</sup>. Como não há unanimidade sobre a melhor estratégia de agendamento e a escolha depende muito do contexto dos serviços, o presente estudo tem por objetivo levantar em literatura as estratégias efetivas de agendamento de consultas na Atenção Primária, que melhoram a qualidade do acesso à saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Santos (SP).

## Desenho do estudo

Foi desenvolvida uma revisão de literatura complementada com componente participativo, realizada em três etapas: dimensionamento da magnitude do problema, elaboração de uma síntese de evidências para informar políticas, e realização de um diálogo deliberativo. Todo o estudo recebeu aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) em 1/8/2022 sob o N° CAAE 61094022.8.0000.5469 e da Secretaria Municipal de Saúde de Santos em 25/4/2023, N° CAAE 61094022.8.3002.0263. Aqui,

serão apresentados resultados referentes à elaboração da síntese de evidências.

As sínteses de evidências são revisões de literatura cuja metodologia busca de forma sistematizada apresentar as melhores opções para resolução de um problema com base em evidências. É uma das estratégias de tradução do conhecimento sendo, normalmente, elaborada a partir de um problema prioritário e destinada à gestores<sup>12</sup>.

Um protocolo da síntese de evidências foi publicado<sup>13</sup>. A pergunta de pesquisa foi elaborada conforme o acrônimo PCC: P (população) = usuários, profissionais e gestores da UBS; C (conceito) = intervenções efetivas para o agendamento de consultas; C (contexto) = Atenção Primária à Saúde, sendo critérios de inclusão as revisões sistemáticas, revisões rápidas, síntese de evidências, que abordam a temática de estratégias de marcação de consultas em UBS no Brasil ou serviços de Atenção Primária no mundo. As estratégias de buscas foram montadas a partir de descritores DeCs e Mesh, com apoio de

bibliotecária experiente em revisões sistemáticas, e foram consultadas dez bases de dados e duas bases de literatura cinzenta.

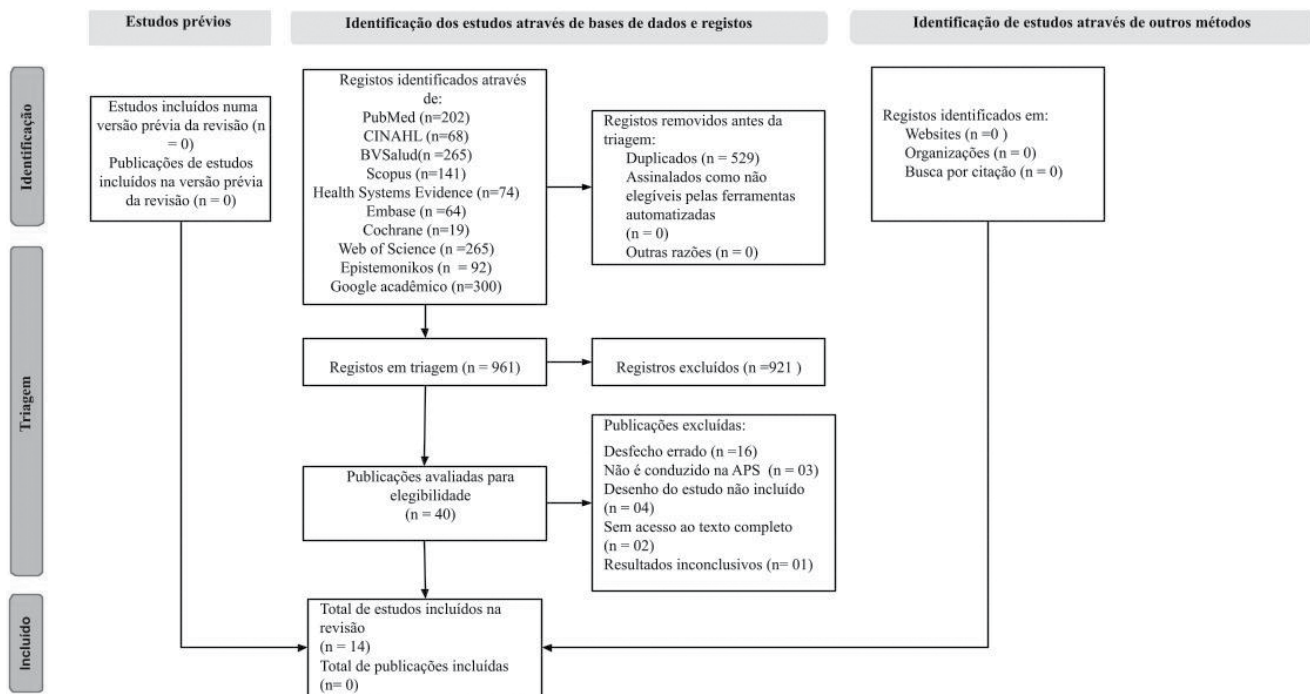
A seleção foi realizada por duplas independentes de revisoras, e as divergências resolvidas por consenso. Para a seleção, utilizou-se o *software* Rayyan<sup>14</sup>. A extração foi realizada por uma revisora e checada por outra, e os dados coletados foram inseridos em uma planilha no *software* Excel.

Após a extração dos dados, as opções foram elaboradas com base no agrupamento temático das estratégias descritas e cada opção foi descrita em relação aos benefícios, danos potenciais, vieses dos estudos e percepções de atores sociais afetados por elas.

## Resultados

As buscas resultaram em 1490 títulos, dos quais 529 foram excluídos por duplicação, resultando em 961 estudos. Após a triagem e elegibilidade, 14 foram selecionados para a extração, conforme Figura 2.

**Figura 2 - Fluxograma de seleção e elegibilidade de estudos.**



A leitura e extração dos 14 estudos incluídos resultaram em 21 estratégias relacionadas com melhores desfechos no atributo acesso. Essas estratégias apresentavam algumas similaridades entre as suas definições e foram agrupadas de acordo com essas características em seis opções, e apresentadas em ordem conforme a quantidade de revisões que apresentavam a estratégia, descritas a seguir.

### **Ampliação da oferta de consultas do dia – opção 1**

As informações dessa opção foram levantadas a partir de cinco revisões<sup>8,16,17,18,19</sup>, que denominam a opção como acesso avançado (AA) ou agendamento aberto. As revisões definem como destinação de 50% a 70% do total de vagas diárias para demandas que aparecem no dia, e atendimento do usuário em tempo oportuno em até 24 ou 48 horas desde a procura pelo sistema de saúde.

Os resultados apresentam redução no tempo de espera para consulta e taxa de absenteísmo<sup>8</sup>, melhor alcance de metas de qualidade e estrutura dos serviços<sup>19</sup> e redução do tempo de internação hospitalar<sup>18</sup>. As evidências sugerem também aumento dos custos compensados pela eficiência do serviço.<sup>16,18</sup>

Os resultados foram conflitantes ao medir a satisfação do paciente<sup>8,16,18</sup>, o aumento do volume de consultas<sup>8,17</sup>, os desfechos clínicos positivos<sup>17,18,19</sup> e a utilização dos departamentos de urgência e emergência<sup>8,18</sup>. Há danos potenciais descritos em relação à continuidade do cuidado, vigilância de pacientes portadores de doenças crônicas e acompanhamento de pacientes após a alta hospitalar.<sup>8,17</sup>

### **Monitoramento por equipes multidisciplinares – opção 2**

Consiste no monitoramento de um grupo de pacientes por equipes multidisciplinares e oferta de cuidado em tempo oportuno, com base na observação e troca de informações por meio de um portal *online* ou por utilização de telessaúde. É descrita em quatro revisões.<sup>17,20,21,22</sup>

Essa estratégia se mostrou eficaz na redução do tempo de espera para consulta<sup>20,22</sup>, no aumento

da quantidade de consultas<sup>17,21</sup>, na diminuição da utilização de serviços de atenção secundária, melhoria em alguns desfechos clínicos e ações de autocuidado, na redução do absenteísmo<sup>21</sup> e das hospitalizações, na otimização dos agendamentos<sup>17</sup> e aumento da satisfação de pacientes e profissionais de saúde<sup>20</sup>. Foi verificada elevação do custo para a implementação do portal *online*<sup>20</sup> e não foram descritos riscos nos estudos; portanto, também não foram encontradas incertezas.

### **Aumento da capacidade – opção 3**

É definido como implementação de outros equipamentos de saúde direcionados ao atendimento de demandas espontâneas, não necessariamente vinculadas ao território, capazes de realizar atendimentos rápidos e direcionados à queixa e ao prolongamento do tempo de atendimento nas unidades básicas. Essa opção foi escrita a partir de três revisões.<sup>20,21,22</sup>

A ação apontou benefícios relacionados à redução no tempo de espera para a consulta e na quantidade de pessoas em filas de espera para atendimento, melhoria em desfechos clínicos, redução na utilização dos demais níveis de atenção e na variabilidade de profissionais médicos, e aumento da satisfação<sup>20,21,22</sup>. Entretanto, há riscos relacionados ao acompanhamento de pessoas portadoras de doenças mentais graves<sup>22</sup> e à manutenção do vínculo e longitudinalidade.<sup>21,22</sup>

### **Pacotes de intervenção – opção 4**

Duas revisões apresentaram três estratégias combinadas em pacotes de intervenção, de forma que não se pode analisar isoladamente o efeito de uma ação constante de um desses pacotes.<sup>16,22</sup>

Os pacotes de intervenção estudados foram: 1) Acesso avançado, atendimentos de enfermagem, retornos por telefone, medidas para redução de consultas de retorno, triagem por médicos generalistas ou enfermeiros, redirecionamento da carga de trabalho de médicos, medidas de promoção do autocuidado e intervenções digitais (e-mail); 2) Acesso avançado, retornos por telefone e avaliação dos retornos por um profissional de saúde; e 3) Acolhimento e

aconselhamentos rápidos por estudantes de medicina e intervenções em grupos.

Em todas as estratégias, notou-se redução do tempo de espera para consulta e do absenteísmo, aumento da eficiência, facilidades no controle clínico dos pacientes e melhor continuidade do cuidado<sup>16</sup>. Não houve consenso em relação à satisfação dos pacientes.<sup>22</sup>

### **Intervenções prévias ao agendamento da consulta – opção 5**

A opção foi montada com base na descrição de duas estratégias, encontradas em duas revisões, realizadas antes do agendamento da consulta pelo paciente: centralização da demanda com triagem clínica por um profissional de saúde e monitoramento de um pequeno grupo de autocuidado populacional por um profissional enfermeiro capacitado. Os benefícios associados à opção relacionam-se ao nível dos serviços de saúde, com promoção do uso de teleconsultas e aumento da utilização e identificação de necessidades clínicas com mais eficiência. Houve diminuição do tempo de espera para consulta para a estratégia de triagem, mas não para a estratégia de grupos.<sup>21,22</sup>

### **Regulação entre os níveis de atenção – opção 6**

As estratégias foram retiradas de duas opções. O acesso à atenção primária também pode se dar por meio da contrarregulação de usuários dos níveis secundários e terciários. Essa opção combinou estratégias de agendamento de consultas de indivíduos que advêm desses serviços, com o envolvimento de pacientes e familiares no plano de cuidado ou por intensificação da comunicação e compartilhamento de decisões entre profissionais dos diferentes serviços, com responsabilização da atenção primária ainda durante a internação e garantia de transferência do cuidado por meio de visitas domiciliares agendadas durante a programação de alta.<sup>21,22</sup>

A opção foi eficaz para redução das listas de espera para consulta, aumento da utilização da APS e da frequência, avanço no intercâmbio de informação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção e diminuição nas readmissões hospitalares. Entretanto,

notou-se aumento do tempo de espera para retornos e limitação do tempo de consultas.<sup>21,22</sup>

## **Discussão**

As opções são apresentadas individualmente, mas a implementação pode ser realizada de forma integrada, combinando aspectos de várias estratégias concomitantemente. Entretanto, independentemente de qualquer opção escolhida, a implementação das opções precisa ser analisada sob a óptica de quatro níveis: dos indivíduos, dos trabalhadores da saúde, das organizações de serviços de saúde e dos sistemas de saúde. Barreiras ou facilitadores para a implementação das opções estão apresentadas a seguir, e apesar de algumas estarem mais dirigidas a opções específicas, também podem, e talvez devam ser consideradas como questões que servem para todas elas.

A falta de análise e consideração sobre recursos disponíveis pelos indivíduos, territórios e percepção de necessidade individual e coletiva se mostra como uma barreira de implementação individual<sup>23</sup>. As relações de poder entre o território e os profissionais de saúde são influências à implementação de opções que exigem inter-relação e mudança de atitude em ambos os lados, como, por exemplo, no acesso avançado.<sup>24</sup>

O contexto sociocultural, o *status* socioeconômico, o autoconhecimento individual e a capacidade de resolução de conflitos são características que precisam ser consideradas como potenciais barreiras à implementação de opções que envolvem o automonitoramento de saúde, especialmente em contextos de mais alta vulnerabilidade<sup>25</sup>. Três das opções encontradas envolvem o uso de tecnologias (opções 2, 4 e 5) e representam potencial para a geração de iniquidades e barreiras à implementação das estratégias nelas contidas.<sup>26,27</sup>

Características individuais dos profissionais são fatores que influenciam positiva e negativamente o processo de mudança. Dentre elas, destacam-se os conhecimentos prévios e crenças, a autoeficácia, o estágio individual de inclinação profissional, o desejo de mudança e a identificação com a instituição<sup>28</sup>. A

inclinação institucional à mudança é condicionada por características individuais dos profissionais e relacionada à organização dos serviços de saúde, possibilitando a geração de aprendizagem colaborativa e priorização do projeto.<sup>23,29</sup>

Em todas as opções são citados os profissionais da enfermagem, atribuindo-lhes maior carga de trabalho, além do que já está referenciado na literatura<sup>24</sup>, sendo que alternativas devem ser consideradas, tais como a utilização de equipes multidisciplinares. Uma barreira que poderá ser encontrada neste aspecto é a resistência à mudança de processos de trabalho consolidados e dificuldades de comunicação entre colegas.<sup>25</sup>

A importância da presença de uma pessoa que assuma um papel de tutor ou facilitador para a mudança, engajamento da liderança e criação de um “clima de implementação” é citada em diversos estudos<sup>23,28,29</sup> como componente facilitador no âmbito de profissionais de saúde, e a inexperiência dos profissionais com a estratégia pode representar um risco à sustentabilidade da opção<sup>24</sup>. Oferta de incentivos e recompensas, aproximação dos gestores dos profissionais executores da implementação, apoio logístico e resolução de entraves burocráticos são também facilitadores à implementação sensíveis ao nível da organização dos serviços.<sup>23,28,29</sup>

O modelo hegemônico centrado na assistência individual e voltado à valorização do tempo do médico destinado a consultas em detrimento de ações de planejamento, o pouco estímulo à multidisciplinaridade, a pouca comunicação efetiva e habilidade em tomar decisões conjuntas, a cultura precária de referência e contrarreferência e a baixa acessibilidade a esses processos pelos profissionais influenciam negativamente a implementação das opções, pois todas envolvem articulação entre profissionais e serviços, com mudanças nos processos de trabalho<sup>24,25,30</sup>. Por fim, mas não menos relevante, é necessário considerar também a imaturidade dos sistemas de informação utilizados no Brasil e ajustes necessários para completa integração de informações, o que é fundamental em algumas das opções apresentadas.<sup>30</sup>

## Conclusões

O estudo descreve seis opções de intervenções possíveis para a melhoria dos agendamentos de consultas que podem ser implementadas em um contexto de atenção básica, adaptando ou reformulando seus processos para que se alcancem melhores escores de qualidade da atenção primária, no que se refere ao atributo “acesso”. As estratégias apresentadas podem ser implementadas individualmente, em conjunto ou, ainda, partes delas com adaptações, conforme as avaliações sob a perspectiva local.

Ainda assim, os resultados dessa síntese precisam ser interpretados com cautela, pois foram evidenciadas lacunas relacionadas às evidências. As revisões foram avaliadas com qualidade metodológica “criticamente baixa” e os estudos primários incluídos nas revisões sistemáticas foram conduzidos em países que não apresentam semelhanças com o contexto socio-cultural e econômico brasileiro. Portanto, as informações podem não corresponder à realidade local, fazendo-se necessário a análise cautelosa de riscos e benefícios.

## Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Canuto LE, Silva AFL, Pinheiro LSP, Canuto Jr JCA, Santos NLP. Estudo da demanda de uma equipe da Estratégia Saúde da Família que utiliza o acesso avançado como modelo de organização da agenda. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021;16(43):2378.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000;51(11):1611-25.
4. Murray M, Tantau C. Redefining open access to primary care. *Manag Care Q*. 1999;7(3):45-55.
5. Knight A, Lembke T. Appointments 101: how to shape a more effective appointment system. *Aust Fam Physician*. 2013;42(3):152-6.
6. Vidal TB. O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da UFRGS; 2013.
7. Vidal TB, Rocha SA, Harzheim E, Hauser L, Tesser CD. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. *Rev. Saude Publica*. 2019;53.

8. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2011;171(13):1150-9.
9. Bastos GAN, Fasolo LR, Bastos GAN, Fasolo LR. Fatores que influenciam a satisfação de usuários de serviços ambulatoriais em população de baixa renda: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2013;16(1).
10. Vieira-da-Silva LM, Chaves SCL, Esperidião MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(12):1100-5.
11. Stein AT. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):179-181.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz Metodológica: síntese de evidências para políticas. Brasília (DF); 2020.
13. Parente SS, Bortoli MC, Oliveira CF, Araujo BC. Agendamentos de consultas na atenção primária: síntese de evidências para políticas – Protocolo [internet]. 2023 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <https://zenodo.org/>
14. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016;5;210.
15. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358;j4008.
16. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2017;295.
17. Nuti L, Turkcan, A., Lawley, M. A., Zhang, L., Sands, L., & McComb, S. The impact of interventions on appointment and clinical outcomes for individuals with diabetes: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2015;15:355.
18. Stubbs ND, Sanders S, Jones DB, Geraci SA, Stephenson PL. Methods to Reduce Outpatient Non-attendance. *The American Journal of the Medical Sciences*. 2012;344(3):211-9.
19. Tan S, Mays N. Impact of initiatives to improve access to, and choice of, primary and urgent care in England: A systematic review. *Health Policy*. 2014;118(3):304-15.
20. Jimenez G, Matchar D, Koh GCH, Car J. Multicomponent interventions for enhancing primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2021;71(702):e10-e21.
21. Jimenez G, Matchar D, Koh CHG, van der Kleij R, Chavannes NH, Car J. The Role of Health Technologies in Multicomponent Primary Care Interventions: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e20195.
22. Thomas KA, Schroder AM, Rickwood DJ. A systematic review of current approaches to managing demand and waitlists for mental health services, *Mental Health Review Journal*. 2021;26(1).
23. Low LL, Ab Rahim FI, Johari MZ. et al. Assessing receptiveness to change among primary healthcare providers by adopting the consolidated framework for implementation research. 2019;497.
24. Soares LS, Junqueira MAB. A percepção sobre o acesso avançado em uma unidade unidade-escola de atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2022;46(01).
25. Seckler E, Regauer V, Rotter T. et al. Barreiras e facilitadores para a implementação de vias de atenção multidisciplinar na atenção básica: uma revisão sistemática. *BMC*. 2020
26. Moreira DA, Tibães HBB, Batista RCR, Cardoso CML, Brito MJM. Manchester Triage System in Primary Health Care: Ambiguities And Challenges Related To Access. *Texto & contexto enferm*. 2017;26(02).
27. Pessoa C, Sousa L, Ribeiro A, Oliveira T, Silva JL, Alk mim MB, Marcolino M. Description of Factors Related to the Use of the Teleconsultation System of a Large Telehealth Service in Brazil – the Telehealth Network of Minas Gerais. *JISfTeH*. 2016;4:e4:1-4.
28. Theis LC, Marinho Mikosz D, Rosa SV, Tetu Moysés S, Proença de Moraes T. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas. *Revista de Atenção à Saúde*. 2021;19(68).
29. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, Grandes G. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag*. 2021;35(9):349-367.
30. Almeida PF, Gérvas J, Freire J-M, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*. 2013;98.