

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas e suas implicações para a Atenção Ambulatorial Especializada

The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care

El Modelo de Atención de Condiciones Crónicas y sus implicaciones para la Atención Especializada Ambulatoria

Francielle Renata Danielli Martins Marques¹

ORCID: 0000-0002-8578-9615

Grazieli Adrieli Rodrigues Pires¹

ORCID: 0000-0002-9673-9218

José Luís Guedes Dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-3186-8286

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹

ORCID: 0000-0003-1680-9165

Maria Aparecida Salci¹

ORCID: 0000-0002-6386-1962

RESUMO

Objetivo: avaliar a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Ambulatorial Especializada e suas repercussões para a atenção à saúde. **Métodos:** pesquisa avaliativa qualitativa, conduzida pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Foram empregadas as técnicas de observação, análise documental e entrevistas com 21 profissionais de saúde da atenção especializada. A análise foi conduzida pela triangulação, com auxílio do software MAXQDA para as codificações iniciais e focalizadas. Todos os aspectos éticos foram respeitados. **Resultados:** os profissionais reconheceram que o modelo reorganizou as práticas assistenciais e administrativas do serviço, apresentando repercussões positivas para a saúde das pessoas atendidas. A ausência de educação permanente para os profissionais do serviço comprometeu a completa implementação do modelo. **Considerações finais:** a implementação, mesmo que parcial, do modelo traz contribuições para a melhoria do serviço. As fragilidades ainda presentes são compatíveis com a dificuldade dos profissionais em se distanciarem do modelo biomédico.

Descritores: Avaliação em Saúde; Doença Crônica; Atenção Secundária à Saúde; Assistência Ambulatorial; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to assess the Chronic Care Model implementation in Specialized Outpatient Care and its repercussions for health care. **Methods:** qualitative evaluative research, conducted by the Chronic Care Model. We used observation techniques, document analysis and interviews with 21 health professionals from specialized care. Analysis was conducted by triangulation, with the aid of MAXQDA software for initial and focused coding. All ethical aspects were respected. **Results:** professionals recognized that the model reorganized service care and administrative practices, presenting positive repercussions for the health of people assisted. The absence of continuing education for service professionals compromised the complete model implementation. **Final considerations:** the implementation, even if partial, of the model brings contributions to service improvement. The weaknesses that are still present are compatible with professionals' difficulty in distancing themselves from the biomedical model. **Descriptors:** Health Evaluation; Chronic Disease; Secondary Care; Ambulatory Care; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la implementación del Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas en la Atención Ambulatoria Especializada y sus repercusiones en la atención de la salud. **Métodos:** investigación cualitativa evaluativa, realizada por el Modelo de Atención a las Condiciones Crónicas. Se utilizaron técnicas de observación, análisis de documentos y entrevistas a 21 profesionales de la salud de atención especializada. El análisis se realizó por triangulación, con la ayuda del software MAXQDA para la codificación inicial y focalizada. Se respetaron todos los aspectos éticos. **Resultados:** los profesionales reconocieron que el modelo reorganizó las prácticas asistenciales y administrativas del servicio, presentando repercusiones positivas para la salud de las personas atendidas. La ausencia de educación continua para los profesionales de los servicios comprometió la implementación completa del modelo. **Consideraciones finales:** la implementación, aunque sea parcial, del modelo trae contribuciones para la mejora del servicio. Las debilidades que aún están presentes son compatibles con la dificultad de los profesionales para distanciarse del modelo biomédico. **Descriptor:** Evaluación en Salud; Enfermedad Crónica; Atención Secundaria de Salud; Atención Ambulatoria; Sistema Único de Salud.

¹ Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Como citar este artigo:

Marques FRDM, Pires GAR, Santos JLG, Baldissera VDA, Salci MA. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20210315. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt>

Autor Correspondente:

Francielle Renata Danielli Martins Marques
E-mail: franrenata.martins@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa

EDITOR ASSOCIADO: Rafael Silva

Submissão: 07-08-2021

Aprovação: 15-08-2022

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da saúde pública brasileira, importantes modelos de atenção à saúde foram construídos, atrelados ao momento político, econômico e ao pensamento dominante da época que, por muitas décadas, restringiu-se à visão biologicista⁽¹⁾.

A configuração atual dos serviços de saúde tem como desafio reorientar o modelo de atenção à saúde para o enfrentamento das condições crônicas. O conceito das condições crônicas engloba características relacionadas à duração, controle dos sintomas e longitudinalidade da atenção, incorporando aspectos que vão além do conceito de “doenças”, mas que requerem respostas oportunas dos sistemas de saúde. Esse conceito permite abranger, além das doenças crônicas, as doenças infecciosas persistentes, metabólicas, condições relacionadas aos ciclos de vida, os distúrbios ou deficiências a longo prazo, bem como as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, redes sociais e estilo de vida, que se apresentam como determinantes sociais para o desenvolvimento das condições crônicas⁽²⁻³⁾.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve superar o domínio do modelo biologicista, fragmentado e mercantilista, fortalecendo as práticas de saúde, com articulação de ações intersetoriais dirigidas ao enfrentamento das condições crônicas^(1,4).

Com o objetivo de romper a atenção fragmentada, centrada na doença e no saber médico, fruto dos modelos anteriores, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) vem sendo introduzido gradativamente nos serviços de saúde brasileiros primários, secundários e terciários. Embasado nas características do *Chronic Care Model* (CCM), Modelo da Pirâmide de Risco (MPR) e Modelo da Determinação Social, o MACC foi estruturado ancorado nos princípios do SUS⁽²⁻³⁾. Tornou-se referência pelo Ministério da Saúde (MS), para a condução das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como parte da política de enfrentamento às doenças crônicas desde 2011⁽⁵⁾, propondo a utilização de tecnologias leves para o seu manejo, visando à estabilização das condições crônicas⁽⁶⁾.

O estabelecimento das RAS requereu uma adaptação dos serviços para se operacionalizarem em arranjos organizativos de ações de saúde com diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado⁽⁵⁾. A Atenção Secundária, representando a média complexidade e os serviços ambulatoriais especializados, é identificada como Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), conforme nomenclatura descrita pelo MACC. A AAE é considerada pelo senso comum como um gargalo no SUS principalmente pela dificuldade na acessibilidade aos serviços, o que gera longas filas de espera, e falha na comunicação entre os serviços⁽⁷⁾.

Para a AAE, o MACC propõe o acesso coordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS) com estratificação de riscos; estabelecimento de um trabalho conjunto entre especialistas (profissionais da AAE) e generalistas (profissionais da APS) mediante atividades de capacitação, discussão de casos, obtenção de segunda opinião; atenção focada no cuidado multiprofissional; decisões clínicas baseadas em evidências; plano de cuidado como produto da atenção multiprofissional; ausência de efeito velcro (vinculação definitiva das pessoas usuárias às unidades especializadas); e estabelecimento da função assistencial, supervisão clínica, educacional, teleassistência e pesquisa^(3,5,8).

Como modelo referenciado pelo MS⁽⁵⁾, o MACC tem sido implantado em várias regiões brasileiras, coordenado pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)⁽⁹⁾. Dessa forma, este estudo se justifica diante da necessidade de analisar a implementação do MACC na perspectiva da AAE.

Avaliações com foco na implantação do MACC são pouco expressivas na literatura científica. Os estudos avaliativos já realizados foram conduzidos na perspectiva da APS⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Assim, conhecer os resultados das avaliações do MACC, em diferentes localidades do país, pode orientar à melhor tomada de decisão dos gestores, aprimoramento da qualidade da atenção em saúde e julgamento do sucesso da política pública implementada.

Diante dessas considerações, emergiu a seguinte pergunta de pesquisa: como os profissionais de saúde da AAE avaliam a implementação do MACC como modelo para a atenção à saúde das pessoas com condições crônicas?

OBJETIVO

Avaliar a implementação do MACC na AAE e suas repercussões para a atenção à saúde.

MÉTODOS

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos e do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP), conforme Parecer n° 4.032.609, de acordo com as Resoluções n° 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para assegurar a preservação da identidade dos envolvidos na pesquisa, eles foram identificados pela letra P (Participante) e um número correspondente à inclusão da entrevista no *software* utilizado.

Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa qualitativa⁽¹²⁾, que utilizou como base conceitual o MACC descrito nas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas RAS e nas Linhas de Cuidado Prioritárias⁽⁵⁾. Foi utilizado o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) como ferramenta de apoio em relação ao desenvolvimento de estudos qualitativos.

Procedimentos metodológicos

Cenário de estudo

O cenário do estudo foi uma AAE localizada na região Centro-Norte do estado do Paraná, Brasil, referência de atendimento especializado para 17 municípios, que implantou o MACC, gradativamente, a partir de 2016, por meio das RAS de Gestantes e Crianças, Saúde Mental, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Idoso. Os atendimentos das RAS funcionavam todos os dias da semana, contando com equipes formadas por 23 profissionais de saúde que atuavam nos períodos matutino e vespertino. Justifica-se a escolha do serviço para o estudo pelo fato de ser pioneiro na implantação do modelo naquela região.

Fonte de dados

Inicialmente, a pesquisadora realizou contato com a coordenadora da AAE, agendando data e horário para sua visita no serviço para apresentação da proposta do estudo, sendo prontamente aceita. A pesquisadora recebeu a listagem dos profissionais do serviço, estabeleceu contato com cada um, realizou uma apresentação pessoal e explicou a importância e os motivos de participarem da pesquisa. Foram considerados critérios de inclusão profissionais de saúde da AAE que atuavam nas RAS há pelo menos três meses. Não foram considerados critérios de exclusão. Somente um profissional não atendeu aos critérios de inclusão, por atuar no serviço há menos de três meses. Assim, dos 23 profissionais que atuavam no serviço, 22 foram considerados elegíveis para a pesquisa, e foram convidados a participar, porém apenas um se recusou a participar da pesquisa, por motivos particulares. Assim, após aceite formal e voluntário, os participantes totalizaram 21 profissionais de saúde, sendo cinco médicos, quatro enfermeiros, quatro psicólogos, três nutricionistas, dois assistentes sociais, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo e um pedagogo.

Coleta e organização de dados

Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2020. Foram utilizadas três técnicas para coleta: observação com participação moderada; análise dos documentos utilizados pela AAE para acompanhamento; e supervisão das equipes da APS e entrevista intensiva. A combinação de diferentes pontos de vista, a formação diversificada dos participantes, o uso de várias fontes de informação e o emprego de múltiplas técnicas de coleta de dados coadunam com o referencial metodológico⁽¹²⁾. Todas as etapas da coleta de dados foram conduzidas por uma única pesquisadora, enfermeira, pós-graduanda, com experiência nas técnicas utilizadas, o que possibilitou maior aproximação com os participantes da pesquisa.

A observação com participação moderada ocorreu nos atendimentos individuais e nas rotinas administrativas dos profissionais da AAE. Compreendeu a estrutura organizacional da AAE, o funcionamento dos serviços ofertados, os aspectos relacionados ao atendimento de pessoas com condições crônicas, a percepção das pessoas atendidas, a relação de trabalho entre os profissionais da AAE e com as equipes da APS, totalizando 30 horas de atividade. A pesquisadora registrou em diário de campo, suas percepções, resultados de conversas informais e observações de comportamentos contraditórios ou coerentes à base conceitual adotada, atendendo aos pressupostos da técnica utilizada, ao qual prevê que os dados registrados em diário de campo qualificam a profundidade das análises⁽¹²⁾.

A análise dos documentos ocorreu concomitantemente à observação, a partir da verificação dos instrumentos utilizados para estratificação dos usuários pela APS, comunicados para a APS sobre a finalização do acompanhamento dos usuários na AAE, e planilhas eletrônicas compartilhadas com a APS contendo registros resumidos dos atendimentos. Essas análises permitiram investigar a periodicidade do contato com a APS, os registros das informações enviadas para a APS, a qualidade do preenchimento das estratificações e os grupos de riscos encaminhados pela APS e a qualidade dos registros realizados pela AAE. As informações coletadas a partir da análise dos documentos também foram

registradas em diário de campo, atendendo aos pressupostos da triangulação dos dados⁽¹²⁾ para avaliação qualitativa.

Para a realização da entrevista, foi elaborado um guia de perguntas com informações sobre a categorial profissional, sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação na AAE, além de questões referentes à aproximação dos participantes com os componentes teóricos do modelo e as adaptações ocorridas no serviço para se adequar ao MACC. O guia foi submetido à validação aparente e de conteúdo⁽¹³⁾, realizada por oito integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisas em Condições Crônicas (GEPECRON). Para proceder com a validação, foram realizadas as seguintes etapas: aprofundamento da temática; análise aparente, relacionada à semântica e clareza das questões; e análise teórica de cada item quanto ao conteúdo e pertinência⁽¹³⁾. Com o avanço da pandemia de COVID-19 no país, o serviço teve seus atendimentos modificados em cumprimento às orientações técnicas estaduais. Por isso, as entrevistas foram realizadas com auxílio da tecnologia virtual dos aplicativos para videoconferência e ligações por chamada de vídeo, de forma individual, com cada participante, respeitando o sigilo e a privacidade, com duração de aproximadamente 45 minutos, audiogravadas e transcritas na íntegra pelo pesquisador.

Análise dos dados

A combinação das técnicas adotadas permitiu a triangulação do processo de análise, conferindo rigor metodológico para garantir resultados válidos e confiáveis⁽¹²⁾. Para a análise dos dados referentes ao conteúdo das entrevistas, utilizaram-se as técnicas analíticas de codificação inicial e focalizada⁽¹⁴⁾. A codificação inicial⁽¹⁴⁾ implica transcrever todo o material coletado, fazendo um estudo rigoroso das frases analisadas, fragmentando-as em palavras-chave. Nessa etapa, os dados foram identificados e separados, conforme as similaridades e diferenças das dimensões descobertas linha por linha, sendo revelados 203 códigos. A codificação focalizada⁽¹⁴⁾ requer uma classificação, sintetização, integração e organização dos dados a partir dos códigos ou categorias iniciais mais significativas ou frequentes. Nesse momento da análise, foi realizada uma sintetização dos códigos, agrupando-os por similaridade, resultando na formação de três categorias. Essas etapas foram conduzidas com o auxílio do *software* MAXQDA®, versão 20.0.8. Os registros realizados em diário de campo referentes às etapas de observação e consulta aos documentos foram analisados, manualmente, após as codificações das entrevistas. Foram utilizadas para dar suporte à compreensão dos fatos e esclarecimento das falas dos participantes, subsidiando os juízos de valores atribuídos à análise avaliativa.

Para dar sentido ao objetivo da investigação, a interpretação dessa construção analítica foi respaldada pela base conceitual adotada⁽⁵⁾, utilizando seus preceitos teóricos para correlacionar os resultados obtidos sobre a implementação do MACC no serviço.

RESULTADOS

Participaram do estudo 21 profissionais de saúde. Desses, 16 eram do sexo feminino, com idade entre 25 e 61 anos, e 18 possuíam pelo menos uma pós-graduação e 19 atuavam na AAE havia menos de cinco anos.

Os resultados apresentados abordaram como os participantes da pesquisa se aproximaram do MACC e o compreendiam, para a condução de suas práticas profissionais. Após o envolvimento e aplicação diária dos preceitos do MACC pelos profissionais de saúde, houve a necessidade de mudança da organização da AAE para implementação adequada do modelo e a constatação de repercussões positivas para a saúde das pessoas atendidas na AAE. Na sintetização dos dados, emergiram as seguintes categorias: *Organização do atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada após a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas*; e *Repercussões do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para a saúde das pessoas atendidas na Atenção Ambulatorial Especializada*.

Organização do atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada após a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Essa categoria aborda a reorganização do processo de trabalho necessária para a implementação do MACC na AAE (Figura 1). Essa mudança foi marcada pela aproximação dos profissionais às especificidades do modelo.

Quando eu entrei, eu comecei a me informar, estudar um pouquinho, ler Eugênio Vilaça e fui descobrindo as facetas que tem dentro desse modelo de atenção, que não é simplesmente um ambulatório, uma consulta, mas, sim, um cuidado longitudinal, onde você procura fazer o acompanhamento de uma pessoa em toda a sua trajetória. (P06)

Eu comecei a entender no dia a dia mesmo, com a demanda que ia aparecendo. (P10)

Fiz as capacitações pelo estado. Depois de um tempo, começou a dar uma diminuída nos cursos, mas, no começo, tinha bastante. (P13)

A existência de capacitações foi identificada no processo inicial de inserção do MACC no serviço, das quais participaram os profissionais inseridos desde o momento da implantação. Observou-se a inexistência de uma rotina de educação permanente para os profissionais da AAE, considerada como essencial devido à rotatividade profissional, o que pode comprometer a implementação do modelo para o cuidado à saúde das pessoas com condições crônicas.

As informações que a gente tem [sobre o MACC] são informações que a gente vai atrás e vai conhecendo [...] quando entra um profissional novo aqui, não tem capacitação. Como que ele vai entender esse modelo? (P20)

Os atendimentos na AAE são respaldados em protocolos clínicos, elaborados conforme as linhas guias do estado do Paraná e que contêm, dentre outras informações, os critérios de encaminhamento das pessoas com condições crônicas para atendimentos na AAE.

Estes municípios já têm os idosos triados pela estratificação [...] e são encaminhados pra gente. Tem um protocolo de encaminhamento que criamos para o atendimento. (P04)

A inserção de critérios de encaminhamento provocou modificações na forma de agendamento para a AAE. Anteriormente à implantação do MACC, o agendamento era realizado pela própria APS, sem estratificação de risco e sem uma regulação realizada por profissional de saúde capacitado para identificação de prioridades. O envio prévio para a AAE da documentação referente à estratificação de risco do usuário possibilitou a inserção de regulação pelos profissionais da atenção especializada, principalmente enfermeiros. A observação registrada em diário de campo sustentou as informações obtidas pelas entrevistas, sendo possível verificar os documentos utilizados para estratificação de risco, bem como o fluxo desses encaminhamentos.

Assim que chega esse protocolo [de encaminhamento], a enfermeira que faz a regulação. Ela verifica a documentação e a urgência do caso. Os que estão mais descompensados, com mais complicações têm maior prioridade. (P20)

O serviço continha um arquivo para guardar todas as estratificações recebidas da APS, separados por município e por Linhas de Cuidados. (notas do diário de campo referentes à análise documental)

Apesar de reconhecerem que o MACC preconiza a assistência das pessoas na AAE com base na estratificação de risco, a avaliação apontou lacunas referentes à utilização dessa recomendação. Os dados obtidos pelas entrevistas e observação dos atendimentos revelaram que pessoas com condições crônicas simples podem ter acesso à AAE, contrapondo as premissas do modelo, ao promoverem uma assistência especializada desnecessária.

Não é todo paciente que vem com a estratificação de risco [...] a gente acha muito complicada e confusa essa estratificação, a gente não sente a necessidade do paciente vir sempre com ela, porque é difícil de ser feita. (P10)

Foi observado o recebimento de pessoas no serviço sem a estratificação de risco para a Linha de Cuidados de Saúde Mental, e, mesmo assim, foram atendidas. (notas do diário de campo referentes à observação)

A inserção de equipes multiprofissionais, conforme orientação do MACC, foi avaliada positivamente. Essas equipes, com profissionais de diferentes especialidades, realizam uma atenção contínua às pessoas em um mesmo turno de trabalho, minimizando o número de deslocamentos para a AAE. Cada linha de cuidado estabelece sua organização, entretanto comporta de quatro a oito profissionais no mesmo turno envolvidos no atendimento, o que favorece uma comunicação efetiva entre os integrantes, uma vez que o serviço não disponibiliza prontuário eletrônico.

O paciente passa com enfermeiro, médico, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. A gente tenta otimizar o fluxo, para não cansarem. (P09)

Pelo menos, uma consulta com cada profissional eles [os usuários] precisam ter. (P08)

Como a gente não tem prontuário eletrônico, eu fui criando uns post-it para quem já atendeu ir ticando. Assim, a gente consegue se organizar melhor. (P07)

Os profissionais da AAE avaliaram que a implementação do MACC provocou alterações em suas condutas, para que pudessem se adequar à proposta do modelo, a partir de competências e habilidades desenvolvidas. A aproximação com as particularidades do modelo provocou modificações na atenção às pessoas com condições crônicas, possibilitando atendimento centrado nos usuários e suas famílias, com foco na educação das pessoas para mudanças de comportamento e suporte para o autocuidado. Os registros em diário de campo referente às observações sustentaram o desenvolvimento de uma atenção centrada na pessoa e família.

Os atendimentos da fonoaudiologia e psicologia ocorriam junto com as famílias. As profissionais tinham o cuidado de entender a dinâmica familiar, rotina de trabalho dos pais, renda, etc., antes de sugerirem novo plano de cuidados. (notas do diário de campo referentes à observação)

Os planos de cuidados verificados continham anotações sobre a seleção dos problemas com base nas prioridades definidas em consulta. (notas do diário de campo referentes à análise documental)

O desenvolvimento das habilidades compatíveis com os pressupostos do MACC permitiu o rompimento de uma atenção uniprofissional relacionada ao modelo biomédico para uma atenção integrada com outros profissionais de saúde.

Normalmente, meus atendimentos com os pais eram separados das crianças, e, aqui, no MACC, é sempre mais com a família junto. Então, eu atendo a família também. (P21)

Quando eu cuido da criança, não tem como só olhar pra ela. Como a criança vai ficar bem se a mãe não está? Se necessário, eu encaminho essa mãe para atendimento individualizado também. (P07)

[...] antes, o modelo era muito voltado para o atendimento individual, você até poderia ter nutricionista, enfermeira, outros profissionais atendendo, mas era tudo individualizado, e hoje não, é tudo integralizado, nós conversamos. Eu não consigo imaginar você atender uma pessoa sem ter uma equipe multiprofissional. (P09)

A elaboração de planos de cuidados proativos, construídos de forma cooperada e com definição de metas, foi reconhecida como destaque na reorganização dos atendimentos da AAE.

A gente cria um plano de cuidados completo, com orientações médicas, fisioterápicos, nutricionais, etc., criado a múltiplas mãos, tanto com serviço especializado como com serviço básico. (P04)

Entretanto, a participação dos médicos da AAE nos momentos programados para reuniões da equipe foi considerada ínfima. Esse profissional é imprescindível nas discussões dos casos, para alinhar as condutas da equipe da AAE e programar ações junto à APS.

Acho que, pra melhorar a questão da participação dos médicos, seria já colocar isso em contrato, porque já foi tentado conversar, estabelecer dias para participarem das reuniões, e não deu certo. (P06)

Talvez se impuser algumas regras, como ter reunião de equipe a cada 15 dias. (P13)

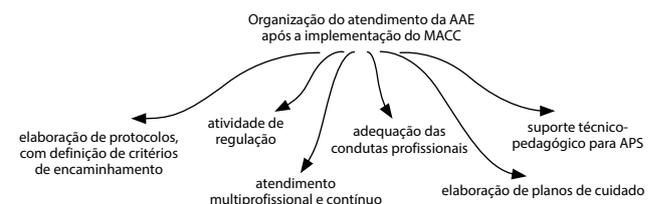
Além das questões assistenciais, a reorganização da AAE também envolveu o suporte técnico-pedagógico para a APS. Ações de cunho educacional, como capacitações, reuniões e discussões de casos com a APS, foram incluídas na rotina das equipes especializadas. Contudo, as dificuldades de estabelecer uma comunicação qualificada com a APS foram avaliadas como empecilhos para a realização das ações burocráticas, como a supervisão das atividades da APS e o monitoramento das pessoas atendidas na AAE. Entende-se que essa lacuna pode estar relacionada às atribuições incorporadas recentemente na AAE, aliadas às dificuldades de assimilação das características do MACC por todos os profissionais que compõem os pontos de atenção.

Uma reunião que a gente tem feito com frequência nos municípios é quanto ao preenchimento dos encaminhamentos. Vem muita informação faltando. (P08)

Muitas vezes, ligo para Regional de Saúde e falo que tal município está difícil de supervisionar e a Regional vai lá, mas nem sempre isso resolve. (P08)

Para que a gente consiga fazer com que o paciente não fique só aqui no efeito velcro, a gente precisa da ajuda da atenção primária, que eles nos ajudem a monitorar esse paciente, e isso é uma barreira. (P10)

A implementação do MACC na AAE foi marcada por reorganizações assistenciais e administrativas, as quais repercutiram positivamente para a melhoria da qualidade do serviço. Entretanto, ainda há fragilidades, principalmente no que tange à educação permanente dos profissionais e às dificuldades em assumirem as funções de supervisão e monitoramento, conforme proposto pelo MACC.



MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas; APS: Atenção Primária à Saúde

Figura 1 – Organização do atendimento da Atenção Ambulatorial Especializada após a implementação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

Repercussões do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para a saúde das pessoas atendidas na Atenção Ambulatorial Especializada

Essa categoria apresenta as contribuições do MACC para a saúde das pessoas atendidas na AAE, na perspectiva dos profissionais de saúde (Figura 2). Para os profissionais de saúde, a implementação do MACC na AAE foi avaliada como positiva para as pessoas que são atendidas nesse modelo de atenção. Um dos pontos evidenciados foram as mudanças de comportamento alcançadas por meio das intervenções multiprofissionais.

Inúmeras vezes ouvimos dos pacientes: “nossa, fez diferença eu receber tal orientação e diminuir o sal da minha comida. Agora, a

minha pressão está controlando.” São falas que nos dão a entender que, quando era só a consulta médica, isso não fazia efeito. (P06)

O relato das pacientes de agradecimento por receber essa atenção é muito gratificante. Às vezes, elas usam até como comparação, porque o pré-natal no município é só médico e enfermeiro, e, aqui, encontram nutricionista, psicólogo, assistente social, fonoaudióloga. Muda completamente o pré-natal! Eu acho que a gente consegue suprir um pouco mais a necessidade delas, não só o cuidado específico do pré-natal, mas outros aspectos que ocorrem e que podem interferir na gestação, como a vulnerabilidade social. (P12)

A integralidade dos serviços permitiu o acesso facilitado à AAE para as pessoas com condições crônicas complexas, conforme a estratificação de risco, o que favorece a estabilização das condições crônicas. A análise dos documentos permitiu compreender como os encaminhamentos foram realizados da APS para a AAE, de maneira a priorizar os casos mais complexos.

Além de atender a gestante, depois que o bebê nasce, a gente já encaminha criança para pediatria de alto risco. Então, se precisar de cardiopediatra, endocrinopediatra, a gente já consegue fazer esses encaminhamentos. (P14)

A gente já agenda os retornos, os exames, agilizamos tudo para ele [o paciente] ter esse acompanhamento mais rápido. Isso evita que a APS tenha que fazer esses agendamentos, porque por lá demora. (P15)

Antes do MACC, os pacientes não tinham essa facilidade de acesso nas especialidades. Trabalhando com o modelo, organizou mais o acesso e veio pra somar. (P07)

O estreitamento das relações entre os profissionais da AAE permitiu ampliar as discussões a respeito do planejamento das ações em saúde.

Por exemplo, eu atendo uma pessoa encaminhada por hipertensão, dizendo que, quando fica nervosa, a pressão sobe, e identifico humor deprimido, ansioso. Então, eu converso com o médico sobre a minha avaliação, pois, muitas vezes, essa pressão não está relacionada a uma doença hipertensiva, mas sim uma doença psicológica. (P12)

O atendimento, em conformidade com a teoria do modelo, possibilitou maior proximidade da AAE com a APS. As discussões de casos, as capacitações, a utilização de ferramentas variadas para comunicação entre as equipes são descritas na literatura do MACC como prerrogativas para adequada implementação do modelo, e no serviço avaliado, permitiu o desenvolvimento de vínculo entre os dois pontos de atenção.

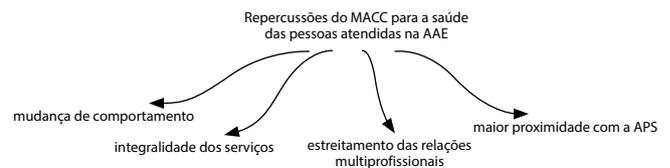
O MACC tem essa qualidade de fazer com que você conheça esse usuário no seu território. Por isso, esse modelo faz com que a gente fortaleça esse vínculo com atenção primária para conseguir cuidá-lo melhor. (P10)

A proximidade com a APS também revelou fragilidades dos municípios em responderem adequadamente às necessidades de saúde da população.

Em determinado município, infelizmente, não temos todos os recursos aplicáveis em saúde mental. Então, o fluxo [da assistência] muitas vezes é prejudicado. (P03)

Eu percebo que, para o atendimento dos adultos, os municípios têm mais recursos, mas, para a criança, é bem mais difícil, pela falta de estrutura, falta de profissionais, falta até de capacitação para saberem lidar com as necessidades dessas crianças. (P20)

As repercussões na implementação do MACC foram avaliadas como favoráveis para a estabilização das condições crônicas. Contudo, a fragilidade na oferta de recursos na APS foi reconhecida como um aspecto que precisa de investimento logístico e financeiro, para que possa ser mais efetiva na prática assistencial.



MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; APS: Atenção Primária à Saúde

Figura 2 – Repercussões do Modelo de Atenção às Condições Crônicas para a saúde das pessoas atendidas na Atenção Ambulatorial Especializada

DISCUSSÃO

A aproximação teórica dos profissionais de saúde com as bases conceituais do MACC é essencial para a qualificação da AAE, buscando a superação dos modelos anteriores cujas práticas eram fragmentadas e desarticuladas dos demais pontos de atenção da RAS. Investimentos na educação permanente dos profissionais que atuam no SUS ainda não se apresentam consolidados, deixando de englobar aspectos essenciais para se trabalhar no cenário das condições crônicas⁽¹⁵⁾.

Em uma AAE no Ceará, os dirigentes e os profissionais de saúde foram capacitados com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde, formando um corpo clínico qualificado para utilizar o MACC, o que resultou em avanços para a reorganização da AAE⁽¹⁶⁾. Nesta pesquisa, a inexistência de uma rotina para educação permanente dos funcionários que atuam diretamente com o modelo é uma das fragilidades identificadas que não atende aos pressupostos do MACC. O atendimento de pessoas com doenças crônicas implica mudanças nos processos de trabalho. É fundamental uma educação permanente que supere os modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhe no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional^(3,5). A qualificação dos profissionais por meio da educação permanente visa superar a atenção superficial e fragmentada, que não prepara as pessoas atendidas para autogerenciarem sua condição crônica⁽⁶⁾.

Do ponto de vista dos macroprocessos, foram constatadas modificações quanto à reorganização da AAE para implementação do MACC. Essa avaliação permitiu identificar a existência de protocolos clínicos construídos com base nas linhas guias prioritárias do Estado, contendo informações a respeito do acesso à AAE. Protocolos e diretrizes clínicas estruturados compõem a linha de cuidado às

doenças crônicas, qualificando a demanda à AAE e garantindo a equidade da atenção em consonância com os pressupostos das atividades de regulação^(3,5). Outros serviços também identificaram que a implantação dos novos processos de trabalho para a organização do cuidado entre APS e AAE promove a aproximação com as novas tecnologias de trabalho, como o acesso regulado por meio da estratificação de risco⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. No entanto, os resultados deste estudo apontaram para o acesso de pessoas na AAE sem obedecer aos critérios da estratificação de risco, fragilizando a adequada implementação do MACC e indicando que esse processo ainda precisa ser consolidado. Conforme já constatado em estudo anterior, o acesso das pessoas à AAE sem vinculação com a estratificação de risco dificulta o manejo e a estabilização clínica, prejudicando a estrutura organizacional do MACC⁽²⁰⁾.

Os achados deste estudo revelaram uma reorganização do serviço com a inserção de equipe multiprofissional para atendimento das pessoas no mesmo período, oferecendo, assim, uma atenção contínua. Essa atenção corresponde ao atendimento sequenciado de diferentes profissionais no mesmo período de atendimento, evitando que a pessoa tenha que se deslocar para o mesmo serviço em diferentes dias, até que seja atendida por todos os profissionais da equipe^(3,8,20). Os atendimentos multiprofissionais são recomendados para as pessoas com condições crônicas, uma vez que a multicausalidade que as envolve torna imprescindível uma atenção com soma de diferentes saberes. Esse resultado indicou uma reestruturação do serviço para atender às bases do MACC, uma vez que a atenção para as pessoas com doenças crônicas envolve, necessariamente, a atenção multiprofissional^(3,5).

A atenção multiprofissional permitiu a construção compartilhada dos planos de cuidados no serviço, estando em conformidade com o MACC. Ao conhecerem as necessidades das pessoas e atuarem conjuntamente, a AAE e a APS utilizam o mesmo plano de cuidados, buscando o mesmo objetivo: a estabilização clínica da pessoa com condição crônica^(3,5). A função do plano de cuidado compartilhado é garantir que os profissionais da APS e da AAE estejam buscando os mesmos objetivos.

A avaliação do serviço revelou que o desenvolvimento do trabalho em equipe estava fundamentado na multiprofissionalidade e que a atenção interdisciplinar se encontrava incipiente. A existência de profissionais de diversas especialidades não assegura necessariamente uma atenção interdisciplinar, reiterando a urgência de uma educação permanente para o serviço. Ressalta-se que o MACC propõe a implantação de equipes multiprofissionais que trabalhem de forma interdisciplinar⁽⁵⁾. Ampliar as articulações e integrar as diferentes áreas dos saberes em torno de um objeto de estudo, nos seus aspectos teóricos e metodológicos, com certeza, são um dos maiores desafios da atualidade para a interdisciplinaridade⁽²¹⁾. Neste estudo, os resultados apontaram para uma atenção multiprofissional, mas com singela interprofissionalidade, o que permitiu identificar ações fragmentadas com condutas prescritivas.

A troca de experiências e informações entre os profissionais do serviço foi possível devido à reorganização da AAE para momentos de discussões e reuniões de equipe. O diálogo entre os profissionais de saúde possibilita partilhar saberes, favorecendo a integralidade em vários aspectos, já que nenhum profissional, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral para

a pessoa com condição crônica⁽²²⁾. Entretanto, os resultados apontaram a pouca participação do profissional médico nesses momentos de reuniões de equipe, o que pode indicar uma postura enraizada no modelo biologicista. Há a necessidade de maior sensibilização das escolas médicas para adequação dos cenários de aprendizagem, uma vez que as instituições de ensino superior ainda recebem influência do modelo flexneriano, distanciando a formação médica das práticas consolidadas do SUS⁽²³⁾.

A inclusão do suporte técnico-pedagógico para os profissionais da APS foi avaliada como uma mudança positiva advinda com o MACC. Capacitações ministradas para os profissionais da APS, reuniões e discussões de casos foram exemplificadas como parte da reorganização do serviço. Outros estudos constaram mudanças semelhantes entre as equipes de saúde, que puderam estabelecer relações sociais diretas e indiretas que possibilitassem a interação entre os pontos da rede de atenção^(18-19,24).

As fragilidades nas relações entre AAE e APS, exemplificadas como a dificuldade para conciliar as agendas entre os serviços, foram identificadas como barreiras que dificultam a realização de supervisão e monitoramento das pessoas com condições crônicas. Esses resultados distanciam o serviço avaliado dos pressupostos teóricos do modelo. Para o MACC, os profissionais da AAE precisam ter na sua agenda um tempo destinado para as atividades que vão além das assistenciais. Os momentos periódicos para abordagens temáticas, atendimento conjunto, discussão dos casos clínicos presencial ou a distância, entre outros, precisam estar inseridos na agenda dos profissionais⁽⁵⁾. Outros estudos também constataram dificuldades dos profissionais de saúde atuarem em conformidade com o MACC e seguirem desenvolvendo ações baseadas no modelo biomédico, com uma atuação mais voltada para atender à demanda de consultas médicas do que voltadas para momentos de discussões entre as equipes^(18,25).

Assim, apesar da necessidade de atuar para além das atividades assistenciais, o desinteresse em realizar ações de suporte técnico-pedagógico, além da sobrecarga de atividade da APS, é uma barreira que compromete as ações para acompanhamento da saúde dos usuários, realidade encontrada também em outro estudo⁽²⁵⁾. Os registros em diário de campo a respeito das análises documentais permitiram a identificação de lacunas no preenchimento dos instrumentos utilizados para o monitoramento, indicando fragilidades na organização da APS para execução dessa tarefa, o que compromete a adequada supervisão pela AAE.

As repercussões na implementação do MACC foram avaliadas pelos participantes como favoráveis para a estabilização das condições crônicas. Todos os participantes foram categóricos em afirmar que, por mais que ainda reconheçam as limitações do serviço, a inserção da multiprofissionalidade, o atendimento contínuo, a aproximação com a APS e as reuniões de equipe mesmo com discreta participação médica implicaram positivamente para a saúde das pessoas atendidas no serviço. No Irã, pesquisa realizada com pessoas com diabetes mellitus identificou que o modelo de cuidado crônico contém a estrutura ideal para realizar o cuidado centrado no usuário, com suporte para o desenvolvimento do autogerenciamento em saúde⁽²⁶⁾. Outros estudos concluíram que a estabilização das condições crônicas por meio das mudanças de comportamento é capaz de promover um aumento da satisfação das pessoas com sua saúde, com ganho institucional importante

para o manejo do cuidado^(19,27). Em outra AAE no Paraná, após a implementação gradual do MACC, evidenciaram-se avanços e mudanças significativas no processo de cuidado crônico⁽¹⁸⁾.

Outro ponto de destaque nos resultados obtidos se refere à integralidade dos serviços. A compreensão de que o MACC é favorável para a saúde das pessoas com condições crônicas é uma consequência da prestação de atendimentos de diferentes densidades tecnológicas em tempo oportuno. Tal achado vai ao encontro da integralidade dos pontos de atenção, garantindo o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos⁽²⁰⁾, e está em consonância ao modelo, que dispõe sobre a garantia de fluxos e transições adequados⁽⁵⁾.

O trabalho multiprofissional, tanto nos momentos assistenciais quanto nas atividades pedagógicas, estabeleceu uma relação de maior proximidade entre os membros da AAE, com potencial para alcançar a atenção interdisciplinar. Quando diferentes saberes se encontram, além do conhecimento mútuo ancorado em um mesmo trabalho, há também uma relação de vínculo pessoal⁽³⁾. A constatação de que todo saber é limitado diante da complexidade do ser humano mobiliza os profissionais para ações conjuntas, partilhando conhecimentos e estreitando relações⁽²²⁾. Compreende-se que o serviço possui as ferramentas necessárias para aprimorar o trabalho em equipe, qualificando-o para que alcance a atenção interdisciplinar, pautado na perspectiva dialógica e horizontalizada.

A avaliação também revelou maior proximidade entre as equipes da APS e AAE, possibilitada pelos momentos de reuniões e discussões de casos. Esses achados corroboram com outra pesquisa, que também identificou o apoio mútuo entre as equipes como fator positivo para o alcance do cuidado integral aos usuários e seus familiares, mesmo que estejam localizadas geograficamente em cenários distintos⁽²⁴⁾.

A proximidade com APS revelou a fragilidade na capacidade de ofertar serviços territorialmente acessíveis no próprio município. Muitas vezes, as decisões relacionadas ao financiamento do SUS esbarram em decisões políticas e assistenciais equivocadas que podem contrapor o modelo de saúde vigente⁽²⁸⁾.

Limitações do estudo

Como limitações, registram-se que este estudo teve abrangência de um único serviço de atenção especializada com uma inserção recente do MACC e que não foram envolvidos técnicos, gestores e usuários como participantes da pesquisa. Ademais, registra-se o pouco tempo destinado para a observação, porém reforça-se que a técnica da observação com participação moderada não correspondeu ao principal método de coleta de dados.

Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde ou política pública

Esta pesquisa apresenta contribuições no âmbito dos serviços de saúde, da academia e da enfermagem, ao motivar a adequada implementação do MACC para o cuidado à saúde das pessoas com condições crônicas. O conhecimento sobre as ferramentas propostas pelo modelo permite um cuidado integral e articulado com os serviços que compõe as redes de atenção, de forma a possibilitar o rompimento do modelo biomédico que, por

tantas décadas, vem regendo o cuidado às condições crônicas. As fragilidades identificadas poderão subsidiar a academia, para fortalecer a formação dos profissionais acerca das particularidades do modelo e, conseqüentemente, qualificar as práticas profissionais, especialmente os enfermeiros, devido à sua capacidade de atuar assistencial e administrativamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da implementação do MACC na AAE e suas repercussões para a atenção à saúde das pessoas com condições crônicas foi considerada pelos profissionais do serviço como satisfatória. Como pesquisa avaliativa, o MACC se encontrou parcialmente implementado, com elementos que contribuíram para a modificação do serviço, mas com fragilidades que impossibilitaram sua completa utilização.

A reorganização da AAE para a implementação do MACC qualificou as ações assistenciais multiprofissionais, incluindo o suporte técnico-pedagógico para os profissionais da APS. Essas melhorias ocorreram em decorrência da utilização das tecnologias leves, com o estreitamento das relações entre os membros da equipe da AAE e o trabalho conjunto com a APS, em conformidade com a proposta do MACC. Tais modificações repercutiram positivamente para a estabilização das condições crônicas das pessoas atendidas na AAE, segundo os participantes.

O aspecto que fragilizou e impossibilitou a utilização completa do MACC foi a inexistência de educação permanente para os profissionais da AAE. A educação programática é capaz de fortalecer a implementação do MACC, como modelo que orienta as práticas profissionais, para uma atuação não apenas multiprofissional, mas interdisciplinar. A ausência de educação permanente no serviço interferiu na compreensão das especificidades do modelo pelos profissionais, o que contribuiu para atendimento de pessoas sem critérios de estratificação e para a pequena participação médica nos momentos de discussão em equipe.

A implementação do MACC na sua totalidade ainda se constitui um desafio para o serviço. Espera-se que os resultados apresentados nesta avaliação possam contribuir para melhor qualificação das práticas assistenciais e administrativas dos profissionais da AAE, em conformidade com bases teóricas do MACC, trazendo melhoria da qualidade da assistência e a consequente estabilização da saúde das pessoas com doenças crônicas acompanhadas pelo serviço.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 (concessão de bolsa de doutorado para Francielle Renata Danielli Martins Marques).

COLABORAÇÕES

Marques FRDM e Salci MA contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Marques FRDM e Pires GAR contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Santos JLG, Baldissera VDA, Salci MA contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18:e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
2. Mendes EV. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23:431–6. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
3. Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2019. 869 p.
4. Souza LEPF, Paim JS, Teixeira CF, Bahia L, Guimarães R, Almeida-Filho N, et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:2783–92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013 [cited 2022 Jul 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf
6. Silocchi C, Junges JR, Martino A. Comparative study of innovations on chronic conditions in primary health care in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and Ferrara, Italy. *Saúde Soc*. 2020;29:e190633. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190633>
7. Sacco RCCS, Assis MG, Magalhães RG, Guimarães SMF, Escalda PMF. Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Saúde Debate*. 2020;44:829–44. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012618>
8. Guimarães AMDN, Cavalcante CCB, Lins MZS. Planificação da atenção à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2018. 300 p.
9. Evangelista MJO, Guimarães AMDN, Dourado EMR, Vale FLB, Lins MZS, Matos MAB, et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:2115–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08882019>
10. Schwab GL, Moysés ST, Kuzma SZ, Ignácio SA, Moysés SJ. Percepção de inovações na atenção às doenças/condições crônicas: uma pesquisa avaliativa em Curitiba. *Saúde Debate*. 2014;38. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S023>
11. 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*. 2017;25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
12. Minayo MCS. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG de, Souza ER de. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2005. p. 19-52.
13. Ferreira IR, Santos LL, Moraes JT, Cortez DN. Validação aparente e de conteúdo uma cartilha de autocuidado para prevenção de lesão por pressão. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2020;10:e3648. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3648>
14. Charmaz K. A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa. *Artmed*; 2009. 272 p.
15. Siqueira VCA, Gaiva MAM. Formação dos profissionais para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. *Rev Paul Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 Dec 21];29(1-2-3):21-30. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/970746/repem_2018_v29n1-2-3_a3-1.pdf
16. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima LD de. Redes regionalizadas e garantia de atenção especial em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24:4527–40. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>
17. Andrade MV, Noronha K, Oliveira CDL, Cardoso CS, Calazans JA, Julião NA, et al. Analysis of the care of patients with Diabetes Mellitus and Hypertension: the experience of a small municipality in Brazil. *Rev Bras Estud Popul*. 2019;36:1–21. <https://doi.org/10.20947/s0102-3098a0104>
18. 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. *Rev Atenção Saúde* 2021;19. <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n68.7411>
19. Rodrigues CFM, Cardoso CS, Baldoni NR, D'Alessandro TAL, Quintino ND, Noronha KVMS, et al. Capacidade institucional dos serviços de saúde antes, durante e após a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). *Acervo Saúde*. 2021;13:e5802. <https://doi.org/10.25248/reas.e5802.2021>
20. Magalhães MC, Cintra KMS. Planificação da Atenção Primária à Saúde: Relato de experiência - Regional de Saúde Centro-Sul. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21];6(1):139-150. Available from: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/197/198>
21. Santos GD, Coelho MTAD, Fernandes SAF. A produção científica sobre a interdisciplinaridade: uma revisão integrativa. *Educ Rev*. 2020;36:e226532. <https://doi.org/10.1590/0102-4698226532>
22. Baeta SR, Melo W. O apoio matricial e suas relações com a teoria da complexidade. *Cien Saude Colet*. 2020;25:2289–95. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19912018>
23. Coelho MGM, Machado MFAS, Bessa OAAC, Nuto SAS. Atenção Primária à Saúde na perspectiva da formação do profissional médico. *Interface*. 2020;24:e190740. <https://doi.org/10.1590/interface.190740>
24. Schran LS, Machineski GG, Rizzotto MLF, Caldeira S. The multidisciplinary team's perception on the structure of mental health services: phenomenological study. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180151. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>

25. Rodrigues DC, Pequeno AMC, Pinto AGA, Carneiro C, Machado MFAS, Magalhães Júnior AG, et al. Permanent education and matrix support in primary health care: family health routine. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(6):e20190076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>
 26. Molayaghobi N, Abazari P, Taleghani F, Iraj B, Etesampour A, Zarei A, et al. Overcoming challenges of implementing chronic care model in diabetes management: an action research approach. *Int J Prev Med.* 2019;10:13. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_485_18
 27. Silva LB, Silva PAB, Santos JFG, Silqueira SMF, Borges EL, Soares SM. Risk strata and quality of care for the elderly in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019;27:e3166. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2968.3166>
 28. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Cien Saude Colet.* 2020;25:4521–30. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>
-