

# PlanificaSUS

## Módulo Introdutório

### **AS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>1</sup>**

#### **1 CONCEITO**

As condições crônicas são caracterizadas por possuírem curso mais ou menos longo ou permanente. Podem ser divididas em condições crônicas não agudizadas e agudizadas, devendo ser manejadas de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção à saúde, pelos profissionais de saúde e pelas pessoas usuárias para seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são as seguintes condições: fatores de risco individuais biopsicológicos como colesterol elevado, depressão, hipertensão arterial, pré-diabetes e sobrepeso ou obesidade; doenças transmissíveis de curso longo, como hanseníase, tuberculose, hepatites B e C e HIV/AIDS; manutenção da saúde por ciclos de vida, como puericultura, hebicultura e senicultura; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes e doenças bucais.<sup>[5]</sup>

Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses momentos, devem ser enfrentadas na lógica das condições agudas.

#### **2 OS MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

##### **2.1 O Modelo de Atenção Crônica**

O Modelo de Atenção Crônica, tradução literal de *Chronic Care Model (CCM)*,<sup>[24]</sup> constitui o mais fundamentado e originou diversos outros. Foi desenvolvido nos Estados Unidos, a partir de ampla revisão da literatura internacional sobre a gestão das condições crônicas. A figura 1 representa o CCM.

---

<sup>1</sup> Texto adaptado de Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Planificação da Atenção à Saúde: Oficina 4 – organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conass, 2017.



Figura 1. Modelo de Atenção Crônica.

O modelo deve ser lido de baixo para cima. Assim, para se obterem bons resultados clínicos e funcionais nas condições crônicas, devem-se promover mudanças nos sistemas de saúde, que estabeleçam interações produtivas entre equipes de saúde proativas e preparadas, e pessoas usuárias ativas e informadas. Para isso, são necessárias mudanças em dois campos: no sistema de saúde e nas relações desses sistemas com a comunidade.

No sistema de saúde, as mudanças devem ser feitas 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 em novas formas de articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

Há evidências, na literatura internacional, dos efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, como os portadores de diabetes terem apresentado decréscimo significativo de seu risco cardiovascular; os portadores de insuficiência cardíaca terem melhores tratamentos e reduzirem suas internações em 35% (medidas por leitos/dia); os portadores de asma e diabetes receberem tratamentos mais adequados às suas doenças; e as mudanças produzidas pela implantação do CCM terem sustentabilidade em 82% das organizações estudadas e se difundirem dentro e fora dessas organizações.<sup>[2]</sup>

## 2.2 O Modelo da Pirâmide de Riscos

O Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR)<sup>[25]</sup> é conhecido também como modelo da Kaiser Permanente, porque foi essa operadora de planos de saúde dos Estados Unidos que o desenvolveu e o implantou em sua rotina assistencial.

Ele assenta-se fortemente na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Dessa forma, o cuidado profissional, em razão dos riscos, define a tecnologia de gestão da clínica a ser utilizada, se gestão da condição de saúde ou de caso. O MPR está representado na figura 2.

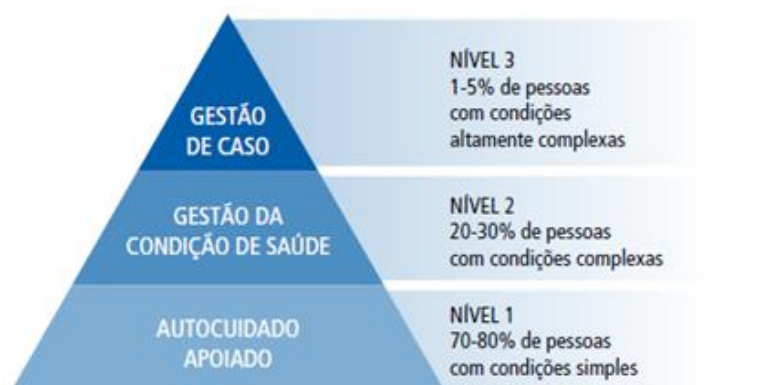


Figura 2. Modelo da Pirâmide de Riscos.

A figura 2 mostra que uma população portadora de condição crônica pode ser estratificada por níveis de complexidade. Assim, 70% a 80% estão no nível 1, pois são pessoas que apresentam condição simples, possuem capacidade para se autocuidarem e constituem a maioria da população total portadora da condição crônica. Cerca de 20% a 30% estão no nível 2, pois são pessoas que apresentam condição complexa, porque têm fator de risco biopsicológico ou condição crônica, ou mais de uma, com certo grau de instabilidade ou potencial de deterioração de sua saúde, a menos que tenham o suporte de equipe profissional. A maior parte do cuidado deve ser provida por equipe de Atenção Primária à Saúde com apoio de especialistas. O autocuidado apoiado continua a ser importante para esta subpopulação, mas a atenção profissional pela equipe de saúde é mais concentrada. Há, nesta população, alto uso de recursos de atenção à saúde. Finalmente, 1% a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam necessidades altamente complexas e/ou usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar, e que requerem gerenciamento ativo por parte de um gestor de caso. Há, nesta subpopulação, uso muito intensivo de recursos de Atenção à Saúde.

A lógica do MPR está em promover a saúde de toda a população; estruturar as ações de autocuidado apoiado para os portadores de condições de saúde mais simples; ofertar a gestão da condição de saúde para que as pessoas a tenham estabelecida e possam manejar os portadores de condições de saúde altamente complexas, por meio da tecnologia de gestão de caso.

### 2.3 O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead

O modelo de Dahlgren e Whitehead da Determinação Social da Saúde (DSS)<sup>[3]</sup> inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até a camada distal, em que se situam os macrodeterminantes. A figura 3 representa esse modelo.



Figura 3. O Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead.

De acordo com o modelo, os fatores macro da camada 5, ou seja, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis, que atuem para reduzir a pobreza e a desigualdade, superar as iniquidades em termos de sexo e de etnicidade, promover a educação universal e inclusiva, e preservem meio ambiente.

Os determinantes sociais da camada 4, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho, incluindo o acesso a serviços essenciais, como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada é a organização de projetos intersetoriais.

Os determinantes sociais da camada 3 exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social, que permitem a acumulação de capital social. As alternativas políticas envolvem a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam que as pessoas trabalhem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram.

Os determinantes sociais da camada 2, os proximais, tornam imperativas as necessidades de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis e de criar ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações desenvolvidas no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis.

Por fim, os determinantes individuais da camada 1, em geral considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros), e/ou as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos e gerenciadas por tecnologias de gestão da clínica.

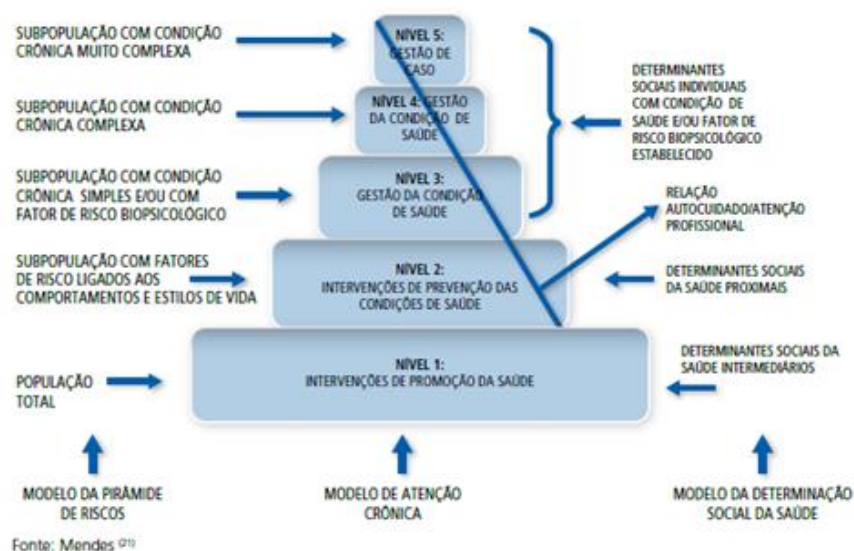
## 2.4 Um Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes,<sup>[4]</sup> baseia-se, como tantos outros, no CCM, mas agrega àquele modelo seminal o MPR e o Modelo da Determinação Social da Saúde, para ajustá-lo às singularidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### 2.4.1 A descrição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do MPR, está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. Na coluna da direita, sob influência do modelo de DSS, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: os determinantes intermediários, proximais e individuais. É claro que, tratando-se de modelo de atenção à saúde, não caberia, aqui, incluir os macrodeterminantes distais da saúde. Na coluna do meio estão, sob influência do CCM, os cinco níveis das intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações: intervenções promocionais, preventivas e de gestão da clínica.

Figura 4. Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



O lado esquerdo da figura 4 corresponde a diferentes subpopulações de uma população total sob responsabilidade da APS: no nível 1, está a população total e na qual se intervirá em relação aos determinantes sociais da saúde intermediários; no nível 2, estão subpopulações com diferentes fatores de riscos ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (determinantes sociais da saúde proximais); no nível 3, as subpopulações de pessoas com riscos individuais biopsicológicos e/ou condição crônica estabelecida, mas de baixo e médio riscos; no nível 4, pessoas com condição crônica estabelecida, mas de alto e muito alto riscos; e no nível 5, as subpopulações de condições de saúde muito complexas.

O lado direito da Figura 4 corresponde ao foco das diferentes intervenções de saúde, em razão dos determinantes sociais da saúde. O meio da Figura representa as principais intervenções de saúde em relação à população/às subpopulações e aos focos prioritários das intervenções sanitárias.

No nível 1, as intervenções são de promoção da saúde, em relação à população total e com foco nos determinantes sociais intermediários, por meio de projetos intersectoriais que articulem ações de serviços de saúde com ações de melhoria habitacional, geração de emprego e renda, ampliação do acesso ao saneamento básico, melhoria educacional e na infraestrutura urbana etc.

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde, ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, considerados fatores de risco modificáveis e potenciados pelos determinantes sociais intermediários e distais. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

Até o segundo nível, não há condição de saúde estabelecida e nem manifestação de fator de risco biopsicológico, à exceção dos riscos por idade ou sexo. Somente a partir do nível 3 do MACC é que opera-se com fator de risco biopsicológico individual e/ou condição de saúde cuja gravidade, expressa na complexidade, convoca intervenções diferenciadas do sistema de atenção à saúde. Por isso, as intervenções relativas às condições de saúde estabelecidas implicam a estratificação dos riscos, segundo as evidências produzidas pelo MPR.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo, fatores hereditários e fatores de risco biopsicológicos – a camada central do modelo de DSS. As intervenções são predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica, a partir da gestão com base na população. Aqui é o campo privilegiado da clínica em seu sentido mais estrito.

A partir do nível 3, exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde, definida pelo MPR. Nesse nível, estruturam-se as intervenções sobre os fatores de risco biopsicológicos, como idade, sexo, hereditariedade, hipertensão arterial, dislipidemias, depressão, pré-diabetes e outros. Ademais, opera-se com subpopulações da população total, que apresentam condição crônica simples, de baixo ou médio risco, em geral prevalente na maioria dos portadores da condição de saúde, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. A estratificação dos riscos de cada condição crônica é feita nas diretrizes clínicas respectivas (por exemplo, hipertensão de baixo, médio, alto e muito alto risco, ou gestante de risco habitual, intermediário e alto).

Ainda que os níveis 3 e 4 sejam enfrentados pela mesma tecnologia de gestão da condição de saúde, a lógica da divisão em dois níveis explica-se pela linha transversal que cruza o MACC, representada na figura 4 e que expressa uma divisão na natureza da atenção à saúde prestada às pessoas usuárias. Isso decorre de evidências do MPR, que demonstram que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas de baixo ou médio riscos são atendidos, principalmente, por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. Assim, no nível 3, opera-se principalmente por intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por equipe da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na atenção multiprofissional; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional; e, neste nível, necessita-se de atenção cooperativa dos generalistas da Atenção Primária à Saúde e dos especialistas.

Por fim, o nível 5 destina-se à atenção às condições crônicas muito complexas e que estão também relacionadas nas diretrizes clínicas das respectivas condições de

saúde, convocando tecnologia específica de gestão da clínica: a gestão de caso. Há, aqui, alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (um enfermeiro, um assistente social ou uma pequena equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida por cada pessoa em todos os pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio, ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Goeran\\_Dahlgren/publication/5095964\\_Policies\\_and\\_strategies\\_to\\_promote\\_social\\_equity\\_in\\_health\\_Background\\_document\\_to\\_WHO\\_-\\_Strategy\\_paper\\_for\\_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf)
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: 2010 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)

8. Rosen R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia Informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2008; 1:2.
9. Mendes EV. As evidências internacionais sobre a atenção primária à saúde e a estratégia de implantação da Saúde em Casa em Minas Gerais: o plano diretor da atenção primária à saúde. Belo Horizonte: 2007.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
11. Halpern R, Boulter P. Population-based health care: definitions and applications [Internet]. Boston, MA: Tufts Managed Care Institute; 2000 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/fbb8/5119a7288821ffa45e58a99a9aa6efef7d46.pdf>
12. Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
13. Porter M, Teisberg E. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman; 2007.
14. Mills A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. Soc Sci Med. 1983;17(24):1971-81.
15. World Health Organization (WHO). Integration of health care delivery: report of a WHO study group [Internet]. Geneve: WHO; 1996 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38408>
16. Oliveira-Cruz V, Kurowski C, Mills A. Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. J Int Dev [Internet]. 2003 [cited 2019 Jun 6];15(1):67-86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jid.966>
17. World Health Organization (WHO). What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? [Internet]. Copenhagen: Health Evidence Network; 2004 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/74704/E82997.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf)
18. Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico [Internet]. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006 [cited 2019 Jun 6]. Available from:



[https://www.who.int/social\\_determinants/resources/frenk.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf)

19. Ooms G, Van Damme W, Baker BK, Zeitz P, Schrecker T. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Global Health* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];4(1):6. Available from: <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-4-6>
20. Mendes EV. A atenção às condições crônicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER, Duncan MS, Giugliani C, editors. *Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 124-30.
21. Wiles D. Sweden’s road safety vision catches on. 2007.
22. Marques A. Rede de urgência e emergência. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. *O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Minas Gerais: Autêntica; 2010.
23. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. *Sistema Manchester de classificação de risco*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco; 2010.
24. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
25. Porter M, Kellogg M. Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Rev Innovación Sanit y Atención Integr* [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 6];1(1):5. Available from: [http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula\\_fap\\_2010/bibliografia/Kaiser\\_2009.pdf](http://sefap.es/media/upload/arxius/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Kaiser_2009.pdf)
26. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
27. Hall R. *Organizações, estrutura e processos*. Rio de Janeiro: Prentice-Hall; 1982.
28. Hammer M, Champy J. *Reengineering the corporation*. Nova Iorque: Harper Business; 1994.
29. Lima H. Gestão por processos. In: Marques A, Mendes E, Lima H, editors. *O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Minas Gerais: Autêntica; 2010. v. 2.

## RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

**Acesse aqui algumas das portarias citadas neste guia:**

### **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017.



Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 816, de 28 de março de 2018 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/marco2018/dia29/portaria816.pdf>

### **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA**



Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jun 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

ml

### **PROTOCOLO DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NO BRASIL.**



Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil [Internet]. Brasília, DF: OPAS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from:

<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>

## LIVROS



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>



Conselho Nacional de Secretários DE Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>



Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jun 6]. Available from: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>