

PlanificaSUS

Módulo Introdutório

1. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os resultados sanitários e econômicos insatisfatórios dos sistemas fragmentados vigentes, como formas de respostas sociais a situações de saúde com predomínio de condições crônicas, têm levado à proposição de formas alternativas de organização sanitária, aos sistemas integrados de saúde ou às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A implantação das RAS propiciará um formato organizacional que permitirá a superação da atenção episódica, reativa e fragmentada por uma atenção contínua, proativa e integrada, compatível com o manejo adequado das condições agudas e crônicas. Isso ocorre porque a concepção de RAS acolhe e redefine os novos modelos de atenção à saúde que estão sendo experimentados e têm se mostrado efetivos e eficientes no controle das condições crônicas. As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.^[7] As RAS são, portanto, organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura, e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.^[4]

Dessa definição emergem os atributos básicos das RAS: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; seu modelo de governança é baseado na cooperação e na interdependência; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da Atenção Primária à Saúde, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma

condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e buscam gerar valor para sua população.

As RAS diferem dos sistemas fragmentados de saúde porque apresentam as seguintes características: organizam-se por um contínuo de atenção; organizam-se como uma rede poliárquica; orientam-se equilibradamente para a atenção às condições e aos eventos agudos, e às condições crônicas; voltam-se para uma população a elas adscrita; o sujeito deixa de ser paciente para transformar-se em agente protagônico de sua saúde; o cuidado é proativo da parte do sistema de saúde, das equipes profissionais e das pessoas usuárias; o cuidado é integral; o cuidado é ancorado em equipes interdisciplinares; a gestão é feita com base populacional, a partir das necessidades e das preferências das pessoas vinculadas às redes; e o financiamento faz-se por orçamento global, captação ajustada e/ou atendimento a um ciclo completo de uma condição de saúde.^[4]

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.^[8]

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nessas redes, não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde e os sistemas de apoio, mas existe a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas – novamente, a Atenção Primária à Saúde e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os componentes das RAS são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes, e apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Extensa revisão bibliográfica sobre RAS, abrangendo centenas de trabalhos realizados no Canadá, nos Estados Unidos, na Europa e na América Latina, mostrou evidências de que as RAS melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de saúde.^[9]

No Brasil, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi recentemente incorporada oficialmente ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de dois instrumentos jurídicos: a portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS,^[7] e o decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei 8.080, de 1990.^[10]

1.1 Os elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde

As RAS constituem-se por três elementos fundamentais: a população e as Regiões de Saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.^[7]

1.1.1 A população das Redes de Atenção à Saúde

O primeiro elemento das RAS, sua razão de ser, é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, característica essencial dessas redes.

As RAS, nos sistemas públicos, podem organizar suas populações em territórios sanitários. Porém, há experiências de sistemas públicos de cobertura universal que prescindem da territorialização, em nome de competição entre profissionais de saúde na organização de suas listas de pessoas usuárias. Nesses casos, há possibilidade de livre escolha dos profissionais de saúde pelas pessoas usuárias. Nos sistemas privados, deve haver uma base populacional, mas, em geral, ela não está organizada por territórios sanitários.

Na normativa do SUS, a população deve ser organizada por Regiões de Saúde que conformam diferentes territórios sanitários: o território área de abrangência a uma equipe de Atenção Primária à Saúde; o território municipal; o território regional ou microrregional; o território macrorregional e o território estadual. Esses diferentes espaços de territorialização, construídos a partir da vinculação de uma população a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, demarcam as possibilidades de estruturar as RAS segundo os critérios de economias de escala e escopo, disponibilidade de recursos e garantia de acesso.^[4]

A população de responsabilidade das RAS, no sistema público brasileiro, vive em territórios sanitários singulares. Idealmente, organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de RAS, cabe à Atenção Primária a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes ou de gestão de base populacional se não se der,

nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de saúde é o elemento básico, que torna possível romper a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão amparada pelas necessidades de saúde da população, ou pela gestão de base populacional – elemento essencial das RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura, suas necessidades e suas preferências.^[11]

1.1.2 A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Em uma rede, conforme entende Castells,^[12] o espaço dos fluxos é constituído por alguns lugares intercambiadores, que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e são os centros de comunicação, e por outros lugares, onde se localizam funções estrategicamente importantes, que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e são seus nós.

A estrutura operacional das RAS é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. É o que se mostra na figura 1.

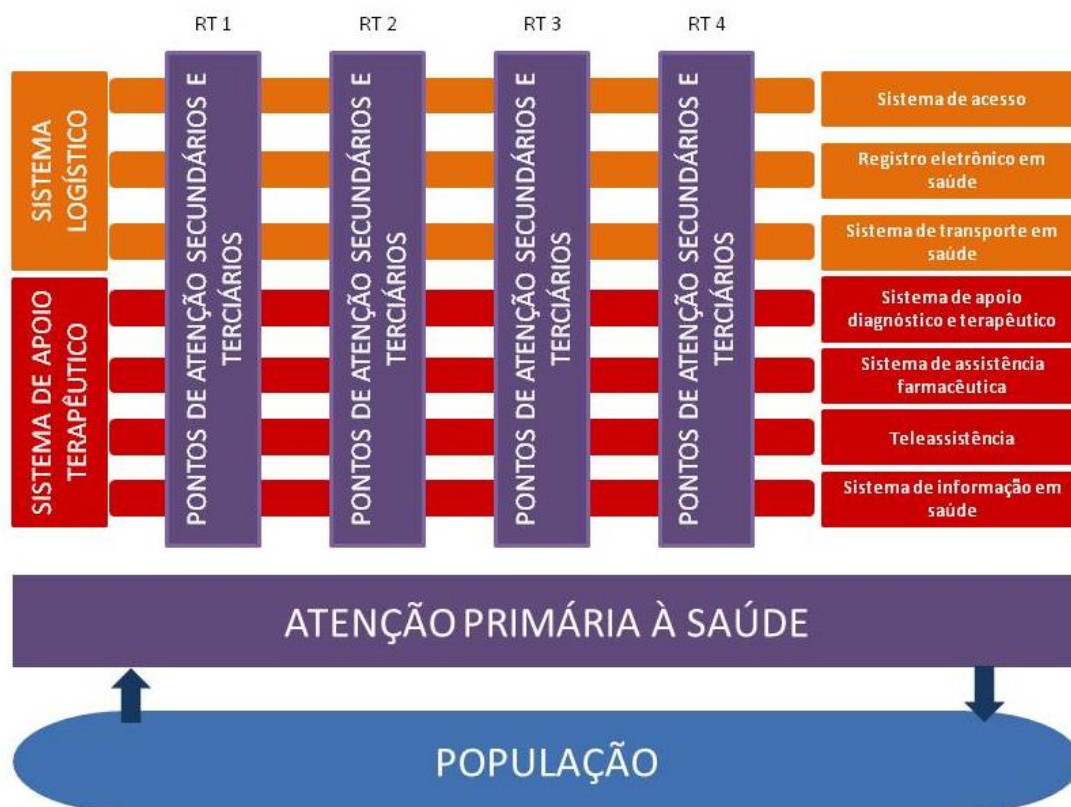


Figura 1 – A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde.
RT: redes temáticas de atenção à saúde. Fonte: Mendes.^[4]

A observação detalhada da figura 1 mostra a opção pela construção de redes temáticas de atenção à saúde, como as de atenção às mulheres e crianças; às doenças cardiovasculares; às doenças renais crônicas; relacionadas ao diabetes; às doenças oncológicas e outras. As RAS estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de ciclo completo de atendimento. Só se gera valor para a população se se estruturam respostas sociais integradas, relativas a um ciclo completo de atenção. Como afirmam Porter e Teisberg,^[13] “O valor na assistência à saúde é determinado considerando-se a condição de saúde do paciente durante todo ciclo de atendimento, desde a monitoração e prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença”.

No entanto, essa proposta de estruturação, por meio de redes temáticas, nada tem a ver com a concepção vigente no passado dos programas verticais. Os programas verticais são sistemas de saúde dirigidos, supervisionados e executados exclusivamente por meio de recursos especializados.^[14] Por exemplo, o programa

vertical de tuberculose tinha um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose e um laboratório para exames de tuberculose, como ocorreu, no passado, na saúde pública brasileira. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos, e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir seus objetivos.^[15] Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios, como clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente, em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos.^[16] Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade.^[17] Por isso, recentemente, vem se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e a Atenção Primária à Saúde.^[18,19] A forma mais adequada de se organizarem os sistemas, diagonalmente, parece ser por meio das RAS.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RAS manifesta-se, em parte temática restrita, exclusivamente, nos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes dessas redes, como se vê na figura 1, a Atenção Primária à Saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança, são transversais a todas as redes temáticas, sendo comuns a todas elas.

1.1.3 Os modelos de atenção à saúde

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos, que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica, e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.^[4]

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Eventos agudos são manifestações mais ou menos exuberantes, de ordem

objetiva ou subjetiva, de uma condição de saúde. As condições agudas manifestam-se, em geral, por eventos agudos; as condições crônicas, em certas circunstâncias, podem se manifestar sob forma de eventos agudos: são as agudizações das condições crônicas; também algumas condições gerais e inespecíficas podem se manifestar agudamente.

Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de saúde às manifestações de condições agudas e de agudizações de condições crônicas.

Os objetivos de um modelo de atenção às condições agudas são prevenir a ocorrência de eventos agudos e identificar, no menor tempo possível e com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado, ou seja, o tempo-resposta do sistema. Isso implica adotar um modelo de classificação de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de atenção aos eventos agudos devem ser organizados por níveis de atenção.^[20] No nível 1, estão ações de promoção da saúde estruturadas intersetorialmente e que, segundo o modelo de determinação social da saúde,^[3] destinam-se aos fatores de risco distais. Como exemplo, pode-se indicar a política de visão zero sobre acidentes de trânsito na Suécia.^[21] No nível 2, incorporam-se as intervenções de prevenção das condições de saúde, em subpopulações de riscos em relação aos determinantes sociais proximais da saúde, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Inscrevem-se, neste nível, ações sobre uso excessivo de álcool e outras drogas, que devem ser aplicadas nos âmbitos macro, meso e micro. Os programas de controle do álcool em motoristas que estão dirigindo são um exemplo. Nos níveis 3, 4 e 5, estão ações do campo da clínica, que se prestam, conforme a gestão da clínica, à aplicação das tecnologias de gestão das condições de saúde e gestão de caso. A gestão das condições de saúde inicia-se pela classificação de risco e, depois, no ponto de atenção certo, faz-se o diagnóstico, segundo a estratificação de riscos.

O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelos eventos agudos, na perspectiva das RAS, implica a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais mostram que essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas em sistema de

classificação de risco, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências.

Os modelos de triagem em urgências e emergências apresentam grande variação, de acordo com as experiências, mas têm em comum uma triagem de risco. Há modelos que utilizam de dois a cinco níveis de gravidade, sendo os últimos os mais aceitos. Os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, são o australiano (*Australasian Triage Scale – ATS*), modelo pioneiro e que usa tempos de espera de acordo com gravidade; o canadense (*Canadian Triage Acuity Scale – CTAS*), que é muito semelhante ao australiano, mas mais complexo; o americano (*Emergency Severity Index – ESI*), que trabalha com um único algoritmo e se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*), que se baseia em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas é de uso complexo e demorado; e o Sistema Manchester de Classificação de Risco, que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores, usado em vários países da Europa.^[22] No Brasil, o Sistema Manchester de Classificação de Risco tem sido usado crescentemente.^[23]

A classificação de risco é fundamental para organizar a rede de atenção às urgências e às emergências, porque define, em razão dos riscos, o local certo para a atenção e o tempo-resposta do sistema de atenção à saúde.

Os modelos de atenção aos eventos agudos podem operar com efetividade, quando aplicados às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde manifesta-se quando sua lógica é transplantada para o manejo das condições crônicas não agudizadas. Por essa razão, a superação dessa crise demanda a implantação de novos modelos de atenção às condições crônicas.

Os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos, e a variável-chave não é o tempo-resposta em razão dos riscos. Eles serão considerados mais detalhadamente porque constituem o objeto central da crise que se analisa.

A discussão mais robusta, na literatura internacional, sobre os modelos de atenção à saúde, está relacionada às condições crônicas. A razão é que, conforme assinala Ham,^[1] a tradição dos sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, tem sido a de privilegiar a atenção às condições e aos eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas.

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
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
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
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
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
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
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
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/arxiu/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



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

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>