

A COMPLEXIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Cesar Francisco Silva da Costa*

Helena Heidtmann Vaghetti**

Silvana Sidney Costa Santos***

Fabiane Ferreira Francioni****

Nalú Pereira da Costa Kerber*****

RESUMO

Reflexão teórico-filosófica que objetivou buscar no pensamento complexo de Edgar Morin uma possível visualização da existência de interlocuções que podem ocorrer intra/entre os diversos atores que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde, percebendo-as como constituindo um sistema formado pela combinação de diferentes agentes/elementos, entre os quais a enfermagem. Foram considerados como elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Nesta reflexão foi possível perceber a indissociabilidade dentro da realidade que configura a Rede de Atenção à Saúde, principalmente, quanto à ordem-desordem-interação-organização, podendo o fluxo ser alterado/invertido, bastando para tanto um movimento de/entre os elementos que compõem a Rede. Para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, torna-se de extrema importância perceber que as Redes de Atenção à Saúde constituem um sistema formado pela combinação de diferentes agentes/elementos. Acredita-se ser possível considerar que a Complexidade aproxima a visão para o contexto em que as Redes de Atenção à Saúde se desenvolvem, o que permitiria o avanço significativo quanto aos debates sobre a participação da enfermagem, por tratar/cuidar de um bem maior que é a saúde humana, em uma relação com a sociedade e sua completude.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Gestão em saúde. Filosofia em enfermagem. Pensamento.

INTRODUÇÃO

As ações no Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, estão estruturadas para sanar as demandas, utilizando como porta de entrada as unidades básicas de saúde. No entanto, a população ainda encontra dificuldades de acesso tanto a unidades convencionais de saúde como a unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF). O que demonstra que nenhum dos dois modelos consegue assistir devidamente seus usuários⁽¹⁾. Ou seja, mesmo a cobertura tendo aumentado nestas últimas décadas, especialmente na área ambulatorial, a oferta de recursos mantém-se insuficiente para atender às necessidades da população⁽²⁾.

Para refletir sobre o acima descrito, faz-se necessário o entendimento dos conceitos de

Rede de Atenção à Saúde (RAS) e sua complexidade. As RAS são consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível⁽²⁾ e um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações, constituindo-se em três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde⁽³⁾.

É válido salientar que, no âmbito nacional, a formação de RAS tem sido intensamente debatida pelo Ministério da Saúde Brasileiro, com destaque, sobretudo, na Atenção Básica à Saúde (ABS). Nesta direção existe portaria ministerial⁽⁴⁾ que estabelece as diretrizes para a organização da RAS do SUS que, embora não tenha alterado a realidade, foi um passo importante para a implantação das políticas que

*Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Docente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG- Rio Grande RS-Brasil. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde. E-mail: hspcesar@furg.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG- Rio Grande RS-Brasil. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Organização do Trabalho da Enfermagem e Saúde. E-mail: vaghetti@vetorial.net

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG – Rio Grande RS - Brasil. E-mail: silvanasidney@pesquisador.cnpq.br

****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG – Rio Grande – RS, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver mulher. E-mail: francionifloripa@yahoo.com.br

*****Enfermeira Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande – EENF/FURG - Rio Grande – RS, Brasil. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. E-mail: nalu@vetorial.net

podem vir a transformar o cenário de fragmentação do SUS, influenciando e atuando sobre todas as esferas de gestão⁽⁵⁾.

Portanto, a efetivação das RAS no Brasil ainda se apresenta como um desafio a ser enfrentado por usuários, trabalhadores e gestores, na medida em que a assistência não está focada no todo articulado e interdependente do SUS⁽⁶⁾. Os profissionais de saúde convivem com um sistema de saúde complexo, que possui serviços com rotinas e regras burocratizadas que impedem o movimento dinâmico e integrado do cuidado em saúde preconizado pelas RAS⁽⁷⁾.

Sabe-se que a busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, principalmente pela dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diversificadas de financiamento, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário^(6,7).

Nesta configuração do sistema, é possível considerar que a complexidade está presente na temática RAS tanto em relação aos aspectos da complexidade tecnológica e gerencial, como no tocante aos seus elementos constitutivos.

No Brasil não há avaliações robustas sobre essa temática, porém, o estabelecimento concreto dessas redes pode melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, ainda auxiliando a reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. (3) Estudos ligando os temas da complexidade e das RAS são escassos, destacando que as RAS não podem ser visualizadas de forma fracionada, mas sim como um movimento complexo em que todos os serviços que integram o SUS formam o todo, e que em cada uma delas exista uma inter-relação formada por várias partes⁽⁷⁾.

Com essa percepção, propõe-se a realização de uma reflexão teórico-filosófica sobre a inter-relação entre os elementos constitutivos das RAS nesta complexa rede de atendimento, tendo como fio condutor o pensamento complexo de Edgar Morin, sabendo-se que, numa perspectiva do pensamento complexo, torna-se necessário valorizar as relações entre cada fenômeno e seu contexto, ou seja, como uma modificação local

repercute no todo e como uma modificação no todo repercute sobre as partes⁽⁸⁾.

Edgard Morin apresenta um conjunto de sete princípios, que configuram um guia para um pensar complexo⁽⁸⁾. Esses princípios servirão como ponto de reflexão e discussão (método) na relação com os elementos constitutivos da RAS.

Sistêmico ou organizacional liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. *Holográfico* põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. *Circuito retroativo* permite o conhecimento dos processos autorreguladores. *Circuito recursivo* ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e auto-organização. *Autonomia/dependência (auto-organização)*: os seres vivos são seres auto-organizadores, que precisam ser concebidos como seres autoecoorganizadores. *Dialógico* une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade. *Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento* opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central. Todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e época determinadas⁽⁸⁾.

O objetivo desta reflexão é, portanto, buscar uma possível visualização da existência de interlocuções que podem ocorrer intra/entre os diversos atores que fazem parte da RAS, percebendo-as como se constituindo em um sistema formado pela combinação de diferentes agentes/elementos, entre os quais a enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os elementos da rede de atenção à saúde: atores/cenários

O primeiro constituinte da RAS, a **população**, é visto como essencial e a razão de sua existência. A RAS, em um sistema público como o SUS, exige a construção social de territórios/população uma vez que essa população é de responsabilidade das RAS, vive em territórios sanitários singulares e organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários⁽³⁾.

Por ser de responsabilidade de uma RAS, a população deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação⁽³⁾. E, a partir do momento em que esta sinta-se integrada nas ações de saúde, em uma atenção centrada na família, reconhece positivamente a saúde, adota medidas preventivas e se reconhece como sujeito de sua saúde, adotando igualmente as práticas de autocuidado⁽⁹⁾.

A população, como elemento essencial da RAS, compatibiliza-se com o *Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento*. Na concepção de RAS, cabe à ABS a responsabilidade de articular-se com a população, sendo este fator de elevada importância no processo de conhecimento e relacionamento da equipe de saúde com a população, introduzindo a participação ativa do sujeito no processo de conhecimento e autoconhecimento.

A população também pode ser visualizada no *Princípio sistêmico ou organizacional*. A existência de redes é fruto de outros fatores relacionados com a maior complexidade dos processos administrativos em um meio ambiente cuja dinâmica impossibilita qualquer ator isolado de controlar os processos de mudanças, o que, neste caso, apresenta-se via participação popular ou, sobremaneira, via sujeito cidadão.

Percebe-se que a sociedade está presente em cada indivíduo, enquanto todo, através de sua linguagem, sua cultura, suas normas⁽⁸⁾. Eis então a presença do *Princípio holográfico*. Na utilização desse princípio, é possível aproximar-se do entendimento de que o todo contém informações sobre suas partes, mas que estas também possuem informações do todo. Em se tratando das RAS, a população contribui com sua cultura, suas crenças e valores de forma que todos se vejam nela representados e, da mesma forma, acabam incorporando características do todo à rede.

O segundo elemento que constitui a RAS é a **estrutura operacional**, que, por sua vez, constitui-se de cinco componentes: **o centro de comunicação das redes de atenção à saúde; os pontos de atenção secundária e terciária à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança das redes**⁽³⁾.

Dessa forma e nessa configuração, este segundo elemento pode ser relacionado ao *Princípio da autonomia/dependência (auto-organização)*, no que se refere aos intrincados relacionamentos internos e à forma não hierárquica que sustenta esse tipo de organização cooperativa e que lhe confere uma dinamicidade avessa ao equilíbrio, proporcionando a auto-organização.

Essa relação é feita no momento em que são apresentados os cinco componentes deste segundo elemento, dado não haver autonomia sem dependência, numa relação em que, quanto maior a autonomia, maiores serão as dependências, tornando necessária a criação de estruturas operacionais que abasteçam e sejam abastecidas pelo próprio sistema, em uma relação de interdependência no interior de sua própria organização. O componente *centro de comunicação das redes de atenção* apresenta-se como sendo o nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema. Esse componente, uma vez sem comunicar/sem comunicação, se apresenta, portanto, sem fluxo ou contrafluxo.

O componente **pontos de atenção secundária e terciária** destaca os papéis a serem desempenhados pelos ambulatorios e hospitais. Esse componente, uma vez sem interação, fluxo ou comunicação entre si e com os demais integrantes da rede, afeta o elemento população, que é o foco da atenção oferecida.

O componente **sistemas de apoio**, constituído pelo apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde, tem a função de apoiar os demais e, dependendo das interconexões em alguns casos, representa o todo na rede. No entanto, uma vez não desempenhando seu papel, perde seu significado e função, resultando em: sem apoiar/sem apoio; sem sustentar/sem sustentação na rede.

O componente **sistemas logísticos** opera com o sistema de transporte em saúde e tem também, em sua linha operacional, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde (o Cartão SUS). Uma vez sem logística/sem identificação, isso representa sem acesso, ou seja, sem o seu efetivo funcionamento, o acesso da população aos serviços fica comprometido.

No componente **sistema de governança das redes**, discutido em termos de sua institucionalidade, de seu sistema gerencial e financiamento, é possível visualizar o *Princípio do circuito retroativo*. Quando relacionado aos processos autorreguladores, aproxima-se da estabilização do sistema pela redução dos desvios ou provocando uma reação ainda maior de efeito contrário⁽¹⁰⁾.

A reflexão leva a considerar que, em uma estrutura operacional que objetiva o cuidado do primeiro elemento constitutivo da RAS, a população, bem como sua própria existência na qualidade de quem é assistido e que também integra o grupo que presta assistência, organiza e gerencia (a assistência à população e a estrutura operacional), pode ser visualizado também em outro princípio. Sendo este o *princípio do circuito recursivo*, que se constitui em um elo gerador, onde produtos e efeitos são produtores e causadores daquilo que os produziu. Tal como os pilares das RAS que são os usuários, os gestores e os profissionais da saúde. Esses pilares são produtores e ao mesmo tempo produtos da rede⁽¹¹⁾.

A complexidade encontrada na RAS, ao se relacionar com o princípio do circuito recursivo, apresenta-se na forma de que a figura da rede é utilizada para designar sistemas, estruturas ou desenhos organizacionais caracterizados por uma variedade de elementos dispersos espacial ou funcionalmente, mas que mantêm ligação entre si.

O terceiro elemento constitutivo das RAS, que trata dos **modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas de saúde**, é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

Este terceiro elemento que, embora, por definição, deva obedecer à lógica e organizar o funcionamento da RAS, ao lidar com o fator risco e determinantes sociais, bem como a situação demográfica e epidemiológica, pode ser visto sob a ótica do *Princípio do circuito recursivo*. Essa intenção reflexiva se justifica por tratar-se de um processo no qual os efeitos são ao mesmo tempo causadores e produtores do

próprio processo e manifestam-se na geração e morte dos seres, na vida biológica e na sociedade humana⁽⁸⁾. Portanto, os determinantes sociais da saúde tornam-se determinantes do modelo.

Além desta reflexão, o modelo de atenção à saúde, por organizar o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações, remete ao *Princípio da autonomia/dependência*, no qual os seres humanos são seres auto-organizadores, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades⁽⁸⁾. Essa interlocução apresenta-se de tal forma que a estrutura e as posições dos atores na RAS são capazes de influenciar suas ações, preferências e interpretações de acordo com sua visão de mundo, incluindo os recursos de poder.

Nessa direção, é válido ressaltar que a gestão local da política de saúde envolve a formação de capacidades administrativas internas relacionadas aos aspectos essenciais da gestão comuns a todas as políticas públicas, bem como competências específicas setoriais de articulação com outras esferas de Estado, governo, sociedade civil e mercado. Combinação que exige o estabelecimento de redes de articulação e interdependência com os agentes privados e com outras esferas governamentais para a construção coletiva do SUS⁽¹²⁾.

A legislação que regula o SUS, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, não reconhece o acesso do usuário segundo o fluxo culturalmente estabelecido pelas populações de municípios limítrofes⁽⁵⁾. Porém, o usuário decide quanto à sua via de acesso, possivelmente, porque as características socioculturais e econômicas das populações contribuem para o sentido do fluxo em busca de assistência à saúde, mostrando que, para uma polarização efetiva, não bastam os aspectos geográfico-administrativos.

Considera-se ainda, que no SUS há a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes. Assim, as redes poliárquicas, em que cada nó liga-se a vários outros, permitem percorrer caminhos variados

entre esses nós, de forma que os diversos ramos estão interconectados⁽³⁾.

Na continuidade, reflete-se sobre o *Princípio dialógico* nas RAS, de modo que a dialógica presente evidencia-se na convivência, independência e autonomia de seus integrantes, que se ordenam na busca de objetivos comuns, permitindo uma dinâmica justamente pela instalação de um sistema organizativo com sinergia entre os envolvidos.

Nessa dialógica, apresenta-se a configuração de RAS como não sendo um arranjo poliárquico entre diferentes atores⁽³⁾, ou com a estrutura policêntrica suscitando abordagem de gestão em rede, o que requer habilidades distintas daquelas de gestão hierárquica⁽¹²⁾. Ou ainda o PDR fundamentado na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios, da conformação de redes hierarquizadas de serviços, propiciando a coexistência de autonomia, interdependência e relações horizontais (não hierarquizadas) entre os municípios com mediação e coordenação dos Estados e União⁽⁵⁾.

Para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que na ESF coordena e igualmente organiza o serviço e a equipe de saúde⁽¹³⁾, atuando na melhoria do processo de trabalho⁽¹⁴⁾, é importante perceber que as RAS constituem um sistema formado pela combinação de diferentes agentes/elementos, isso por constituírem ao mesmo tempo uma unidade, que seria a rede como o todo organizacional, e a multiplicidade, representada pelos agentes/elementos que formam as(a) partes/parte deste todo/único⁽⁸⁾.

Com esse raciocínio, é possível pensar e olhar de outras maneiras a assistência, visualizando trabalhadores e usuários, aceitando as incertezas e contradições presentes nos sistemas de cuidado e, assim, lidar com a complexidade do real. Considera-se um desafio entender a enfermagem/saúde sob este novo olhar⁽¹⁵⁾.

O enfermeiro assume compromisso com as políticas de saúde e com o trabalho nas atividades de atenção à saúde⁽¹⁶⁾. A complexidade na formação e atuação do enfermeiro deve ser realimentada continuamente, num processo dialógico e

desafiador com um olhar atento no universo das disciplinas sociais e da saúde⁽¹⁷⁾.

Essa é uma assertiva baseada, sobretudo, na complexidade da prática da enfermagem, pois não existe garantia de resultados uma vez que o objeto de trabalho do enfermeiro são seres humanos com inteligência e livre arbítrio⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES

As considerações efetuadas são indissociáveis dentro da realidade que configura a RAS, principalmente, quanto à ordem-desordem-interação-organização, onde o fluxo pode ser alterado/invertido, bastando para tanto um movimento de/entre os três elementos que compõem a RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado/atenção, o que se configura em muitas linhas e conexões, que se abrem em múltiplas direções. Isso confere à RAS essa extraordinária característica caótica, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e interconectados, permitindo trajetos variados entre as interconexões dessa rede, que são capazes de ocasionar problemas/conflitos na integração e comunicação entre os vários níveis de atenção à saúde.

Acredita-se ser possível considerar que a Complexidade aproxima a visão para o contexto em que as RAS se desenvolvem, o que permitiria o avanço quanto aos debates sobre a participação da enfermagem no processo, pois as RAS, por tratarem/cuidarem de um bem maior que é a saúde humana, relacionam-se com a sociedade e sua completude.

Esta parece uma constatação fundamental, no sentido de que o enfermeiro faz parte desse processo e para o qual deve estar preparado, recebendo como benefício o aprendizado que ocorre por meio da troca de informações, integração com variadas equipes e experiências oportunizadas pela participação nesse processo e o aprendizado das incertezas.

THE COMPLEXITY OF THE HEALTH ATENTION NETWORK

ABSTRACT

This article is a documentary study involving a social and historical approach with the objective of analyze the composition and the structure of the nursing workforce in the Hospital Alemão Oswaldo Cruz, between the year of 1941 and 1945. It was appreciated two documentary sources: "Book of Employee's Register" and "Professional Sheets" from HAOC. Before being correlated, the data from each source were studied separately. The data from each book was copied electrostatically, certificated, transcript, organized into Excel® spreadsheet, and then analyzed quantitatively and qualitatively in the historical, social, economic and political context. The research revealed that since the 1940s, the institution was using human resource management tools to control headcount and payroll. There was formal and hierarchical division of labor. The nursing workforce was composed by 16 different designations of positions that was divided into three segments (leaders, graduates, non-graduates) acting in strategic, tactical and operational levels. It was concluded the organization of nursing professionals, supported by the care and management model, enabled HAOC to be considered a model institution-reference.

Keywords: Delivery of health care. Health services accessibility. Health management. Philosophy, nursing. Thinking.

LA COMPLEJIDAD DE LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD

RESUMEN

Reflexión teórico-filosófica destinada a buscar, en el pensamiento complejo de Edgar Morin, una posible manera de visualizar la existencia de interlocuciones que pueden ocurrir inter/entre los diferentes actores que hacen parte de la Red de Atención a la Salud, en la percepción de ésta en cuanto sistema formado por la combinación de diferentes agentes/componentes, incluyendo la enfermería. Fueron considerados como elementos constitutivos de las Redes de Atención a la Salud: población, estructura operacional y modelo de atención a la salud. En esta reflexión se percibió la inseparabilidad dentro de la realidad que configura la Red de Atención a la Salud, sobre todo en relación a orden-desorden-interacción-organización, siendo posible que el flujo sea cambiado/invertido simplemente por un movimiento de/entre los elementos que componen la Red. Para los profesionales de salud, especialmente el enfermero, se vuelve importante tener en cuenta que las Redes de Atención a la Salud constituyen un sistema formado por la combinación de diferentes agentes/elementos. Se cree posible considerar que la Complejidad aproxima al contexto en el que se desarrollan las Redes, lo que permitiría la mejora significativa en cuanto a los debates acerca de la participación de enfermería, por tratar/cuidar del bien mayor que es la salud humana, en una relación con la sociedad y su completitud.

Palabras clave: Prestación de atención de salud. Accesibilidad a los servicios de salud. Gestión en salud; Filosofía en enfermería. Pensamiento.

REFERÊNCIAS

1. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Cienc cuid saude*. 2011; 10(2):248-55.
2. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc saude colet*. [online]. 2011; 16(6):2753-62. [em 21 ago. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci_arttext
3. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Revista Divulgação em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro. 2014; 52:38-49.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. [citado em 2014 abr 28]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Brasília(DF). 126 p. (Navegadorsus, 4). [citado em 2014 abr 28]; Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/redes-brasil-italia.pdf>
6. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude Soc*. [online]. 2011; 20(4):867-74. [citado 2014 set 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400005&script=sci_arttext
7. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):169-73.
8. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 19ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2011.
9. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília(DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
10. Morin E. Ciência com consciência. 14ª. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil; 2010.

11. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cienc saude colet.* [online]. 2014; 19(2):343-52. [citado 2015 jun 14]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
12. Teixeira SMF, Ouverney ALM, Kronemberger TS, Zani FB. Impactos da Descentralização do SUS sobre o Processo de Modernização dos Governos Locais. *Contabilidade, Gestão e Governança.* 2011; 14(3):100-19.
13. Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. *Rev APS.* 2011; 14(1):28-38.
14. Kraemer FZ, Duarte MLC, Kaiser DE. Autonomia e trabalho do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3):487-494.
15. Hammers chmidt KSA, Santos SSC, Erdmann AL, Caldas CP, Lunardi VL. Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. *Cienc cuid saude.* 2013; 12(1):198-203.
16. Medeiros VC, Peres AM. Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011; [citado em 2014]; 20(esp):27-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000500003&script=sci_arttext
17. Santos SSC, Hammers chmidt KSA. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuições do pensamento de Edgar Morin. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(4):561-65. [citado em 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a02v65n4>.

Endereço para correspondência: Cesar Francisco Silva da Costa. Rua Barão de Cotegipe, 492, apt. 201. Rio Grande. Rio Grande do Sul. Brasil. CEP: 96200-290. E-mail: hspcesar@furg.br

Data de recebimento: 08/04/2015

Data de aprovação: 03/12/2015