

Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade

Health care networks under the light of the complexity theory

Redes de atención a la salud bajo la teoría de la complejidad

Cecília Arruda¹

Soraia Geraldo Rozza Lopes¹

Micheline Henrique Araujo da Luz Koerich¹

Daniela Ries Winck¹

Betina Horner Schlindwein Meirelles¹

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis - SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Refletir acerca dos princípios que norteiam as Redes de Atenção em Saúde sob a luz dos princípios da Teoria da Complexidade de Edgar Morin. **Métodos:** Trata-se de uma reflexão teórica. **Resultados:** Esta reflexão foi organizada em três atos: primeiro, apresenta-se uma contextualização histórica das Redes de Atenção em Saúde no Brasil; segundo, a conexão entre as Redes de Atenção em Saúde e os princípios da teoria da complexidade de Edgar Morin; terceiro, expõe-se alguns desafios para construção das Redes de Atenção em Saúde na perspectiva da complexidade. **Conclusão:** A conexão existente entre os pressupostos das RAS e os princípios da Teoria da Complexidade sugere a possibilidade de se aprofundar o entendimento, tanto das dificuldades, como das possibilidades de transformação da realidade do serviço de saúde público brasileiro, em busca da implementação da prática da integralidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Assistência à saúde; Serviços de saúde; Sistema único de saúde.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the framework of the Healthcare Networks under the light of the principles of Edgar Morin's Complexity Theory. **Methods:** This is a theoretical reflection. **Results:** This reflection was organized into three acts: first, presents a historical overview of Healthcare Networks in Brazil, secondly, the connection between the Healthcare Networks and the principles of Edgar Morin's Complexity Theory; third, is exposed some challenges to the construction of the Healthcare Networks in the perspective of complexity. **Conclusion:** The connection between the assumptions of the HCN and the principles of Complexity Theory suggest the possibility to deepen the understanding of both the difficulties and possibilities of social transformation in the Brazilian public health service, in pursuit of the implementation of comprehensive of healthcare.

Keywords: Delivery of Health Care; Health Services; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar acerca de los principios que guían las Redes de Atención en Salud (RAS) bajo la luz de los conceptos de la Teoría de la Complejidad de Edgar Morin. **Métodos:** Reflexión teórica. **Resultados:** Esta reflexión se organizó en tres actos: presentación de una revisión histórica de las Redes de Atención en Salud de Brasil; conexión entre las Redes de Atención en Salud y los principios de la Teoría de la Complejidad de Edgar Morin; y exposición de algunos desafíos para la construcción de las redes de salud en la perspectiva de la complejidad. **Conclusión:** La conexión entre los supuestos de la RAS y los principios de la Teoría de la Complejidad sugiere la posibilidad de profundizar el conocimiento, tanto de las dificultades, como posibilidades de transformación social en el servicio de salud pública brasileño, en la búsqueda de la aplicación de la integralidad de atención de la salud.

Palabras-clave: Prestación de atención de salud; Servicios de salud; Sistema único de salud.

Autor correspondente:

Cecília Arruda.

E-mail: cecilia2030@gmail.com

Recebido em 18/12/2013.

Aprovado em 26/09/2014.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150023

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro prevê, dentre seus objetivos, a assistência à saúde às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas¹. Ao longo dos 25 anos de sua existência, o SUS vem progredindo com a reestruturação contínua de suas leis, resoluções, portarias, políticas e programas de saúde, visando reafirmar seus princípios e diretrizes e qualificar a atenção em saúde.

Porém, mesmo com tantos avanços, continuamos vivenciando um cenário que se caracteriza por visível fragmentação de serviços e ações. A busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na 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 desse sistema.

A complexidade do processo de constituição de um sistema de saúde unificado e integrado no Brasil expressa-se, principalmente, pela diversidade de contextos regionais presentes no país e às distintas necessidades de saúde da população entre as regiões. Aliado a isso, soma-se o desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo, efetividade e o elevado peso da oferta privada, com seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde¹.

A evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação. Desse modo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas pelo Ministério da Saúde (MS)¹ como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência.

As RAS são consideradas organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Procuram oferecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela atenção primária à saúde, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada².

Dentro do complexo sistema de saúde brasileiro, consideramos que qualquer reflexão sobre essa temática não pode ser analisada sob forma linear de pensamento, mas sim sob múltiplas dimensões. Dessa forma, vislumbramos a importância de compreender as interligações dos pontos que as conformam, tendo como suporte teórico-filosófico a Teoria da Complexidade de Edgar Morin, por subsidiar o olhar ampliado diante de fenômenos complexos.

A Teoria da Complexidade de Edgar Morin considera, em linhas gerais, que "vivemos sob o império dos princípios de disjunção, de redução e abstração"^{3,11}, denominado de paradigma da simplificação, e defende, em contrapartida, a necessidade

do pensamento complexo³. Esse pensamento busca apreender a multidimensionalidade das realidades, de reconhecer o jogo das interações e retroações, revelando-se mais apto a enfrentar as complexidades que a ceder aos maniqueísmos ideológicos ou às mutilações tecnocráticas que só reconhecem realidades arbitrariamente compartimentadas⁴.

Assim, tal referencial parece oferecer recursos para iluminar a compreensão das RAS, a fim de favorecer sua melhor operacionalização. Edgar Morin³ questiona a hiperespecialização e fragmentação do tecido complexo das realidades, saberes e práticas, fomentados com o avanço tecnológico, levando à redução do complexo ao simples. Em nossa percepção, é possível o diálogo entre esta linha de pensamento e os fenômenos envolvidos na busca da integralidade das RAS constituintes do SUS.

Portanto, o objetivo, deste estudo, foi refletir acerca dos princípios que norteiam as RAS, sob a luz da Teoria da Complexidade de Edgar Morin.

REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Os sistemas fragmentados, por sinal, hegemônicos, organizam-se de forma isolada e sem comunicação entre os pontos, como a atenção primária em relação à secundária e terciária mostrando-se incapazes de prestar uma atenção contínua a população. Diferentemente, os sistemas integrados, ou seja, as Redes de Atenção em Saúde (RAS) organizam-se por conjuntos coordenados de pontos para prestar assistência contínua e integral a uma população definida⁵.

As RAS foram propostas pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920, contudo, são consideradas propostas recentes, já que foram inicialmente conhecidas na implementação de sistemas integrados de saúde, na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos⁵.

No Brasil, a implementação das RAS é bastante recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS. Na constituição Federal de 1988⁶, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde de ao estabelecer que "as ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade"⁶. Na lei orgânica nº 8080⁷, promulgada em 1990 e que estabelece o SUS, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços.

Apesar dessa nova configuração do sistema de saúde, somente em 2010 estabelecem-se diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS¹. Nesse documento, as RAS são conceituadas como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado"¹, parecendo estar mais alinhada com a estrutura complexa que configura um sistema de saúde.

As características principais propostas pelas RAS são: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção,

centro de comunicação na atenção primária à saúde; centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

As RAS têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível⁸. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles.

CONEXÃO ENTRE AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE E A TEORIA DA COMPLEXIDADE

O sistema de saúde é uma estrutura caracterizada pela multidimensionalidade das questões envolvidas em sua inter-relação com os demais setores da sociedade, consequentemente, causando impacto direto ou indireto no processo saúde-enfermidade. Esse impacto sofre e provoca transformações no contexto das dimensões ética, ecológica, epidemiológica, estratégica, educacional, transcendental, econômica e política e psico-sócio-cultural do setor saúde⁹.

Essa complexidade do sistema de saúde nos mostra as amplitudes das conexões e interconexões que se realizam dentro e fora do sistema. Essas e outras dimensões são, também, componentes de outros sistemas que interagem com o sistema de saúde, tais como: o sistema agrícola-alimentar, o sistema jurídico-penal, o sistema ambiental, o sistema de governo, o sistema educacional, entre outros⁹.

É nesse sistema multidimensional, com múltiplas conexões e inter-relações, que se configuram as RAS. Além da complexidade do sistema em que estão inseridas, a própria formação de uma rede, com suas várias intersecções, também pode ser considerada um fenômeno complexo, pois cada conexão entre seus pontos possui características próprias, uma vez que envolvem profissionais e usuários com características diferentes; em diferentes contextos e situações.

No envolvimento da complexidade, percebemos que os princípios do pensamento complexo de Morin¹⁰ nos permitiram um olhar mais abrangente sobre as RAS, refletindo os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas; considerando a multidimensionalidade dos fenômenos e todas as influências recebidas (internas e externas). Diante do exposto, seguimos descrevendo princípios do pensamento complexo de Morin, exemplificando sua aplicabilidade para as RAS no contexto do SUS:

O Princípio Sistêmico ou Organizacional nos mostra que as RAS não podem ser visualizadas de uma forma fracionada, mas sim devemos compreendê-las como um movimento complexo em que todos os serviços que integram o SUS formam o todo, e que em cada uma delas existe uma inter-relação longitudinal que deslumbra o todo, formado por várias partes.

O Princípio Hologramático enfatiza que "não apenas a parte está no todo, mas o todo está em cada uma das partes que

compõe o todo"^{3:74}. A forma individualista e fracionada de trabalho rompe com o princípio holográfico, dificultando a integralidade da assistência em saúde. Na atuação dos profissionais de saúde percebemos que não existe uma assistência integrada. Infelizmente, cada profissional trabalha de forma isolada como se o conceito de atenção integrada e, em rede (que configura o "todo" nesse caso) não estivesse em seu íntimo. Embora a maioria realize sua assistência de forma individual, sabe-se da necessidade das articulações e conexões com outros profissionais e serviços para proporcionar a continuidade da assistência. É importante que os profissionais de saúde compreendam seu papel dentro da rede e que constituem uma fração de um mecanismo que somente funcionará se todos trabalharem, permitindo o fluxo livre entre seus diferentes pontos, que se manifesta no trabalho em equipe dentro da rede.

O Princípio do Círculo Retroativo baseia-se na ideia de circularidade ou recursividade, na qual os efeitos retroagem sobre as causas e as realimentam. Trata-se da evolução da causalidade linear (causa e efeito) para uma relação não linear, que circula entre causa e efeito. Podemos refletir sobre o movimento em que as pessoas realizam nas RAS, um movimento não linear em seus diversos níveis. No cotidiano dos profissionais de saúde suas atividades estão focadas na cura da doença, deixando de lado a prevenção de agravos e a promoção da saúde. Então, podemos interpretar essa assistência como um movimento que a pessoas entram e são atendidas no alto de sua doença, mas não são acompanhadas até que consigam retomar o equilíbrio do processo de saúde-doença, e dessa forma, o cuidado acaba se concentrando apenas na assistência imediata, não desenvolvendo o movimento circular. O que nos questionamos é que sem o investimento nos movimentos da prevenção de agravos e da promoção da saúde, será que essas pessoas não serão os doentes do amanhã? O que nos parece é que sempre estarão em uma roda gigante na busca da saúde. Afirmamos que, enquanto direcionarmos nossa assistência somente na cura das doenças, não focando a prevenção de agravos e a promoção da saúde, nos diferentes pontos das RAS, as pessoas sempre necessitarão da cura e, infelizmente, nunca serão indivíduos independentes em relação seu processo saúde-doença.

O Princípio do Círculo Recursivo traz que os seres vivos produzem, eles próprios, os elementos que os constituem e se auto-organizam por meio desse processo, o que faz superar a noção de regulação para a de autoprodução e auto-organização. Com relação a esse princípio, citaremos 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 rede¹¹.

No dia a dia, podemos exemplificar por meio dos casos, onde os resultados ou a avaliação dos serviços de saúde não apresentam bons resultados. Nesses casos, é necessário repensar como o serviço tem sido ofertado e reformular as estratégias de atenção a saúde, pois os resultados são sempre consequência das ações. Dessa forma, entende-se que a interação entre ação e resultado, estabelece a dinâmica de mudanças que constituem o processo de auto-organização.

O Princípio da Auto-eco-organização considera que as organizações têm a capacidade de se organizar (auto-organização), mas sua autonomia depende de energia, informação e relação ao mundo exterior ou meio ambiente. Considerando as RAS como organizações, podemos supor que as mesmas são dependentes das respostas da população que recebem os serviços de saúde e dos próprios profissionais e gestores que atuam alimentando essas ações. Dessa forma, (re)organizam-se tanto de acordo com as demandas que a população apresenta, como de acordo com o conhecimento e experiências que os profissionais e gestores dispõem para atuarem.

Nesse sentido, percebe-se que as redes estão em constante (re)organização, pois tanto as necessidades dos usuários, como a formação e experiência dos profissionais de saúde se modificam continuamente, de acordo com a época e o contexto em que se encontram. Também, podemos pensar nas redes como organismos vivos que passam pelo processo de vida e morte. Dessa forma, compreendemos que, assim como nos organismos vivos, onde as células morrem e nascem constantemente; nas redes várias ações/concepções e projetos findarão, para que inovações possam surgir de acordo com novas demandas e concepções. É importante que os atores envolvidos nas RAS compreendam esse processo dinâmico, como inerente ao bom funcionamento das mesmas e, que tanto a configuração da rede de serviços, como as ações em saúde devam ser, constantemente, repensadas (e muitas vezes modificadas).

O termo dialógico refere-se a: "duas lógicas, dois princípios, estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade"^{12:189}. Sendo assim, o Princípio Dialógico demonstra a importância de conviver com a diversidade de ideias e situações, que embora algumas vezes sejam antagônicas, também fazem parte do contexto. Considerando as diferenças e diversidades que constituem o processo de cuidar em saúde, esse princípio permite observar como a organização lida com os conflitos, as incertezas e as instabilidades em sua rotina. Para a instauração de uma RAS efetiva necessita-se articular os serviços, instaurar rotinas e ordenações¹³, contudo, momentos de "desordem" no decorrer do processo são comuns e inerentes às organizações. Os profissionais de saúde devem compreender que numa articulação tão complexa de ações e serviços, terão que se deparar com questões de desordem e que as mesmas precisam ser interpretadas como momentos de refletir se a rede está realmente sendo efetiva e cumprindo seu objetivo de proporcionar às pessoas o cuidado continuado e integrado.

O Princípio da Reintrodução do Conhecimento em Todo o Conhecimento (Conhecimento do movimento circular). Para Morin¹⁰, esse princípio pressupõe que: "todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução por um cérebro, numa cultura e um tempo determinados"^{10:211-12}. Nesse sentido, pode-se prever que em cada contexto as "redes" terão articulações específicas e se estruturarão de acordo com as características regionais, culturais e sociais do mesmo. Por meio desse princípio, assume-se que o conhecimento pode ser compreendido de modos distintos, dependendo das situações e pessoas que nele estão envolvidos e, é a partir da interação e troca, que ele será

construído e reconstruído. Em um país tão extenso e com regiões com características sócioeconômicas e culturais tão diferentes como ocorre no Brasil, é possível compreender a importância desse princípio, ao considerar que em cada região do país, as redes poderão configurar-se de formas diferentes, considerando as peculiaridades de cada cultura, e da concepção de saúde dos atores envolvidos nesse processo.

DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO DAS RAS NA PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE

A efetivação das RAS no Brasil é sem dúvida um desafio enorme a ser enfrentada por usuários, trabalhadores e gestores em saúde habituados a assistência focada nas partes e não no todo articulado e interdependente do sistema de saúde¹⁴. Além dos aspectos culturais dos envolvidos, o SUS depara-se com problemas estruturais e conjunturais graves que impactam negativamente na saúde da população, como subfinanciamento, políticas ineficientes de recrutamento de pessoal, entre outros, que geram resultados imediatos de ineficiência, situação que dificulta ainda mais a implantação de novas estratégias que dependam da motivação e participação dos envolvidos.

As RAS, teoricamente, organizam-se em graus crescentes de complexidade, onde a população deveria usufruir dos vários níveis por meio de fluxos coerentes. Porém, na prática, esse fluxo esbarra em um funcionamento truncado, burocrático e desarticulado que não levam em conta as necessidades e os movimentos reais das pessoas dentro do sistema, o que o torna lento e em muitos casos com resultados insatisfatórios. Como uma orquestra em que cada instrumento toca uma música diferente, a desarmonia se instala, os usuários entram no sistema por todas as portas e forma-se um labirinto com caminhos diferentes a serem tomados e, que, muitas vezes, não são compreendidos por eles e nem mesmo pelos profissionais que fazem parte desse complexo processo.

As redes em si não se complementam, a hierarquia e organização são incongruentes e por isso, ao mesmo tempo em que se apresentam os pressupostos para o desenvolvimento das RAS, os profissionais atuam de forma desorientada, tentando trabalhar nessa perspectiva, mas ainda sem conseguir efetivar o que se visa garantir, ou seja, um atendimento integral, contínuo e efetivo aos usuários.

A gestão das RAS exige flexibilidade e olhar dinâmico em relação às possibilidades de recursos e tecnologias existentes, articulando possibilidades que se voltem para a resolução de problemas em saúde, convergindo em reais modificações nos indicadores e na satisfação dos usuários. Não se pode indicar uma única maneira como a melhor e ideal de organizar os serviços dentro das redes, mas é necessário coerência e adequação à realidade social e às necessidades da população, para que assim as redes fluam e não sejam definidas como um emaranhado de fios com pontas incomunicáveis.

Conforme oficialmente estabelecido, a operacionalização das RAS deve se dar pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e

sistema lógico de funcionamento, determinado pelo modelo de atenção¹⁵. Acreditamos que a discussão desses elementos por aqueles que estão envolvidos com a citada operacionalização, tomando por base os princípios da Teoria da Complexidade, poderá favorecer a sua qualificação, aproximando a realidade das RAS, ao que é proposto no plano das ideias.

CONCLUSÃO

Ao conectarmos as ideias das RAS com a teoria da complexidade a partir dos princípios Sistêmico ou Organizacional, Hologramático, Círculo Retroativo, Círculo Recursivo, Auto-eco-organização, Dialógico e Conhecimento do movimento circular, percebemos que foi possível refletir sobre a realidade do sistema de saúde público brasileiro.

Os profissionais de saúde convivem, diariamente, com um sistema de saúde complexo, que possui serviços com rotinas e regras extremamente travadas e burocratizadas e que impedem o movimento dinâmico e integrado do cuidado em saúde preconizado pelas RAS.

Observando, especificamente, os pressupostos das RAS e a conexão existente entre esses e os princípios da Teoria da Complexidade, abre-se a possibilidade de se aprofundar o entendimento, tanto das dificuldades, como das possibilidades de transformação da realidade dos serviços de saúde, em busca da implementação prática dos referidos pressupostos, tendo por referência a integralidade da atenção à saúde.

Espera-se que as reflexões levantadas, no presente estudo, possam excitar inovações nas políticas de saúde vigentes e organização dos sistemas de saúde em redes pensadas sob a luz da complexidade, a fim de gerar flexibilidade e readaptação do sistema a partir das diversidades regionais.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Publicada no DOU de 31/12/2010, seção I, página 89. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte (MG): Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.
3. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2011.
4. Morin E. Em busca dos fundamentos perdidos. In: Morin E, Naïr S. Uma política de civilização. Lisboa (POR): Instituto Piaget; 1997.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
7. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 20 set 1990: Seção 1:018055.
8. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Cienc. saúde colet. [on line]. 2011;[citado 2014 ago 28];16(6):2753-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600014&script=sci_arttext.
9. Erdmann AL, Mello ASF, Meirelles BHS, Marino SRA. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. Rev. bras. enferm. [on line]. 2004;[citado 2013 jul 12];57(4):467-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000400016&Ing=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400016>
10. Morin E. A inteligência da complexidade. São Paulo: Petrópolis; 2000.
11. Rodrigues LBB et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Cienc. saúde colet. [on line]. 2014;[citado 2014 ago 29];19(2):343-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&Ing=en&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.
12. Morin E. Ciência com consciência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1998.
13. Albuquerque HC, Mendes EV. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: El caso de la red viva vida. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada [on line]. 2008;[citado 2014 ago 12];1(2):1-6. Disponível em: <http://pub.bsolut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1016&context=risai>.
14. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude Soc. [online]. 2011;[citado 2014 ago 30];20(4): 867-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&Ing=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc. saúde colet. [on line]. 2010;[citado 2014 ago 30];15(5):2297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005&Ing=en&nrm=iso>.