



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Interlocutions about Regionalization, Health Care Networks and Regulation

Diálogos sobre Regionalização, Redes e Regulação em Saúde¹
 Diálogos sobre la Regionalización, Redes y Salud y Regulación

Fábio Solon Tajra², Ricardo José Soares Pontes³, Francisco Herlânio Costa Carvalho⁴

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, we perceive some difficulties regarding the process of regionalization and implementation of Health Care Networks. Regulation is a transversal element to this whole process and demands analysis and intervention. **Objective:** To understand the dynamics between regionalization, networks and health regulation in light of the experiences of managers, health professionals and users. **Methods:** We developed an evaluative research with a qualitative approach and focus on maternal and child health. Semi-structured interviews and direct observation of the health services were carried out. In general, 68 subjects participated in this investigative process. We adopted the theoretical reference of the hermeneutics of Gadamer to analyze the narratives. **Results:** In the midst of the insufficiency of the supply potential, we perceive flaws as to the articulation between services and health regulation. **Conclusions:** Macro-strategic and micro-operational resources are needed for the exercise of networking with a focus on improving communication and interconnection among health services. Health regulation as a management device should be improved in this study scenario in order to improve access to maternal and child health services.

Key words: *Regional Health Planning. Health Management. Maternal and Child Health. Hermeneutics.*

RESUMO

Introdução: No Brasil, percebemos algumas dificuldades quanto ao processo de regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde. A regulação constitui um elemento transversal a todo este processo e demanda análise e intervenção. **Objetivo:** Compreender a dinâmica entre regionalização, redes e regulação em saúde à luz das experiências de gestores, profissionais de saúde e usuários. **Métodos:** Desenvolvemos uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa e foco na saúde materna e infantil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação direta dos serviços de saúde. Em geral, 68 sujeitos participaram deste processo investigativo. Adotamos o referencial teórico da hermenêutica de Gadamer para análise das narrativas. **Resultados:** Em meio a insuficiência do potencial de oferta, percebemos falhas quanto à articulação entre os serviços e regulação em saúde. **Conclusões:** São necessários recursos macro-estratégicos e micro-operacionais para o exercício do trabalho em rede com foco na melhoria da comunicação e interconexão entre os serviços de saúde. A regulação em saúde, enquanto dispositivo de gestão, deve ser aperfeiçoada neste cenário de estudo tendo em vista a melhoria do acesso aos serviços de saúde materno-infantil.

Descritores: *Regionalização. Gestão em Saúde. Saúde Materno-infantil. Hermenêutica.*

RESUMÉN

Introducción: En Brasil, vemos algunas dificultades acerca del proceso de regionalización y la aplicación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Regulación en salud constituye un elemento transversal a todo este proceso y el análisis y la intervención de la demanda. **Objetivo:** entender la dinámica de la regionalización, las redes y la regulación en salud a partir de las experiencias de los gestores, profesionales y usuarios. **Métodos:** Se desarrolló una investigación de evaluación con enfoque cualitativo y nos centramos en la salud materna e infantil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y observación directa de los servicios de salud. En general, 68 personas fueron entrevistados en este proceso de investigación. Hemos adoptado el marco teórico de la hermenéutica de Gadamer para analizar las narrativas. **Resultados:** Entre el potencial de oferta insuficiente, que ven el fracaso como la articulación entre los servicios y la regulación de la salud. **Conclusiones:** Se necesitan recursos micro-operativas y macro-estratégicas para el ejercicio de la creación de redes con un enfoque en la mejora de la comunicación y la interconexión entre los servicios de salud. La regulación en salud, dispositivo de gestión, debe mejorarse en este entorno con el fin de aumentar el acceso a los servicios de salud materna e infantil estudio.

Palabras-clave: *Regionalización. Gestión en Salud. Salud Materno-Infantil. Hermenéutica.*

¹ Artigo inédito e produto de tese de doutorado.

² Cirurgião-dentista. Docente do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Email: fstajra@hotmail.com

³ Médico. Doutor em Medicina Preventiva, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP / Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária. Email: rjpontes@fortalnet.com.br

⁴ Médico. Doutor em Medicina (Obstetrícia) pela Universidade Federal de São Paulo / Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC), Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Materno Infantil. Email: herlaniocosta@uol.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, percebemos algumas dificuldades quanto ao processo de regionalização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^(1,2). Neste contexto, identificamos aspectos macro-estratégicos e micro-operacionais. A regulação, por exemplo, constitui um elemento transversal a todo este processo e demanda análise e intervenção⁽³⁾.

A regionalização corresponde a um “processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de interrelações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico”⁽⁴⁾. Isso inclui o empenho de governos, agentes, instituições e cidadãos de forma solidária na definição de estratégias concretas com fins de planejamento, comunicação, articulação, integração, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde em um determinado território, segundo uma disposição hierárquica⁽³⁾.

Esta necessidade de integrar os componentes de uma rede para garantir a efetivação do direito à saúde no país e para contemplar uma lógica de planejamento que possibilite a organização de sistemas funcionais de saúde tem sido tratada como consenso⁽⁵⁾. Isso demanda um grande investimento na Atenção Primária à Saúde (APS) como centro ordenador⁽⁶⁾.

De fato, o investimento na APS é indiscutível. A ampliação de cobertura em áreas antes sem acompanhamento adequado tem repercutido decisivamente na qualidade de vida das pessoas⁽⁷⁾. No entanto, isso tem gerado uma pressão por serviços especializados, de média e alta complexidade⁽⁸⁾. Neste sentido, há a necessidade de racionalização do sistema de saúde como um todo, incluindo a implantação de um sistema de regulação, a definição de apoio logístico e transporte, além da racionalização no uso dos leitos.

No Brasil, apesar do aumento do potencial de oferta de serviços de saúde, não significa dizer que foi proporcionado acesso qualificado a este tipo de serviço. É bem provável que um maior número de pessoas tenha a oportunidade de acessar estes recursos, mas entendemos que é preciso um esforço concentrado em articular melhor os serviços em redes. Se não há retaguarda suficiente para o seguimento de cada um dos casos, é improvável garantir a resolutividade. Este é um dos desafios constantes de gestores, profissionais de saúde e usuários diante da gestão do SUS.

Com base nessa realidade, O'Dwyer⁽⁹⁾ retoma a proposta de um maior investimento em sistemas regionalizados. Menciona, a partir disso, a adoção de algumas estratégias, a saber: referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização sanitária, universalização do acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos; integração dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica e equipe qualificada e a necessidade de estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a

realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação por meio dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU).

Em tratando da saúde materna e infantil, também podemos visualizar esta tendência. Associado ao movimento internacional que prima para a melhoria da saúde materna e infantil e redução da Razão de Mortalidade Materna e da Taxa de Mortalidade Infantil, percebemos grande investimento na organização e funcionamento dos serviços em redes^(10,11). No Brasil, a rede temática que trata da saúde materna e infantil está intitulada como Rede Cegonha (RC) e está ancorada em quatro componentes, a saber: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Mais uma vez, chamamos a atenção para a regulação em saúde, como componente indispensável neste processo de desenho de redes⁽¹²⁾.

Neste sentido, buscamos compreender a dinâmica entre regionalização, redes e regulação em saúde à luz das experiências de gestores, profissionais de saúde e usuários.

MÉTODOS

Para este estudo, desenvolvemos uma pesquisa avaliativa¹³ com abordagem qualitativa^(14,15) sobre o processo de regionalização e implantação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. O cenário escolhido foi o Ceará, estado do nordeste brasileiro, que se apresenta como solo fértil para estudos sobre esta temática, devido a sua vasta experiência e destaque a nível nacional no processo de regionalização e implantação de redes⁽¹⁶⁾.

Optamos por realizar entrevistas individuais e semi-estruturadas com usuárias maiores de 18 anos (gestantes e puérperas) e profissionais de quatro estabelecimentos de saúde que já haviam sido citados por apresentar alta prevalência de morte materna no país. Acreditamos que estes equipamentos poderiam agregar situações mais complexas e níveis diversos de utilização do sistema de saúde como um todo. As entrevistas foram realizadas entre julho e dezembro de 2015. Aliado às entrevistas, recorreremos a observação atenta e sensível com registro em diários de campo reflexivo e produção de versões de sentido⁽¹⁷⁾.

Concomitantemente, foram realizadas entrevistas com gestores e apoiadores para esta rede temática. Além dos chefes dos serviços de saúde materna e infantil que estavam no exercício das suas funções em cada unidade hospitalar, foram entrevistados todos os coordenadores das regiões de saúde do estado relacionadas a estes equipamentos, somados aos gestores estaduais diretamente envolvidos com a gestão desta rede temática.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará tendo seu parecer aprovado com o número 1.320.567. Todos os participantes do estudo se apropriaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma cópia para si e outra com o investigador.

A partir dos procedimentos de amostragem por saturação teórica⁽¹⁸⁾, foram realizadas entrevistas

com 68 participantes, a saber: doze gestores, quinze profissionais de saúde e quarenta e uma usuárias. As entrevistas foram gravadas, transcritas pelo próprio pesquisador e analisadas em blocos de três, intercaladas ao processo imersão em campo, sem a utilização de nenhum *software* profissional. Foi utilizado como referencial teórico a hermenêutica de Hans-Georg Gadamer⁽¹⁹⁾ associada às contribuições de Paul Ricoeur⁽²⁰⁾.

Tendo em vista garantir a confidencialidade dos sujeitos entrevistados, utilizamos a identificação 'E' para todos eles, sendo E1 a E12 para gestores, E13 a E27 referentes aos profissionais de saúde e E28 a E68 para as usuárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática da regionalização da saúde tem sido fortemente explorada no Ceará desde o final da década de 90, antes mesmo do movimento nacional que gerou bases normativas importantes para esta temática, como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e NOAS 01/02. Naquele período, o estado já disparava investimento no desenho de regiões de saúde e no exercício de pactuação entre os gestores.

Sob o ponto de vista da gestão, a regionalização da saúde esteve alicerçada em alguns instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que orientava o ordenamento da assistência no estado. Mais tarde, na oportunidade do Pacto pela Saúde, em 2006, as responsabilidades relacionadas ao exercício da regionalização também foram enfatizadas por meio da formalização de um Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Apesar de toda o destaque normativo, não houve retaguarda apropriada para o seu monitoramento e avaliação.

Aliado a esse movimento técnico-administrativo e redefinição das regiões de saúde, a partir de 2008, vivenciamos o fortalecimento do potencial de oferta de serviços por meio da consolidação da cobertura da atenção básica associada ao programa de expansão da rede especializada no Ceará. Nesta oportunidade, além de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas, foram implantados hospitais regionais de apoio nas diversas regiões e macrorregiões de saúde. Isso expandiu o potencial de resposta a algumas demandas geradas nos municípios e estabeleceu a construção de novo fluxos, além de uma organização e funcionamento dos serviços de forma coerente com realidade vivenciada.

Já em 2011, com a política da Rede Cegonha, foi elaborado um plano de ação regional para a saúde materna e infantil no estado. Aqui, estava sendo materializada a proposta do trabalho em redes por meio do diálogo entre os gestores, definição do mapa da saúde e estabelecimento de toda sua dinâmica. Este plano foi fortalecido com os Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) que o estado formalizou no período logo após.

Apesar de todo este investimento, ainda, percebemos fragilidades quanto ao potencial de oferta. Há insuficiência de leitos no estado e a necessidade de oportunizar o acesso aos serviços em um maior número de regiões possível.

Interlocutions about Regionalization..

“Não há uma quantidade de leitos suficientes para a quantidade de mulheres que estão necessitando [...] tem seis leitos para Gestantes de Alto Risco [em um hospital de referência] e, as vezes, tem 30 mulheres internadas” (E3).

“A gente está com déficit de leitos no estado todo [...] perdemos, nos últimos sete anos, mais de cem leitos de obstetrícia [somente em um município] [...] a gente não tem leito de neonatologia suficiente pra atender a demanda do estado todo [...] isso tem gerado peregrinação” (E2).

Isso repercute diretamente no trabalho da regulação. Uma das narrativas menciona que esse:

“é um trabalho muito complexo, muito dinâmico [...] a gente vive muitas dificuldades na saúde, atualmente, de acesso, de oferta, de leito [...] se apaga muito incêndio o dia inteiro aqui” (E6).

As narrativas de profissionais e gestores apontam que, ainda, há a necessidade de ampliação da rede hospitalar e, em especial, o número de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Neonatais devido à sobrecarga dos equipamentos existentes no estado. De acordo com a experiência de cada um deles, há uma sobrecarga das UTI Neonatais na capital que concentra o maior número de dispositivos do estado. Consequentemente, o maior número de referências chega a este município, uma vez que não há possibilidade de resposta na maioria das regiões de saúde do estado.

“Tem município que sequer organizou uma pequena maternidade para dar conta dos partos de baixo risco e manda tudo para os outros municípios [...], sobrecarrega (E2)”.

De acordo com o Plano de Ação Regional para a Rede Cegonha, há uma perspectiva de ampliação do número de UTI Neonatal em todo o estado. A intenção é disponibilizar este equipamento nas Redes já formalizadas. Contudo, além da infra-estrutura necessária, não podemos esquecer dos recursos humanos para a sua operacionalização. Atualmente, percebemos dificuldades quanto à contratação de profissionais especializados para trabalhar com esta demanda e, em especial, médicos neonatologistas e anestesistas.

Ao refletir sobre o potencial de oferta da rede, passamos a discutir sobre o processo de regulação propriamente dito. Para alguns entrevistados, a regulação está atrelada a uma decisão política e:

[...] tem gestores que não entendem que a regulação é necessária para a organização de um serviço de qualidade (E3).

Em geral, poucos serviços fazem parte do rol da regulação no estado. Isso interfere diretamente no potencial de resposta do setor de regulação, já que as possibilidades para o fluxo assistencial são limitadas.

[...] Gestores não têm assumido a regulação como um instrumento de gestão que precisa ser fortalecido [...] a cada dia que passa, a regulação está mais enfraquecida [...] isso é uma questão de vontade política [para] que a coisa aconteça (E6).

Em resumo, há quantitativo insuficiente de equipamentos de saúde, baixo potencial de oferta, limitação dos recursos disponíveis para a regulação e pouco envolvimento político para a tomada de decisões. Isso repercute na demora na elaboração de uma resposta à unidade solicitante e contribui para a baixa credibilidade atribuída ao setor de regulação por parte dos profissionais de saúde. É esta realidade que precisa ser transformada.

No cotidiano do trabalho, alguns profissionais não aguardavam nem mesmo a resposta do sistema de regulação para o deslocamento da mulher do município de origem até o destino proposto com o receio de comprometer sua saúde ou a saúde da criança. Caso a resposta viesse a surgir neste ínterim, havia a possibilidade de contato com a equipe responsável para orientação quanto à possível mudança de rota.

Diante desta baixa resolutividade, a mulher peregrinava em busca de uma vaga. Foi recorrente a andança em diversos equipamentos de saúde até conseguir uma vaga. Isso caracterizava um jogo ao arbítrio da sorte que colocava em risco a vida da mulher e da criança.

“Vim tentar a sorte, porque lá é muito difícil as coisas [...] e vim tentar para cá” (E63).

Este tipo de falhas no processo de regulação repercutia, diretamente, na perspectiva que o usuário construía para este setor. Algumas mulheres se deslocavam mesmo sem regulação formal e se deparavam com ‘portas fechadas’. Relatavam retornar aos seus municípios sem qualquer tipo de resposta. Já os profissionais de saúde afirmavam acolher todas as mulheres, exceto quando o setor de emergência obstétrica se encontrava fechado. Aqui, um questionamento foi elaborado: como fazer a escuta e acolhimento do sujeito ou mesmo na regulação do acesso à saúde mediante o fechamento temporário de um serviço?

Para tratar destes assuntos, alguns equipamentos de saúde contam com Núcleo Interno de Regulação (NIR) que contribui com a dinâmica de referência ou realocação dos usuários na rede. Constitui um mecanismo próprio do serviço na tentativa de dar uma resposta rápida ao usuário que foi acolhido ou admitido. Em um dos equipamentos de saúde, a equipe avaliou este recurso de forma satisfatória com

base em alguns indicadores como o quantitativo de transferências dentro da rede assistencial. Foram pontos importantes para estes resultados: a incorporação do hábito de análise da demanda e investigação da precisão e tipo de cuidado; a necessidade de comunicação periódica com as equipes do estabelecimento de saúde e, entre estas e outras unidades; a efetivação da articulação para o cuidado; o controle do serviço por segmento; e, os subsídios para a tomada de decisões. Todos estes aspectos são indispensáveis, quando se quer otimizar a função reguladora.

Alguns outros problemas foram identificados no que diz respeito à avaliação dos casos, condições de transferência da mulher, medidas preparatórias para agilizar o atendimento na chegada ao equipamento de saúde de referência; preparo do profissional que estava fazendo a transferência; e, contato prévio e articulação com o hospital.

Quanto à dificuldade de avaliação dos casos mencionada anteriormente, recorreremos a seguinte narrativa:

“Chega uma gestante na calçada [...] referencia [...] as vezes, não liga realmente para saber o que está sentindo [...] do que a paciente no momento está necessitando” (E27).

Esta situação fazia referência a um caso vivenciado em um município de pequeno porte onde faltavam recursos para o estabelecimento do cuidado. No entanto, isso não justifica este tipo de abordagem por parte dos profissionais.

Tal fato repercute, diretamente, no trabalho das equipes de saúde dos equipamentos de nível terciário que mencionaram receber a mulher, as vezes, em condições difíceis. Tais situações poderiam ser evitadas se houvesse uma preparação prévia para o deslocamento e transferência. A falta de contato anterior por qualquer meio de comunicação, independente do sistema de regulação normatizado, impossibilitava uma ação planejada e adequada ao caso. Diante da dificuldade apresentada pelo sistema de regulação, é importante pensar em algo de forma estratégica, colocando a vida e a saúde da mulher e da criança em primeiro plano.

Em outras situações, identificamos este tipo de percepção quanto à regulação:

“A gente ainda tem uma regulação que funciona muito pessoal, não passa pela central de regulação” (E1).

“Cheguei com um encaminhamento [...] lá no hospital [...] como tenho conhecidos [...] as enfermeiras ajeitaram logo uma vaga para cá [...] minha tia trabalha no hospital e deu certo” (E62).

Aqui, compreendemos a regulação sob uma perspectiva atitudinal. De fato, a regulação se materializou. Contudo, discutimos a sua essência e a sua racionalidade.

A regulação exige transparência e ética. Este quesito associado a habilidade da equipe de trabalho tanto das unidades solicitantes e demandadas como de operação do sistema, possibilitam a edificação de uma ferramenta de gestão diferenciada. Para isso, é preciso pessoal qualificado. Tem sido discutida a formação dos envolvidos no processo de regulação e, ainda, os trabalhadores que compõem a equipe do Sistema de Regulação do Ceará. De acordo com os sujeitos entrevistados, há a necessidade de incorporação de um quantitativo maior de profissionais da área da saúde qualificados na operacionalização do sistema, tendo em vista a necessidade de discutir acerca do caso clínico e avaliar, diante das outras solicitações, qual seria o caso mais apropriado para a obtenção da vaga. Foi apontada a necessidade de estabelecimento de critérios de forma participativa para subsidiar esta tomada de decisões que é bastante complexa tendo em vista o montante de solicitações.

Após discutir a regulação, é oportuno tratar do transporte das mulheres em virtude da realização de exames e consultas especializadas em outros municípios e a internação em unidades de maior complexidade fora do seu município. No caso do estado do Ceará, percebemos uma pulverização dos serviços, de tal modo que o município deve disparar diversas formas de deslocar e transferir os sujeitos.

Para o acesso aos serviços, percebemos que muitas mulheres contam, exclusivamente, com a iniciativa do município para o transporte. Outras mencionaram não saber outra forma para garantir o deslocamento a outro município na busca pela realização de um exame, consulta ou internação. Há, ainda, quem não espere uma resposta do serviço público e tome uma postura individualizada de pagamento pelo transporte. Enfim, muitas são as alternativas adotadas pelos sujeitos na tentativa de responder à sua demanda.

“Eu vim em um carro fretado [...] e paguei [...] a ambulância já tinha acudido outra pessoa [...] eu pensava que dava para aguentar [...] não pensava que dava para apavorar [...] eu disse que iria em casa [...] quando eu cheguei em casa, piorei” (E53).

Em outra ocasião, foi relatado à mulher a confirmação da regulação de um leito para internação em uma unidade hospitalar e, após o deslocamento para o município de referência, não havia a possibilidade de acomodação; o leito já havia sido ocupado e a mulher permaneceu no corredor. Com isso, confirmamos a dificuldade de articular os serviços em rede pela ineficiência de comunicação.

“Eles disseram que tinha uma vaga [...] mas quando eu cheguei aqui, não tinha vaga [...] então, eu fiquei primeiro no corredor [...] fiquei domingo, segunda [...] hoje [terça-feira], fui transferida para cá” (E62).

Em um dos casos, a mulher recebeu a assistência em um equipamento de saúde da atenção básica, foi encaminhada para a policlínica tendo em vista a continuidade do cuidado, mas ao chegar na unidade hospitalar, foi gerada uma nova transferência.

“Mandaram uma vez para o hospital regional [...] quando foi para eu ir para a consulta no hospital regional [...] não mandaram os papéis da policlínica para lá [...] e o médico do hospital não sabia como tinha sido o controle feito na policlínica [...] e o médico disse que precisaria me mandar para Fortaleza” (E59).

Isso aconteceu sob a justificativa de que não havia sido repassadas as informações necessárias sobre o caso clínico dos equipamentos de saúde anteriores e, por isso, a equipe de saúde efetivou nova transferência tendo em vista a falta de informações para a apropriação da situação e segurança para a conduta. De fato, a falta de informações sobre o caso gera insegurança elaboração do plano de cuidados, porém nos questionamos: como tem sido realizada a referência entre os equipamentos de saúde? Há um conjunto de informações necessárias para o seguimento do cuidado? E o que falar da contra-referência?

Esta dificuldade de interlocução acontece entre os municípios de uma mesma região de saúde, entre as redes temáticas, entre os serviços e até mesmo entre os profissionais de um mesmo setor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, diríamos que são necessários recursos macro-estratégicos e micro-operacionais para o exercício do trabalho em rede com foco na melhoria da comunicação e interconexão entre os serviços de saúde. Aliado a isso, a regulação em saúde, enquanto dispositivo de gestão, deve ser aperfeiçoada neste cenário de estudo tendo em vista a melhoria do acesso aos serviços de saúde materno-infantil. De fato, é preciso investir neste tipo de racionalidade, a fim de otimizar a utilização dos recursos já existentes.

É importante dizer que esta pesquisa apresenta algumas limitações que devem ser consideradas: restrição das entrevistas com profissionais da rede hospitalar; e, ausência de entrevistas com os gestores do nível municipal. Neste sentido, reconhecemos a necessidade de desenvolvimento de novos estudos que mencionem as narrativas destes sujeitos para a ampliação do universo de compreensão sobre a temática de regionalização, redes e regulação em saúde.

REFERENCIAS

1. Silva EC, Gomes MHA. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. Saude soc. 2013; 22(4):1106-1116.

2. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(6):2753-2762.
3. Pinto Júnior VC, Fraga MNO, Freitas SM, Croti UA. Regionalização da cirurgia cardiovascular pediátrica brasileira. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2013;28(2):256-262.
4. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2317-2326.
5. Stephan-Souza A et al. Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. *Rev. APS*. 2010;13(1):26-34.
6. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2893-2902.
7. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014;19(2):343-352.
8. Heimann LS, Ibanhes LC, Boaretto RC, Castro IEN, Tesi Júnior E, Cortizo CT et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(6):2877-2887.
9. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2395-2404.
10. Mamede FV, Prudêncio PS. Programs and public policy contributions for the improvement of maternal health. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):262-266.
11. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saude soc*. 2008;17(2):107-119.
12. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013;23(4):1297-1316.
13. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Unicamp. 2011.
14. Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ (Org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357.
16. Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tajra FS. Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. *Saude soc*. 2016;25(4): 902-919.
17. AmatuZZi MM. Por uma psicologia humana. 3 ed. Campinas: Alínea. 2010.
18. Fontanella BJB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 388-394.
19. Gadamer HG. Verdade e método Vol. 1. 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631p.
20. Ricoeur P. Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70, 1976. 109p.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2016/10/07

Accepted: 2016/11/11

Publishing: 2016/12/01

Corresponding Address

Fábio Solon Tajra

Endereço: Universidade Federal do Piauí / Centro de Ciências da Saúde / Departamento de Medicina Comunitária, Avenida Frei Serafim nº 2280, bairro Centro, CEP 64.001-020, Teresina-PI.

Telefone: 86 3215-5696

Endereço eletrônico: fstajra@hotmail.com