

Abordagem Integradora da Inovação em Serviços no Distrito Federal: a Regulação de Internação em UTI

Autoria: Dagomar Henriques Lima, Eduardo Raupp de Vargas

Resumo

O objetivo deste artigo é descrever o processo de inovação desenvolvido ao longo da implantação da regulação da internação em unidades de terapia intensiva (RIUTI) no Distrito Federal (DF). Partindo da abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, o processo de inovação foi estudado considerando a RIUTI no DF como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos. A pesquisa de campo, realizada em 2010, abrangeu 35 entrevistas semi-estruturadas com gestores/especialistas da Secretaria de Estado de Saúde do DF, bem como profissionais médicos e não médicos na central de regulação e em seis estabelecimentos de saúde públicos e privados, sobre a dinâmica do processo de inovação, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas. Os dados passaram por análise de conteúdo assistida por software, porém privilegiando o significado social dos discursos de indivíduos e de grupos, em contraposição à quantificação e fragmentação do texto, como forma de captar a diversidade dos processos de inovação e proporcionar sua compreensão contextualizada. Os modos de inovação, as lógicas de serviço e as operações de serviço envolvidas na RIUTI foram descritos nos cinco serviços constitutivos, em sete UTI e na Central de Regulação. Baseando-se no conceito de inovação como variações nos componentes de vetores de características dos produtos dos serviços, foi possível identificar a diversidade e variedade dos processos de inovação nos diferentes serviços e estabelecimentos. O processo de inovação em RIUTI revelou-se principalmente incremental e por formalização, com a ocorrência de inovação radical, pela criação de três novos serviços no sistema público de saúde do DF, e de mercado, nos estabelecimentos privados contratados. As interações entre o vetor de competências dos clientes [C'] e os vetores de competências diretas dos prestadores [C] e das características técnicas do serviço [T] foram responsáveis pela produção de inovações incrementais e de melhoria. Essa constatação acrescenta evidência sobre a importância da participação dos clientes nos processos de inovação no setor de serviços. A RIUTI segue uma lógica de intervenção solicitada, com interatividade fraca, por meio de operações de serviço principalmente informacionais. O setor público apresentou-se como protagonista do processo de inovação, induzindo também inovações no setor privado, necessárias para viabilizar a inserção desses estabelecimentos na RIUTI. Esse fato acrescenta evidência sobre a importância de se incluir o setor público nos modelos que descrevem ou tentam explicar certos processos localizados de inovação. O modelo conceitual do processo de inovação em RIUTI descreve mudanças significativas nos procedimentos de acesso ao serviço de internação em UTI. Foram constatadas melhorias expressivas na equidade de acesso. No entanto, permanecem obstáculos estruturais e de gestão que impedem avanços adicionais na integralidade da atenção em saúde no DF.

1 Introdução

O objetivo deste artigo é descrever o processo de inovação desenvolvido ao longo da implantação da regulação da internação em unidade de terapia intensiva (RIUTI) no Distrito Federal (DF), partindo da abordagem integradora da teoria da inovação em serviços. A RIUTI é constituída de um feixe de serviços, sendo o principal deles a intermediação entre a oferta e a procura por internação em UTI.

A inovação em serviços é um ramo dos estudos de inovação cuja literatura vem ganhando corpo desde a década de 1990. Já se sabe muito sobre as especificidades e variedade dos serviços, mas ainda há amplo campo para desenvolvimento teórico e pesquisa empírica sobre inovação no setor público, especialmente sobre seus resultados. Os estudos sobre inovação têm contribuído para a maior compreensão acerca dos processos de mudança econômica nas economias modernas, porém, com enfoques que proporcionam respostas apenas parciais. Tal situação se deve ao fato de esses estudos se ocuparem principalmente de inovação em firmas com regulação de mercado, tratando o setor público como caudatário e periférico nos processos de inovação (KOCH; HAUKNES, 2005; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Além disso, o próprio setor de serviços, comercial ou não, é tratado sob enfoque tecnicista e subordinado (GALLOUJ, 2002).

A maior parte das pesquisas sobre inovação refere-se à indústria de transformação ou usa uma estrutura conceitual nela fundamentada, como reconhece o Manual de Oslo (OCDE, 2005, p. 22). Ainda segundo o manual, suas diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação são voltadas para empresas comerciais. Apesar de concordar que a inovação também é importante para o setor público, o Manual afirma que pouco se sabe sobre inovação em setores não orientados ao mercado. Em estudos sobre o setor público, o setor saúde é objeto de diversos trabalhos, pois nele existem complexidades cuja análise permite compreender melhor os processos de inovação (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

No Brasil, um dos problemas que ganharam relevância na agenda de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi a oferta insuficiente de certos serviços de saúde, em especial os de alta complexidade, com a conseqüente restrição ao acesso ao direito à saúde, o qual é agravado pela falta de priorização do acesso segundo a necessidade de atendimento. A regulação assistencial, na qual se insere a RIUTI, tem sido apresentada (CONASS, 2007) como uma proposta que visa contribuir para a concretização dos princípios de acesso equitativo e atenção integral no SUS brasileiro, além de alcançar ganhos de eficiência. Além disso, a implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como mecanismo racionalizador, mas ainda há discussão sobre sua efetividade. Existe, portanto, campo para investigar como se desenvolve o processo de inovação em RIUTI no DF.

A pesquisa tratou dessas questões com base em marco teórico que reconhece o setor público como protagonista de processo de inovação, usando método qualitativo. No âmbito do tema inovação nos serviços públicos, adota-se perspectiva teórica neo-Schumpeteriana e integradora de inovação em serviços para pesquisar o processo de RIUTI no DF. Investigaram-se as relações entre os principais atores envolvidos no processo de inovação na regulação da internação em UTI, os efeitos desse processo sobre os recursos necessários para sua implantação, sobre os procedimentos e protocolos que surgiram ou foram modificados, sobre a produção de serviços, sobre o acesso dos usuários ao sistema e sobre a construção do serviço de mediação entre a demanda e a oferta do serviço de saúde. Para fundamentar a base analítica do caso em estudo, foram revisadas as principais abordagens usadas na literatura sobre inovação em serviços, com foco no setor público de saúde.

A pesquisa abrange tanto hospitais públicos quanto estabelecimentos de saúde privados, com contratos em vigor para uso de leitos de UTI pela Secretaria de Estado de

Saúde do DF (SES/DF), bem como o complexo regulatório da SES, na área de RIUTI. Encontra-se fora do escopo do trabalho o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) porque, apesar de ser serviço correlacionado, com ele não se confunde. A pesquisa trata do processo de inovação, que abrange a origem, a implantação e os resultados da RIUTI, assim, não abrange a avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado. O período de análise cobre de 2006, correspondendo ao início da RIUTI no DF, até o encerramento da coleta de dados em dezembro de 2010.

Além desta introdução e da seção conclusiva, este artigo compõe-se de mais quatro partes. A primeira contextualiza o objeto da pesquisa, apresentando uma perspectiva histórica da RIUTI na legislação nacional e distrital. A segunda resume as formulações teóricas sobre inovação em serviços e inovação no setor público. A terceira descreve o método adotado na pesquisa, seguida da apresentação e discussão dos resultados.

Esta pesquisa está registrada sob o número 117/10 no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, tendo sido aprovada pelo Parecer Complementar CEP/FS-UnB N° 117/10, de 5/10/2010.

2 A regulação assistencial

A regulação do acesso à assistência também é chamada de regulação de acesso ou de regulação assistencial (BRASIL, 2008), sendo este último o nome que será usado daqui em diante. A regulação assistencial pode ser entendida como “intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde (...)” (SANTOS; MERHY, 2006, p. 27). Consiste principalmente na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação, estruturas nas quais trabalham diferentes profissionais engajados na viabilização da regulação, tais como operadores da central telefônica, médicos reguladores, que usam protocolos e sistemas de informação para orientar o fluxo de pacientes, enfermeiros controladores, responsáveis pela identificação da oferta. Todo o processo é registrado e controlado por meio do sistema informatizado de regulação.

Na política de saúde nacional, identifica-se a origem da regulação assistencial na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002) (BRASIL, 2002a). Apesar de mencionar a regulação de urgências, consultas e leitos, sua proposta ainda focava principalmente a assistência de média e alta complexidade (SANTOS; MERHY, 2006).

Em 2004, o Governo Federal impulsionou a regulação assistencial por meio da criação de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) (BRASIL, 2004b; 2006e), oferecendo apoio, inclusive financeiro, dos Ministérios da Saúde e das Comunicações para sua implantação em todo o Brasil. Em 2006, o Pacto pela Saúde inaugurou nova dinâmica na definição de responsabilidades em relação à saúde do país. A regulação passou a configurar uma linha de financiamento de custeio específica (NASCIMENTO et al., 2009). Em dezembro de 2007, foi lançada a agenda estratégica do Governo Federal na saúde, chamada de “Mais Saúde” ou “PAC Saúde”, com medidas para 2008-2011 (BRASIL, 2010a). Uma delas é implantar complexos reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação (BRASIL, 2008, art. 7°).

A central de regulação presta o serviço de intermediar o acesso do usuário ao serviço de saúde. Para isso, recebe, analisa, hierarquiza o pedido, verifica a disponibilidade da rede prestadora e comunica ao usuário o agendamento do serviço. Dessa forma o serviço de intermediação pouparia o usuário da peregrinação por diferentes estabelecimentos de saúde, na busca pelo atendimento (NASCIMENTO et al., 2009). Os complexos reguladores foram concebidos para: 1) estruturar a relação entre os serviços de saúde, operacionalizando o sistema de referência e contra-referência, 2) determinar o fluxo dos usuários no sistema, 3) servir de canal de comunicação com a população, 4) receber, avaliar, hierarquizar e atender os

pedidos de assistência segundo as necessidades de cada caso, 5) acompanhar a entrega do produto.

Em 2008, foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema de Saúde (PNR), que compilou conceitos e entendimentos que vinham sendo mencionados de modo esparsos na legislação anterior (BRASIL, 2008). Portanto, a regulação assistencial é uma iniciativa relativamente nova no SUS e mais ainda no sistema de Saúde do DF, onde sua implantação ocorre de forma bastante gradual.

O DF iniciou a regulação assistencial em 2005 pela regulação de consultas em clínicas especializadas e pelo atendimento de urgência, em razão dos maiores problemas de escassez de oferta enfrentados nessas áreas. A regulação da internação hospitalar iniciou-se em 2006 (DF, 2006) e restringe-se à internação em unidades de terapia intensiva.

A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), que se subordina à Diretoria de Regulação (DIREG), é o principal operador do sistema de RIUTI, constituindo-se em unidade organizacional da administração direta, que atua de forma alinhada com os objetivos governamentais, sob controle hierárquico (DF, 2006b).

Dois instrumentos auxiliam os médicos solicitantes e a central de regulação a operacionalizar a intermediação: o sistema informatizado de regulação e os protocolos. O DF contratou o sistema TrackCare para a RIUTI. Os protocolos clínicos e de regulação (PCR) são documentos que trazem orientações sistemáticas que auxiliam profissionais de saúde e operadores do sistema a tomar decisões regulatórias e clínicas, com base em evidência científica (SANTOS et al., 2008).

Para Magalhães (2002 *apud* SANTOS; MERHY, 2006), em um sistema regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema. Assim, restringe-se o direito de escolha do usuário e em troca lhe é oferecida a promessa de garantia de acesso.

Todo o aparato de sistematização de informações, de estabelecimentos de fluxos assistenciais, pactuação intergestores de referências, planejamento da oferta e controle de qualidade colocam a regulação assistencial no centro de um movimento maior de reorganização do sistema de saúde. A efetivação dessa política depende do adequado funcionamento desse arsenal complexo de instrumentos de gestão.

O sistema de saúde do DF encontra-se em contexto peculiar. O DF tem atribuições e competências tributárias simultâneas de estado e de município (BRASIL, 2004a), o que aumenta suas responsabilidades na prestação de serviço, mas igualmente aumenta seu poder de arrecadação. Do lado da receita, o DF ainda recebe assistência financeira da União para os serviços de saúde (BRASIL, 2004a, art. 21; BRASIL, 2002b). Do lado da demanda, o sistema de saúde do DF atende também não moradores, que correspondem a cerca de 15,6% (internação hospitalar) a 19,6% (ambulatório e emergência) dos atendimentos no sistema de saúde local (PIRES et al., 2010). Deve-se levar em conta também que 21,9% da população do DF é coberta por planos de saúde suplementar (ANS, 2009).

No DF, cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados, conforme dados de setembro de 2010. Segundo parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c), o número de leitos de UTI disponíveis para o SUS no DF seria o equivalente a 5,2% dos leitos hospitalares, o que atenderia à necessidade.

3 Fundamentação teórica

A fundamentação desta pesquisa é a teoria da inovação em serviços, com abordagem integradora. Essa abordagem vem sendo usada para estudar o setor público, principalmente os serviços de saúde em hospitais, apesar de não ser específica para o setor com regulação política (WINDRUM, GARCÍA-GOÑI, 2008). Como o tema da pesquisa é o processo de inovação no setor público, a teoria de inovação em serviços é abordada de modo a reconhecer

o papel do setor público como protagonista do processo, e não apenas como financiador, regulador, consumidor ou produtor de bens e serviços complementares.

A definição de inovação usada nesta pesquisa tem origem na teoria evolucionária da mudança econômica (NELSON; WINTER, 1982). Nesse contexto, Gallouj (2002, p. 132) afirma que a inovação não é um resultado final e conclusivo (artefato), mas um processo de resolução de problemas, no qual a aprendizagem e interações múltiplas entre os agentes têm o papel principal. Segundo a teoria evolucionária, a inovação seria um processo de solução de problemas, dentro de um paradigma, o qual induziria soluções cumulativas, formando trajetórias de soluções (*path dependence*), o que pode até cercear a capacidade de encontrar soluções fora dessas trajetórias (*lock-in*) (SBICCA; FERNANDES, 2005).

Desde os trabalhos de Schumpeter (1982) na década de 1930 e depois, com o livro fundamental de Nelson e Winter (1982), a inovação tem passado a ser reconhecida como uma das características essenciais das economias contemporâneas e motor do desenvolvimento econômico. No entanto, dificilmente é associada com o setor serviços, pois prevalece uma visão tecnicista da inovação, associando-a predominantemente à manufatura.

Visando reconhecer as especificidades do setor público, Koch e Hauknes (2005, p. 9) apresentam uma definição de inovação no setor público que reconhece o caráter contextual da natureza do resultado da inovação: “Inovação é a implementação ou desempenho de uma nova forma específica ou repertório de ação social, implementada deliberadamente por uma entidade no contexto dos objetivos e funcionalidades de suas atividades”. Esta definição, associada à concepção de inovação como variação nos vetores de características do serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), é usada nesta pesquisa por permitir melhor operacionalizar a análise do processo de inovação no setor público.

A abordagem integradora da teoria da inovação em serviços ambiciona juntar bens e serviços em uma teoria unificadora da inovação (GALLOUJ, 2002). Uma das justificativas para o desenvolvimento dessa abordagem é a existência de especificidades no produto dos serviços e nos processos de inovação neste setor que fazem com que a teoria da inovação construída com foco na indústria seja insuficiente para ajudar a compreendê-los. Sendo assim, é necessário desenvolver uma nova abordagem, suficientemente flexível e abrangente que permita examinar o processo de inovação nesses dois setores. Uma forma de interpretar a abordagem integradora é por meio da discussão das especificidades dos serviços e das formulações que foram desenvolvidas para tratá-las. Três modelos analíticos destacam-se na abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, que tratam explicitamente de especificidades dos serviços: o da relação de serviço (GADREY, 2001), o da decomposição funcional do produto (GALLOUJ, 2002) e o da representação vetorial do produto (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

A noção de relação de serviço refere-se a “interações de informação, interações verbais, contatos diretos e trocas interpessoais entre produtores e os beneficiários do serviço” (GADREY, 2001). Essa relação pode ser fraca, limitada exclusivamente à relação de troca (aquisição do bem ou serviço) ou pode ser intensa, presente ao longo de todo o processo produtivo, desde a concepção do produto, caracterizando uma co-produção. Gadrey (2001) associa a intensidade da relação de serviço ao modo pelo qual o cliente aciona o produtor, isto é, por demanda pelo serviço ou por decisão de usar serviço disponível. Outro elemento da formulação de Gadrey (2001) sobre as lógicas de serviço é o tipo de capacidade predominantemente aplicada na produção. A capacidade pode ser fundada em competências “humanas” do produtor ou em capacidade técnica do artefato tecnológico usado na produção. Combinando essas duas noções, Gadrey (2001) apresenta sua definição de lógicas de serviço.

Na lógica de representação humana, o cliente decide usar, ou não, um serviço disponível, no qual o prestador emprega suas capacidades humanas. Na lógica de intervenção solicitada, o cliente solicita a intervenção ativamente, para que o prestador utilize suas

competências em seu favor. Na lógica de oferta de competência técnica, um equipamento ou sistema é colocado à disposição do cliente, quer ele o use ou não, para efetuar operação técnica para sua utilidade.

A abordagem integradora é uma tentativa de compreensão do processo de inovação, que procura conciliar um modelo mais realista com a fuga da armadilha de se deixar perder o objeto, isto é, o produto do serviço, em meio à incerteza. É nesse contexto que Gallouj (2002), com base na definição de Gadrey (2001), propõe analisar o produto do serviço por meio de operações de serviço, definidas segundo o suporte sobre o qual o serviço atua. Os suportes das operações de serviço, além dos já mencionados bens materiais [M] e informações codificadas [I], podem ser o conhecimento [K] e as pessoas [R]. Os diferentes suportes dão origem ao que Gallouj (2002) chamou de decomposição funcional do produto.

As operações materiais [M] referem-se a atividades executadas sobre um objeto tangível por meio de tecnologias de transformação de materiais ou logística. As operações informacionais [I] referem-se a atividades executadas sobre dados codificados por meio de tecnologias de processamento de informações. As operações metodológicas [M] referem-se a atividades executadas sobre métodos por meio de tecnologias de processamento de conhecimento. As operações relacionais [R] referem-se a atividades cujo suporte é o cliente, por meio do uso direto de competências.

A origem da formulação do produto em termos de vetores de características está na teoria das preferências de Lancaster. Gallouj e Weinstein (1997) estenderam e aperfeiçoaram um modelo anterior de cunho tecnicista (SAVIOTTI; METCALFE, 1984 *apud* GALLOUJ, 2002, p. 30), com base em seus estudos sobre inovação em serviços. Assim, no modelo de Gallouj e Weinstein, o produto do serviço é representado pelos vetores [C], de competências dos prestadores, e [T] de competências técnicas tangíveis e intangíveis, pelo vetor de [C'] de competências dos clientes e pelo vetor [Y] de características finais do produto, percebidas diretamente pelo cliente.

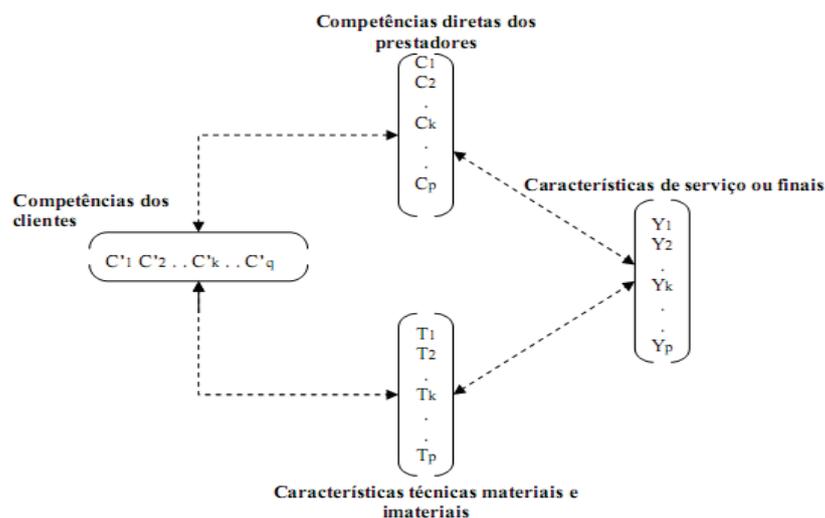


Figura 1 – Representação geral do produto em termos de vetores de características

Fonte: extraído de Vargas (2006, p. 68).

Essa formulação permite abranger duas das especificidades do setor: a diversidade e o componente relacional dos serviços. O tratamento analítico dessa última ocorre pela incorporação de um vetor de competências dos clientes ao modelo [C']. Como essa formulação é uma generalização de um modelo anterior usado para bens, ela permite analisar de forma unificada tanto bens quanto serviços. Outro avanço teórico dessa abordagem é a incorporação à análise das antes negligenciadas características técnicas imateriais, que são sistemas de competências formalizadas e codificadas (GALLOUJ, 2002, p. 56). O

desenvolvimento do modelo sob uma perspectiva evolucionária permite definir a inovação em termos de variações nos componentes dos vetores de características e identificar modos segundo os quais se processam as inovações em bens e serviços. Gallouj (2002) identifica seis modos segundo os quais ocorre o processo de inovação.

O primeiro modo ou modelo é o de inovação radical, no qual ocorre a criação de um novo conjunto de vetores de características, configurando um novo produto. Segundo o autor, a definição mais ampla deste modelo abrange ainda o caso no qual surgem novas competências de clientes e produtores, bem como novas características técnicas materiais e imateriais, mas as características finais do produto não se modificam significativamente.

A inovação de melhoria envolve mudança na qualidade de certos componentes dos vetores de características do produto [Y], sem modificar a estrutura dos demais vetores. A inovação incremental descreve a ocorrência de aperfeiçoamento das características finais do produto por meio da adição ou substituição de componentes dos vetores por novas características. A inovação por recombinação é o modelo segundo o qual componentes dos vetores de características dos produtos dos serviços são combinados ou dissociados para formar novo produto. A inovação por formalização é a sistematização documentada das características do produto, tornando-as mais visíveis e padronizadas. A inovação *ad hoc* é a construção conjunta de uma solução para o problema colocado pelo cliente por meio da interação entre este e o produtor/prestador de serviço que provoca mudanças nas características do serviço.

4 Método

A pesquisa realizada é descritiva e qualitativa. Abrangeu entrevistas com 35 gestores/especialistas da SES/DF, bem como profissionais médicos e não médicos na central de regulação e em três estabelecimentos de saúde públicos e três privados, sobre a dinâmica do processo, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas. As 15h de áudio das entrevistas foram transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2009; FRANCO, 2008; VALA, 1986), assistida pelo software Atlas TI 5.0.

A estratégia metodológica usada foi o estudo de caso. O caso em questão é a regulação em internação em UTI no Distrito Federal. Como a teoria da inovação em serviços enfoca o processo de inovação procurando destacar a diversidade dos serviços e os diferentes modos segundo os quais a inovação pode ocorrer, a natureza do fenômeno investigado sugere o exame do caso em diferentes níveis de análise: nível meso, representado por casos específicos de inovação que ocorreram, e nível macro, correspondente ao sistema de saúde do DF. Essa configuração corresponde ao estudo de caso integrado (YIN, 2010).

Para operacionalizar um modelo conceitual e um plano de análise que abrangessem a multiplicidade de funções observada e que pudessem ser combinados com a representação vetorial do serviço, foi usada a noção de que o serviço pode ser decomposto em diferentes serviços elementares (Si) (DJELLAL; GALLOUJ, 2005). Os serviços elementares constitutivos identificados nesta pesquisa são a solicitação de vaga (S1), o atendimento ao paciente (S2), a intermediação de vaga (S3), a auditoria de contas (S4) e a supervisão médica (S5). Esses serviços são o caso integrado, compondo as unidades integradas de análise, conforme a figura 3.

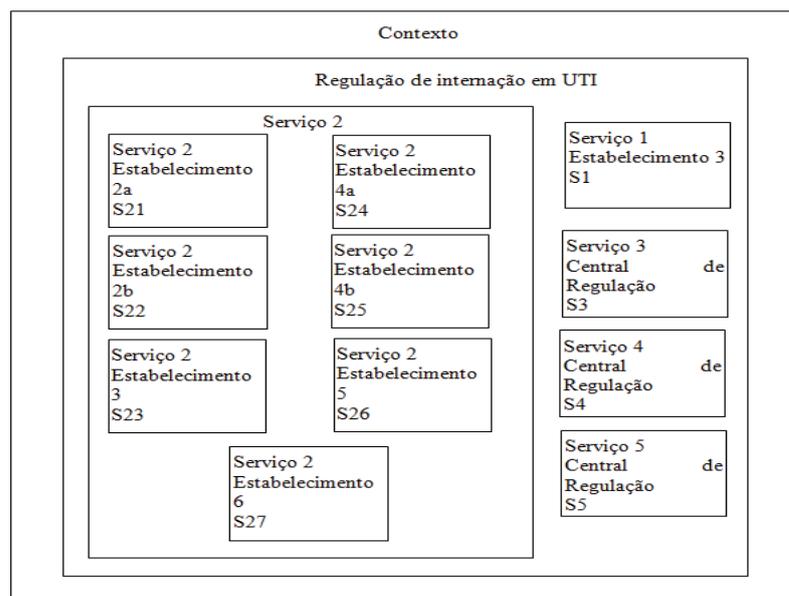


Figura 3 – Tipo do projeto de estudo de caso – caso único integrado

Fonte: adaptado de Yin (2010, p. 70)

O modelo conceitual, que representa a construção mental logicamente organizada que orientou o processo de investigação, foi o da representação do serviço como conjunto de vetores de características (**Figura 1**). Trata-se de uma abstração simplificadora da realidade que explicita os conceitos articulados pela abordagem da teoria da inovação de serviços usada nesta pesquisa. Dessa forma, cada um dos serviços elementares constituintes (DJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI (Si) pode ser entendido por meio de um conjunto próprio de vetores de características.

Sinteticamente, os serviços elementares são descritos a seguir. A solicitação de vaga (S1) é realizada no hospital solicitante pelo médico solicitante que assiste o paciente. O processo regulatório de internação em UTI inicia-se com a inserção no TrakCare da solicitação de internação pela unidade solicitante. A intermediação de vaga (S2) é realizada pela central de regulação, o que abrange a priorização do paciente segundo o risco (DF, 2006a). Simultaneamente, o enfermeiro controlador busca a vaga no sistema e por telefone. Encontrada a vaga, o médico regulador identifica o médico que receberá o paciente e lhe repassa informações sobre as condições do paciente. O médico regulador comunica a alocação de vaga para a unidade solicitante.

O atendimento ao paciente (S3) abrange a preparação do leito, a liberação da vaga no sistema de regulação e os cuidados médicos e de enfermagem ao paciente recebido. A auditoria de contas (S4) é serviço administrativo prestado pela Central de Regulação, que precisa ter garantia de que os valores apresentados pelos hospitais contratados são efetivamente devidos. A supervisão médica (S5) é prestada pela Central de Regulação, por médicos supervisores, para a SES/DF, que precisa ter garantia de que os procedimentos realizados nos pacientes encaminhados para os hospitais privados são corretos e justificam a despesa incorrida.

As categorias que serviram para orientar a análise das entrevistas foram definidas com base no marco teórico de inovação em serviços e inovação no setor público, o que garante aderência ao critério de pertinência (BARDIN, 2009, p. 148). Sendo assim, são categorias criadas por critério semântico (BARDIN, 2009, p. 145), pois reúnem temas agrupados por características comuns. De início, foram definidas categorias *a priori* com base no modelo de representação do produto do serviço em termos de conjunto de vetores de características

(GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), que foram enriquecidas por posterior interação entre o material de análise e o marco teórico em leituras sucessivas.

Categorias/Variáveis	Códigos	Fundamentação
Origens da RIUTI	BLM - A implantação da regulação como parte de processo de solução de problema MS - A implantação da regulação como resposta a diretrizes do SUS	Definição de inovação: Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências diretas dos prestadores [C]	ASR - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e reguladores CAS - Desenvolvimento de competências diretas de assistentes e reguladores NAS - Não desenvolvimento de competências diretas de assistentes e reguladores CR - Desenvolvimento de competências diretas dos reguladores ORG - Mudanças procedimentais e de organização do serviço POD - Mudança das relações de poder RES - Mudança das relações de responsabilidade	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências diretas dos prestadores. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	ASU - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e usuários ASF - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e familiares dos usuários	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências técnicas [T]	MT - Uso de novos equipamentos, materiais e medicamentos IMT - Uso de novos protocolos SFT - Uso de novos softwares	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características técnicas materiais e imateriais. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências dos clientes [C']	SOC - Mudança no perfil socioeconômico dos usuários EPI - Mudança no perfil clínico dos usuários	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Resultados do processo de inovação em RIUTI	EF+ -Melhora da eficiência EF- -Piora da eficiência EQ+ -Melhora da equidade de acesso EQ- -Piora da equidade de acesso IT+ -Melhora na integralidade IT- -Piora na integralidade POL -Melhoria no resultado político-eleitoral	Inovação no setor público. Natureza convencional do produto do serviço. Resultado do serviço. Regulação assistencial. Vargas (2006), Gadrey (2001), Windrum e García-Goñi (2008), Santos e Merhy (2006), Brasil(2004a), Castro (2002), Ferreira (2006), Nascimento et al. (2009)
Propulsores da implantação da RIUTI	DEM - Mudanças demográficas IDE - Impulso de base política ou ideológica CRI - Impulso em resposta a eventos críticos EFC - Impulso para aumento de eficiência	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005).
Obstáculos da implantação da RIUTI	FRE - Falta de recursos para implementar CUS - Custos crescentes após a implantação COM - Problemas de comunicação e	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005).

	entendimento comum PLX - Tamanho e complexidade das organizações públicas PTC - Resistência de grupos políticos e de grupos de interesse GES - Insuficiente capacidade de gestão ETI - Problemas éticos da operação do serviço BUG - Problemas causados por deficiência do software	
Mudanças nas características finais do serviço [Y]	ITU - Mudanças nas características do serviço de intermediação ATD - Mudanças nas características do serviço assistencial SOL - Mudanças nas características do serviço de solicitação de vaga	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características finais. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).

Figura 4 – Categorias de análise, códigos e respectiva fundamentação teórica

Fonte: elaboração própria.

A regra de enumeração das unidades de registro foi a da presença (ou ausência). Foi criado um código específico (NAS) para assinalar falas que negaram a ocorrência de desenvolvimento de competências diretas dos assistentes porque se entendeu que esse código facilitaria identificar diferenças no grau de mudança no vetor de competências diretas entre os profissionais da regulação. Dúvidas sobre a codificação de temas ou mesmo sobre sua categorização foram dirimidas pela observação do contexto no qual a fala se inseria e da ênfase aplicada pelo entrevistado.

5 Resultados e discussão

Nesta seção são apresentados os resultados da codificação das entrevistas, segundo as categorias ou variáveis da pesquisa. A apresentação dos resultados por variáveis é conjugada com a análise de mudanças nos vetores de características dos serviços elementares constitutivos (DJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI nos diferentes estabelecimentos.

Cabe destacar que a intermediação entre demanda dos pacientes e a oferta de vagas de internação em leitos de UTI já existia antes da implantação da regulação. Era realizada diretamente entre os estabelecimentos solicitantes e executantes, de forma descentralizada, com alto custo em termos de tempo gasto e interferências políticas e de relações pessoais.

A regulação centralizou o serviço de intermediação causando grande mudança em termos de procedimentos e criação de novas funções profissionais (médicos supervisores, enfermeiros analisadores e controladores), se limitarmos a análise ao vetor de competências neste primeiro momento. Os solicitantes passaram a ter encargos burocráticos de alimentação de informações no sistema informatizado e de manter contato telefônico diário com a Central de Regulação. Como consequência da centralização, os médicos executantes perderam poder sobre a concessão de vagas. Além disso, tanto eles quanto os médicos solicitantes tiveram reduzida a responsabilidade de conseguir vagas para os pacientes. O processo passou a ser documentado, proporcionando maior segurança para os profissionais. A criação de novas competências, por meio da criação de novas funções, e a mudança substancial na organização do serviço, consequência de sua centralização, permitem identificar a intermediação, a auditoria e a supervisão como inovações radicais no âmbito da SES/DF).

Tabela 1

Síntese da contagem e do percentual das menções referentes às categorias de análise

Categorias de análise	Citações totais	%
Origens da RIUTI	12	2,0%

Mudanças nas competências diretas dos prestadores [C]	232	38,0%
Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	23	3,8%
Mudanças nas competências técnicas [T]	78	12,8%
Mudanças nas competências dos clientes [C']	18	3,0%
Resultados do processo de inovação em RIUTI	110	18,0%
Propulsores da implantação da RIUTI	11	1,8%
Obstáculos da implantação da RIUTI	119	19,5%
Mudanças nas características finais do serviço [Y]	7	1,1%
Total	638	100,0%

Fonte: elaboração própria.

A análise das menções a que se referem a **Erro! Fonte de referência não encontrada.** permite compor as figuras 5 e 6, que sintetizam as mudanças relatadas nos vetores de características dos produtos dos serviços elementares constituintes.

Serviços elementares	Uso do TrakCare [T]	Sistematização de documentação de procedimentos e critérios [T]	Inclusão de novos equipamentos [T]	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C]	Desenvolvimento de competências profissionais [C]	Aumento de pessoal e de produção do serviço [C]	Criação de novas funções/serviços [C]	Mudança na organização do serviço [C]	Maior variedade de situações clínicas dos pacientes [C']	Maior gravidade da situação clínica dos pacientes [C']
S1	X	X		X						
S21	X	X		X						
S22	X	X			X				X	
S23	X	X		X					X	
S24	X	X		X		X				
S25	X	X				X				X
S26	X	X	X		X	X				X
S27	X	X		X	X	X			X	
S3	X	X					X			
S4						X	X	X		
S5	X	X					X			

Figura 5 – Mudanças nos vetores de características da RIUTI, por serviço elementar constituinte e estabelecimento.

Fonte: elaboração própria.

O **Figura** sintetiza as principais mudanças nos vetores de características dos serviços elementares constituintes (DEJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI. Considerando a definição de Gallouj (2002) da inovação como variações nos componentes desses vetores, foi possível distinguir em detalhes os diferentes modos de inovação que ocorrem simultaneamente no processo de inovação em RIUTI (**Figura**). A análise do **Figura** revela que o processo de inovação em RIUTI ocorreu principalmente por meio do acréscimo de novas competências e características e por meio da formalização de procedimentos e critérios. As inovações mais disseminadas foram a introdução do sistema eletrônico de regulação TrakCare e a sistematização de procedimentos e critérios a serem seguidos pelos diferentes prestadores e clientes da RIUTI. Essa constatação permite entender a RIUTI como um processo de centralização do serviço de intermediação de vagas, viabilizado pela informatização dos serviços elementares e pela normatização de procedimentos.

Houve grande variedade de mudanças nos vetores de características dos produtos dos serviços. Apenas dois pares de serviços se formaram pela identidade na mudança dos componentes de seus vetores: S3 e S5, S1 e S21. Todos os outros serviços elementares apresentaram particularidades que os distinguiram dos demais. As duas inovações mencionadas abrangeram quase todos os serviços elementares, independente do tipo de estabelecimento prestador se serviço. É esperado que informatização e normatização se

apresentem em conjunto, pois a construção do fluxo do sistema eletrônico baseou-se nas normas procedimentais definidas pela SES/DF.

A implantação da RIUTI ocorreu em contexto de reorganização do sistema de assistência em emergência. Assim, foram contratados e regulados leitos de UTI em hospitais privados e houve o redirecionamento de pacientes para UTI públicas que antes prestavam serviço mais especializado. A conseqüente mudança na variedade e gravidade dos casos clínicos recebidos por esses estabelecimentos provocou processos localizados de inovação, representados pelo aperfeiçoamento de competências profissionais dos prestadores do serviço de atendimento ao paciente (S22, S26 e S27) e pela incorporação de novos equipamentos (S26). Trata-se portanto de interações entre componentes dos vetores de competências dos clientes [C'] e dos vetores de competências diretas dos prestadores [C] e de características técnicas [T]. Onde as variações em [C'] não encontraram características em [C] e [T] que respondiam às novas necessidades do serviço, houve o aperfeiçoamento de competências diretas dos prestadores e a incorporação de equipamentos. Apresenta-se aqui curioso processo local de inovação, mobilizado pelas competências dos clientes, mas sem interação verbal intensa (GADREY, 2001), isto é, com relação de serviço fraca. Além disso, o fenômeno de interação entre as competências de prestadores e clientes não caracterizou de forma alguma um processo de co-produção ou de inovação *ad hoc* (GALLOUJ, 2002).

A análise de algumas das variações nos vetores de características da RIUTI permite antecipar alguns dos efeitos que essa inovação protagonizada pelo setor público teve sobre a criação e ampliação de serviços neste nicho da assistência à saúde no DF. No setor privado (S24, S25, S26, S27), a contratação com a SES/DF, decorrente da reorganização do sistema, da qual a RIUTI faz parte, foi um fator de sustentação de estratégias empresariais de expansão de serviços. Foi necessário contratar pessoal e adquirir equipamentos para responder à demanda adicional. Além disso, setores dos serviços administrativos também tiveram que se reorganizar e contratar pessoal. Esse efeito sobre os estabelecimentos privados ilumina outra face do processo de inovação na economia, na qual o setor público atua como protagonista, induzindo inovação no setor privado (KOCH; HAUKNES, 2005). Essa é a situação contrária à destacada na literatura de inovação de abordagem tecnicista (GALLOUJ, 2002), na qual a indústria de transformação é protagonista e o setor público é coadjuvante.

Na rede própria da SES/DF, o serviço de atendimento ao paciente ainda não experimentou expansão. No entanto, foram criados os serviços de intermediação centralizada, de auditoria de contas e de supervisão médica, representando inovações radicais em serviço no DF. A criação desses serviços demandou a contratação de pessoal, bem como a criação de estrutura administrativa e física.

Serviços elementares	Incremental	Formalização	Melhoria	Radical	De Mercado
S1	X	X			
S21	X	X			
S22	X	X	X		
S23	X	X			
S24	X	X			X
S25	X	X			X
S26	X	X	X		X
S27	X	X	X		X
S3	X	X		X	
S4			X	X	
S5	X	X		X	

Figura 6 – Formas de inovação na RIUTI, por serviço elementar constituinte e estabelecimento.

Fonte: elaboração própria.

Com base na análise das variações nos componentes dos vetores de características dos produtos dos serviços elementares, é possível identificar que o processo de inovação em RIUTI foi principalmente incremental, por formalização e radical (GALLOUJ, 2002). Apenas o serviço de auditoria de contas (S4) destoa desse padrão.

Precedendo no tempo, para viabilizar a implantação da RIUTI, foi necessário sistematizar e documentar os procedimentos a serem seguidos pelos prestadores de serviço e os critérios de priorização da internação em UTI, conforme a necessidade dos pacientes. Esse processo gerou a publicação de Portarias que normalizam a RIUTI, caracterizando a inovação por inovação. Além disso, o processo de inovação em RIUTI provou estar muito relacionado a adições de novos componentes nos vetores de competências diretas dos prestadores e de características técnicas. Para viabilizar a regulação, foi necessário incorporar o sistema eletrônico de regulação ao vetor de características técnicas e que os prestadores desenvolvessem competência para operá-lo.

O processo de inovação radical é o terceiro modo de inovação que caracteriza a RIUTI. Três dos cinco serviços elementares foram criados para viabilizar a regulação: a intermediação centralizada, a auditoria de contas e a supervisão médica. O serviço de solicitação de vaga sofreu transformação profunda, reduzindo drasticamente o custo de comunicação e o desgaste provocado pelas interferências de relações pessoais e políticas na obtenção de vagas. O serviço permaneceu o mesmo, mas as modificações conjuntas na qualidade do serviço [Y] e em suas características técnicas [T] foram tão significativas que alguns autores a classificariam também como inovação radical (WINDRUM; GARCIA-GOÑI, 2008).

Além desses três modos predominantes de inovação, ocorreram processos localizados de inovação. As já mencionadas interações entre os vetores [C], [C'] e [T] provocaram processos de inovação de melhoria em serviços de atendimento ao paciente em alguns estabelecimentos (S22, S26 e S27). Nos estabelecimentos privados, também houve inovação de mercado (SCHUMPETER, 1982) provocada pela abertura do SUS ao serviço de internação em UTI nesses estabelecimentos, por meio da contratação com a SES/DF.

A análise da coluna de lógica do serviço demonstra que a RIUTI é um serviço que segue a lógica de intervenção solicitada, porém com interatividade fraca entre prestadores e clientes (GADREY, 2001). A regulação compõe-se de serviços nos quais o usuário tem participação limitada na solicitação ou cuja solicitação está prevista normativamente quando ocorrem certos fatos, como a alta de paciente no caso da auditoria de contas ou a internação em estabelecimento contratado no caso da supervisão médica.

O serviço no qual existe maior interatividade entre prestadores e clientes é o de intermediação de vaga (S3). Neste serviço, ocorrem interações verbais e de informação, sem contato pessoal, mas por telefone e por meio do sistema eletrônico, entre médicos reguladores, que são os prestadores, e os médicos solicitantes e executores, que são os usuários. Cabe registrar, porém, que a implantação do prontuário eletrônico nos demais hospitais da rede tem o potencial de reduzir a interação entre prestadores e usuários da intermediação, enfraquecendo a relação de serviço. Isso faria com que a lógica de serviço em S3 se aproximasse da lógica dos demais serviços elementares da RIUTI.

Em todos os serviços elementares a competência aplicada em sua prestação é predominantemente humana (GADREY, 2001). Existe expressiva aplicação de capacidade técnica de artefatos tecnológicos nos serviços de intermediação (S3) e de atendimento ao paciente (S2). No entanto, em ambos os casos, os artefatos tecnológicos fazem a intermediação da aplicação da capacidade humana tanto na priorização de casos e designação de leitos, no serviço de intermediação, quanto nos cuidados e procedimentos médicos e de enfermagem, no serviço de atendimento ao paciente.

A compreensão da RIUTI como serviço que segue lógica de intervenção solicitada, quando pouca interação existe na solicitação dos serviços, parece contraditória. No entanto, deve ser lembrado que a RIUTI ocorre no setor público, onde os procedimentos são bem normalizados, em razão da aplicação do princípio da legalidade. Além disso, Gadrey (2001) explica que as lógicas de serviço não são mutuamente exclusivas, podendo coexistir elementos da lógica de intervenção solicitada com a fraca interatividade verbal, que seria campo da lógica de representação humana.

A análise da coluna “operação de serviços” da **Figura** permite afirmar que a RIUTI é um serviço de operações predominantemente informacionais (GALLOUJ, 2002). Os serviços S1, S3, S4 e S5 referem-se a atividades executadas sobre dados codificados, por meio do sistema eletrônico de regulação (S1, S3 e S5) ou não (S4). O único serviço cuja operação é relacional é o de atendimento ao paciente (S2), que integra a RIUTI no modelo conceitual desta pesquisa por ser o destino final do paciente regulado.

A investigação dos resultados esperados com a implantação da RIUTI e dos resultados percebidos pelos entrevistados exige o exame dos documentos produzidos sobre a regulação nas esferas federal e distrital. Esses resultados têm natureza convencional e específica (GADREY, 2001). São expectativas dos atores, construídas ao longo de anos de discussões nos diferentes fóruns do SUS e experimentações localizadas. O exame dos documentos distritais revela a expectativa de melhoria nas dimensões de eficiência, equidade e integralidade da assistência. Segundo os entrevistados, é possível argumentar que o processo de inovação em RIUTI, em interação com o contexto do sistema de saúde do DF, provocou efeitos nas três dimensões identificadas, nem sempre no sentido de aperfeiçoamento.

6 Conclusões e recomendações

O objetivo geral da pesquisa foi o de identificar os efeitos dos processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da RIUTI no DF. Para alcançá-lo, foram descritos os processos de inovação nos diferentes estabelecimentos de saúde e na Central de Regulação, bem como nos diferentes serviços constitutivos da RIUTI. Assim, foi possível identificar inovações nas elementos que compõem conjuntamente o serviço, bem como seus resultados sobre esse serviço de assistência à saúde.

Interpretados por meio da teoria integradora da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002), os estudos dos casos revelaram a diversidade segundo a qual se desenvolvem os processos de inovação e a variedade de seus resultados.

A descrição dos processos de inovação revelou que a implantação da RIUTI demandou o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências diretas dos diferentes prestadores, a incorporação de características técnicas e a criação de novas funções e serviços. Essas mudanças ocorreram de forma bem diversificada em diferentes estabelecimentos e serviços constitutivos.

Igualmente diversificados foram os resultados do processo de inovação sobre os objetivos do SUS de prestar assistência à saúde de forma equânime, integral e eficiente. Fatores de contexto referentes à estrutura e à organização do sistema de saúde do DF atuaram de forma a favorecer ou limitar esses resultados. Ao lado de contribuições significativas para a melhoria da equidade de acesso e da eficiência no uso dos recursos existentes, ficaram mais evidentes as restrições à assistência integral à saúde dos pacientes.

O estudo de caso acrescenta evidências sobre o papel de variações no vetor de competências dos clientes sobre o processo de inovação, especialmente sobre o aperfeiçoamento de competências diretas dos prestadores e a incorporação de novas características técnicas ao produto do serviço. Evidencia também situações nas quais o papel

protagonista do setor público no processo de inovação induz inovações no setor privado da economia, gerando crescimento, incorporação de competências e de artefatos tecnológicos.

A pesquisa suscitou questões que podem ser objeto de investigação em outros estudos. A RIUTI está inserida na regulação assistencial, que no DF vem sendo implantada de forma extremamente gradual. Apenas consultas e exames identificados como os que apresentam maior deficiência no atendimento foram regulados de início. As internações fora de UTI não são reguladas nem o agendamento de cirurgias eletivas. A incorporação de novos procedimentos depende do interesse dos coordenadores de área e de uma abordagem apenas consultiva da equipe da Central de Regulação. Não estão claros quais fatores modulam a velocidade e a profundidade do processo de inovação em regulação assistencial no DF se financeiros, políticos, de capacidade de gestão. Seria interessante investigar em que medida esses fatores atuam como obstáculos ou como propulsores ao processo (KOCH; HAUKNES, 2005, DJELLAL; GALLOUJ, 2008).

O tamanho do setor público na área de saúde do DF (ANS, 2009, PIRES et al., 2010) e o poder regulador distrital indica que ganhos de qualidade e produtividade no setor têm grande potencial de impactar significativamente a garantia do direito à saúde da população e a economia local, com reflexos sobre sua área de influência regional na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (PIRES et al., 2010). Configura-se oportunidade para investigar os resultados da ação regulatória do DF na área de saúde sobre o setor de saúde complementar e sobre as políticas de saúde dos municípios da RIDE. Essa pesquisa alargaria os temas de investigação sobre os resultados dos processo de inovação no setor com regulação de mercado (CAINELLI; EVANGELISTA; SAVONA, 2005), bem como acerca de seus efeitos sobre processos de inovação no setor público de governos da área de influência de uma unidade política pólo.

Ficou evidente também a oportunidade de pesquisa representada pela existência de bancos de dados sobre internação em UTI e procedimentos ambulatoriais regulados. Se superados os obstáculos para obter esses dados, poderiam ser desenhados estudos que investigariam quantitativamente aspectos dos resultados do processo de inovação em regulação assistencial. Por exemplo, seria possível testar hipóteses sobre o real efeito da RIUTI sobre o tempo de ocupação dos leitos, sobre o tempo de espera para internação, sobre o efeito da judicialização na equidade de acesso e outras.

Finalmente, cabe destacar que pesquisas que incorporem referencial teórico que abranja as relações de poder no setor público poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno da inovação no setor público e possivelmente contribuir para a formulação de teorias localizadas sobre inovação, a exemplo dos estudos de Koch e Hauknes (2005) e de Windrum e García-Goñi (2008).

7 Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2009. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2010.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002 (NOAS/2002)*. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de

- estados e municípios. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.
- BRASIL. *Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002*. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10633.htm>. Acesso em: 21 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Brasília, 2002c. Disponível em: <p.nass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2004a. Disponível em: <www.camara.gov.br/internet/infdoc/novoconteudo/.../CF1988.doc>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- BRASIL. *Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004*. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5055.htm>. Acesso em: 17 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006*. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/cpa/PortariaGM1097.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008*. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 22 fev. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos 2008-2011*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- CAINELLI, Giulio; EVANGELISTA, Rinaldo; SAVONA, Maria. Innovation and economic performance in services: a firm-level analysis. *Cambridge Journal of Economics*, Cambridge, n. 30, p. 435-458, 2005.
- CASTRO, Janice D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, n. 7, p. 122-235, 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Regulação em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass, 2007.
- DISTRITO FEDERAL (DF). *Portaria nº 42, de 31/08/2006*. Aprova as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF. Brasília, 2006a.
- DISTRITO FEDERAL (DF). *Portaria nº 41, de 30/08/2006*. Cria a Central de Regulação de Internação Hospitalar na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2006b.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, n. 34, p. 817-835, 2005.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Survey of research on health sector innovation. In: EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 4, p. 767-776, 2008.

- FRANCO, M.P.B. *Análise de conteúdo*. 3.ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.
- FERREIRA, Ana S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, n. 39, v. 171, p. 313-337, 2004.
- GADREY, Jean. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In Salerno, M.S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editoria Senac São Paulo, 2001.
- GALLOUJ, Faïz. *Innovation in the Service Economy: the new wealth of nations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2002.
- GALLOUJ, Faïz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. *Research Policy*, n. 26, p. 537-556, 1997.
- GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1991.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de População para 1º de julho de 2009. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, DF, 14 ago. 2009.
- KOCH, P.; HAUKNES, J. *Innovation in the Public Sector*. Publin Report n. D20. Oslo: NIFU STEP, 2005. Disponível em: <<http://www.step.no/publin/>>. Acesso em: 3 nov. 2009.
- NASCIMENTO, Adail A. M.; DAMASCENO, Ana K.; SILVA, Maria J.; SALES DA SILVA, Maria V.S.; FEITOSA, Aline R. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enfermagem*, n. 14, v. 2, p. 346-352, 2009.
- NELSON, R.; WINTER, S. *Uma Teoria Evolucionária da Mudança Econômica*. Campinas: Unicamp, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Manual de Oslo*. 3ª ed. Brasília: FINEP, 2005. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/dcom/brasil_inovador/arquivos/manual_de_oslo/prefacio.html>. Acesso em: 17 dez. 2010.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1009-1019.
- SANTOS, Fausto P.; MERHY, Emerson E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. *Interface* (Botucatu), n. 10, v. 19, p. 25-41, 2006.
- SANTOS, José Sebastião dos; KEMP, R.; SANKARANKUTTY, A. K.; SALGADO JÚNIOR, W.; SOUZA, F. F.; TEIXEIRA, A. C.; ROSA, G. V.; CASTRO-E-SILVA, O. Protocolo clínico e de regulação para o tratamento de icterícia no adulto e idoso: subsídio para as redes assistenciais e o complexo regulador. *Acta Cir. Bras.* [online], v.23, suppl.1, p. 133-142, 2008.
- SBICCA, A.; FERNANDES, A. L. A racionalidade em Simon e a Firma Evolucionária de Nelson e Winter: uma visão sistêmica. *Anais do XXXIII Encontro Nacional de Economia da Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia – ANPEC*, Niterói, RJ, Brasil, 2005.
- SCHUMPETER, Joseph. *A Teoria do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Economistas), 1982.
- VALA, Jorge. A Análise de Conteúdo. In: SILVA, Augusto S.; PINTO, José M. (Org.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 8. ed. Porto: Afrontamento, 1986. p. 101-128.
- VARGAS, E. R. *A Dinâmica da Inovação em Serviços: O Caso dos Serviços Hospitalares no Brasil e na França*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, n. 37, p. 649-672, 2008.
- YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.