

# REGULAÇÃO DE ACESSO AO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO EM UTI NO DF



**Dagomar Henriques Lima**

Auditor federal de Controle Externo no TCU;

Mestre em Administração pela UnB

RESUMO: Partindo da abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, o processo de inovação foi estudado considerando a regulação de internação em unidades de terapia intensiva (RIUTI) no Distrito Federal (DF) como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos. Baseando-se no conceito de inovação como variações nos componentes de vetores de características dos produtos dos serviços, foi possível identificar a variedade dos processos de inovação nos diferentes serviços e estabelecimentos e seus efeitos sobre os objetivos declarados da RIUTI. O setor público apresentou-se como protagonista do processo e indutor de inovações no setor privado, que foram necessárias para viabilizar a inserção desses estabelecimentos na RIUTI. Foram constatadas melhorias expressivas na equidade de acesso à internação em UTI no DF. Permanecem obstáculos estruturais e de gestão que impedem avanços adicionais na integralidade da atenção em saúde.

**ABSTRACT:** *Drawing on the integrative approach of the theory of service innovation, the innovation process to enable the service of access regulation to intensive care units (RIUTI) in the Federal District has been studied considering the service as a bundle of five elementary constituent services. Based on the concept of innovation as variations in the components of vectors of characteristics of the service products, it was possible to identify the variety of innovative processes in distinct services and organizations and its effects over the declared objectives of the RIUTI. The public sector acted as a protagonist of the innovation process and induced innovations in the private sector. Significant improvements were found in the equity of access. Structural and management barriers remain and prevent further advances in the integrality of health care.*

**PALAVRAS-CHAVE:**

Inovação; Regulação de Acesso; Sistema Único de Saúde; Teoria da Inovação em Serviços.

**KEYWORDS:**

***Innovation; Access Regulation; Unified Health System; Theory of Innovation in Services.***

## INTRODUÇÃO

O objetivo geral deste artigo é descrever o processo de inovação na regulação de acesso ao serviço de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) no serviço público de saúde do Distrito Federal (DF). A pesquisa foi realizada com fundamento na abordagem integradora da teoria da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002).

Neste artigo, a regulação de internação em UTI (RIUTI) é concebida como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos (DJELLAL; GALLOUJ, 2005), sendo o principal deles a intermediação entre a oferta e a procura por internação em UTI. Busca-se caracterizar os diferentes serviços que compõem a regulação, bem como descrever os modos de inovação que se desenvolveram, visando a implantar a regulação. Além disso, examinam-se os efeitos das inovações implementadas sobre os serviços abrangidos pela RIUTI e sobre seus objetivos declarados.

A maior parte das pesquisas sobre inovação refere-se à indústria de transformação ou usa 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 é importante para o setor público, o manual afirma que pouco se sabe sobre ela em setores não orientados ao mercado.

Do ponto de vista teórico, o setor saúde é objeto de estudo de diversos trabalhos sobre inovação em serviços, pois nele existem complexidades cuja análise permite compreender melhor as variáveis que atuam sobre os processos de inovação. Do ponto de vista da política de saúde, um dos problemas que ganharam relevância na agenda de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) foi a oferta insuficiente de certos serviços, em especial os de alta complexidade,

com a consequente restrição do acesso ao direito à saúde. A situação é agravada pela falta de priorização do acesso segundo a necessidade de atendimento, com efeito negativo sobre a equidade do sistema (SANTOS *et al.*, 2008).

A regulação assistencial, na qual se insere a RIUTI, tem sido apresentada (CONASS, 2007) como uma proposta que visa a contribuir para a concretização dos princípios de acesso equitativo e atenção integral no SUS brasileiro, bem como alcançar ganhos de eficiência. Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. A implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como mecanismo racionalizador, mas sua efetividade está em discussão. Existe, portanto, campo para investigar como se desenvolve o processo de inovação em RIUTI no DF.

Além desta introdução e da seção conclusiva, o artigo compõe-se de mais quatro partes. A primeira contextualiza a RIUTI no SUS e no DF; a segunda apresenta as formulações teóricas sobre inovação em serviços e inovação no setor público; a terceira descreve o método adotado, seguida da apresentação e discussão dos resultados.

### A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

A regulação do acesso à assistência também é chamada de regulação de acesso ou regulação assistencial (BRASIL, 2008), sendo este último o nome que será usado daqui em diante. Trata-se de conceito que se insere no contexto da regulação em saúde e que vem sendo construído ao longo dos anos.

De perspectiva bastante geral, 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). O Pacto pela Saúde define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que

intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles” (CONASS, 2007, p. 31). Essa definição deixa entrever que o processo de regulação envolve conhecimento técnico tanto em administração quanto no serviço de saúde prestado (SANTOS *et al.*, 2008). É possível identificar as seguintes finalidades das políticas de saúde e de sua ação regulatória: a) o equilíbrio macroeconômico de despesas e receitas, b) a eficiência microeconômica das organizações de saúde, c) a equidade, traduzida em garantia de acesso, integralidade, resolubilidade, universalidade da atenção à saúde e repartição equitativa dos meios, d) a redução do risco de doença e de outros agravos (SANTOS; MERHY, 2006; BRASIL, 2004a; FERREIRA, 2004; NASCIMENTO *et al.*, 2009). A regulação assistencial identifica-se especificamente com as finalidades de eficiência, integralidade e equidade.

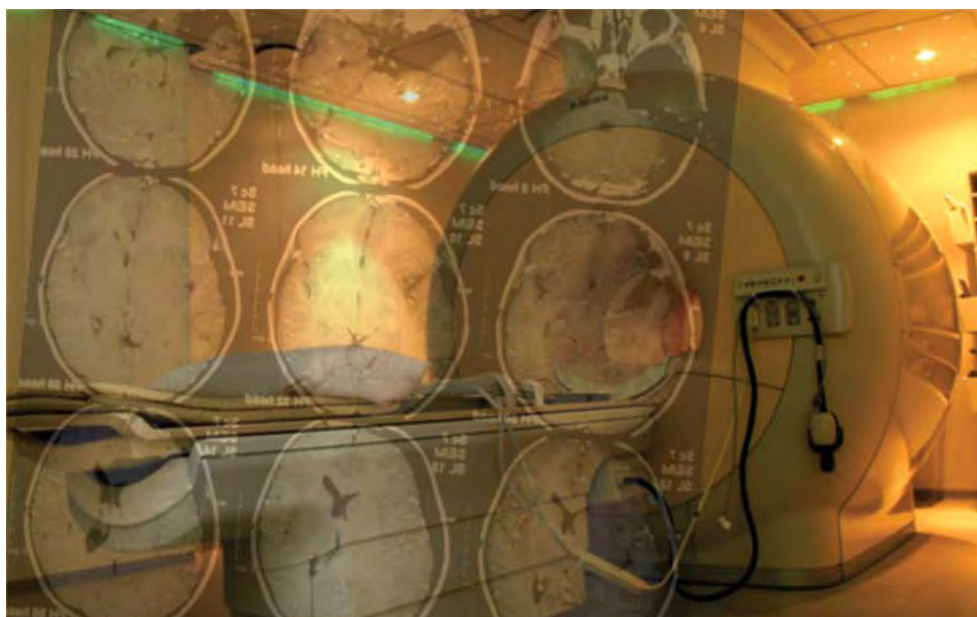
A finalidade de eficiência microeconômica traduz-se na otimização do uso dos recursos disponíveis nos estabelecimentos de saúde, evitando sobrecarregar ou subutilizar serviços de saúde em razão da demanda espontânea. Naturalmente essa finalidade também tem reflexos macro na racionalização e contenção dos gastos públicos, em especial nos níveis subnacionais de governo.

O princípio da universalidade é entendido como igualdade de direito ao acesso às ações e servi-

ços de saúde sem barreiras a todas as pessoas. No Brasil, onde existe grande desigualdade social, a efetivação do princípio da universalidade exige a explicitação do princípio da equidade. A equidade nos serviços de saúde requer que “não haja diferenças nos serviços onde as necessidades de saúde são as mesmas (equidade horizontal) ou que serviços reforçados sejam disponibilizados onde as necessidades de saúde sejam maiores” (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 3). Assim, a equidade em saúde é entendida como o reconhecimento das diferenças regionais, grupais e individuais nas necessidades de saúde e o correspondente desenvolvimento de ações para atendê-las, reduzindo a exclusão e beneficiando, prioritariamente, aqueles que possuem piores condições de saúde.

A integralidade é um dos princípios éticos do SUS e deve ser perseguida mediante a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, necessários à efetiva melhoria dos níveis de saúde da população (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

Entre os critérios para avaliação da dimensão da integralidade, Giovanella *et al.* (2002) destacam os seguintes: 1) funcionamento de centrais de marcação de consultas e de exames especializados e de centrais de internação, 2) protocolos de atenção para doenças/agravos específicos, 3) medidas de garantia da contrarreferência, 4) controle de fluxo de pacientes para outros



municípios, 5) monitoramento de filas de espera e mecanismos para sua redução. Os autores argumentam que a existência da central de regulação é um indicador da tentativa de organizar o sistema de saúde e de garantir acesso aos diversos níveis de complexidade da atenção. A operacionalização da regulação é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Os complexos reguladores são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação (BRASIL, 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, na regulação do acesso pelas centrais de regulação, restringe-se o direito de escolha do usuário e em troca lhe é oferecida a promessa de garantia de acesso. No entanto, para alguns gestores, corre-se o risco de que a regulação assistencial transforme-se em apenas mais um mecanismo de racionalização do uso de recursos disponíveis em lugar de contribuir para efetivar os princípios da integralidade e da equidade (IBANHES *et al.*, 2007).

### **REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO DISTRITO FEDERAL**

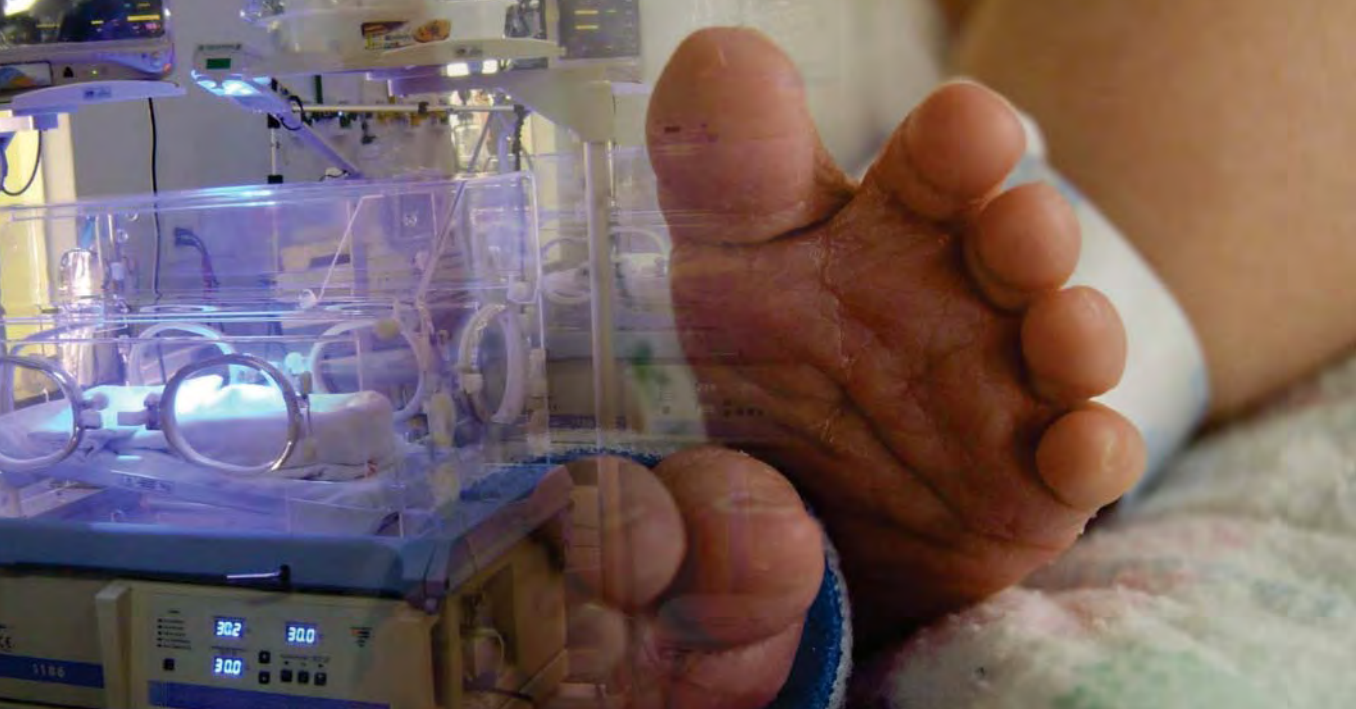
O sistema de saúde do DF encontra-se em contexto peculiar. O DF tem atribuições e competências tributárias simultâneas de estado e de município (BRASIL, 2004a), o que aumenta suas responsabilidades na prestação de serviço, mas igualmente aumenta seu poder de arrecadação. Do lado da receita, o DF ainda 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 não moradores, principalmente provenientes dos 22 municípios médios e pequenos

dos estados de Goiás e Minas Gerais, que formam a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). Esse fluxo adicional de usuários corresponde a cerca de 16% na internação hospitalar e a 20% no atendimento em ambulatorio e na emergência (PIRES *et al.*, 2010). Deve-se levar em conta também que 21,9% da população do DF são cobertos por planos de saúde suplementar (ANS, 2009). Em 2009, o DF contava com cerca de 2,6 milhões de habitantes (IBGE, 2009).

Quanto à oferta de serviços públicos de saúde, a situação do DF é considerada razoável no contexto do país (PIRES *et al.*, 2010). No que se refere às UTIs, no DF há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria. Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados. O Ministério da Saúde estima que há necessidade de 4% a 10% do total de leitos hospitalares serem de UTI (BRASIL, 2002c). Por sua vez, a necessidade de leitos hospitalares seria de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes. Assim, considerando a necessidade mínima de leitos hospitalares para 2,6 milhões de habitantes, o número de leitos de UTI dis-

No DF, há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria. Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados





poníveis para o SUS no DF seria equivalente a 5,2% dos leitos hospitalares, o que atende ao parâmetro do Ministério.

Os primeiros movimentos em direção à implantação da regulação assistencial no DF de forma sistematizada começaram em 2004, com a criação do Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA) (DF, 2004). O GTRA integrava a estrutura da Diretoria de Controle e Avaliação de Sistemas de Saúde (DF, 2007). O grupo revisou contratos e convênios, definiu fluxos e contrafluxos, estimou demanda reprimida por especialidade.

Em 2007, foi criada a Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da Secretaria de Estado de Saúde (SES). A DIREG tem três gerências de regulação: a da Atenção Ambulatorial (GERA), a da Internação Hospitalar (GERIH) e a de Alta Complexidade Interestadual (GERAC) (DF, 2007a).

O complexo regulador do DF é composto pelas centrais de Regulação da Internação Hospitalar (CRIH) e de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), e pela Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) (DF, 2009). Esta última não funciona efetivamente.

Na origem da implantação da regulação assistencial no DF havia a constatação da existência de problemas na rede de saúde distrital, diretamente relacionados com o acesso aos serviços. Entre os problemas, Camargos et al. (2006) citam a dificuldade de acesso à alta complexidade, a existência de longas filas de espera, a falta de priorização do acesso segundo a necessidade (DF, 2005). Os autores mencionam ainda a falta de controle do gestor distrital sobre a capacidade instalada e o total domínio dos profissionais de saúde sobre suas agendas. Além dessas, é possível identificar as seguintes motivações da SES para implantar a regulação: adequar a oferta de serviços aos parâmetros populacionais de prestação, ampliar o acesso, estruturar a rede hierarquizada e regionalizada, resgatar a resolutividade da atenção básica como nível inicial do sistema de saúde, promover a integralidade na atenção à saúde (DF, 2005, 2006c, 2009). Após iniciativas de regulação de alguns exames e consultas, em agosto de 2006 foi criada a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) (DF, 2006b). A CRIH é o principal operador do sistema de RIUTI, constituindo-se em unidade organizacional da administração direta, que atua de forma alinhada com os obje-

tivos governamentais, sob controle hierárquico. Foram incluídos na regulação os leitos de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto dos hospitais da rede própria, conveniada e contratada do DF. Foi determinado que caberia ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) o transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitassem de internação em UTI. Ato contínuo, a SES publicou diretrizes para admissão e alta em terapia intensiva, o que caracterizou a aprovação do primeiro protocolo clínico e de regulação desta área no DF (DF, 2006a).

A maior parte da equipe de profissionais que trabalha na CRIH atua em regime de hora extra, com lotação normal em diversas unidades assistenciais. Dessa forma, o quadro varia muito em número, bem como em horas de trabalho individuais disponibilizadas para a regulação. Em média, a equipe de regulação de leitos de UTI é composta de 31 médicos reguladores, 12 a 15 enfermeiros controladores, 10 médicos supervisores e 10 enfermeiros analisadores. Equipes de dois médicos reguladores e um enfermeiro controlador se revezam em três turnos, nas 24 horas do dia.

Na RIUTI é usado módulo de sistema WEB para gerenciar o serviço, desenvolvido por empresa prestadora de serviços de informática para a SES/DF, chamado TrakCare™. O processo regulatório de internação em UTI se inicia com a inserção da solicitação médica de internação no sistema pela unidade solicitante, incluindo laudo técnico, que deve demonstrar a urgência da internação. O médico regulador classifica a solicitação por prioridade, segundo o risco (DF, 2006a). Simultaneamente, o enfermeiro controlador busca a vaga no sistema. Encontrada a vaga, o médico regulador identifica o médico que receberá o paciente e lhe repassa informações sobre as condições deste. O médico regulador comunica a alocação de vaga para a unidade solicitante, que chama o SAMU para realizar o transporte.

O processo está desenhado para funcionar por

meio do software, mas, na prática, há contatos telefônicos frequentes para completar informações do laudo técnico, informar a unidade executante sobre o encaminhamento do paciente e a unidade solicitante sobre a autorização da internação.

Apesar de o Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b) orientar que o escopo da CRIH devem ser os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros, o DF, demais unidades da federação e municípios têm autonomia para organizar seus complexos reguladores. Assim, o DF é o único cuja CRIH regula apenas leitos de UTI.

### *FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA*

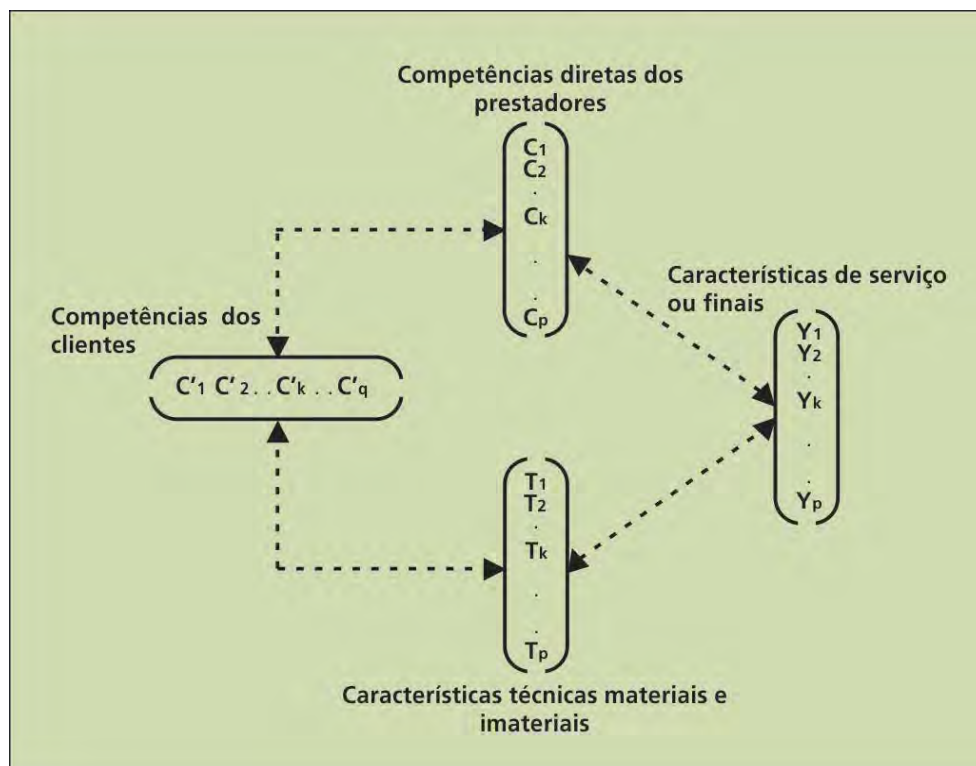
A fundamentação teórica do artigo é a teoria da inovação em serviços, em sua abordagem integradora. Essa abordagem, apesar de não ser específica para o setor com regulação política, vem sendo usada para estudar o setor público, principalmente os serviços de saúde em hospitais (WINDRUM, GARCÍA-GOÑI, 2008). Como o tema do artigo é o processo de inovação no acesso a um serviço público, será adotada a teoria de inovação em serviços que trata o setor público como protagonista do processo, e não apenas como financiador, regulador, consumidor ou produtor de bens e serviços complementares.

Adicionalmente, destaca-se que a teoria de inovação no setor público, com fundamento em escolas de administração pública, vem se fortalecendo a partir de estudos financiados pela União Europeia. Neste contexto, 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”. Essa definição permite caracterizar a regula-

ção assistencial como uma inovação no setor público e justificar o uso da teoria da inovação em serviços para analisá-la. A RIUTI representa a centralização da intermediação entre oferta e procura pelo serviço de internação em UTI, configurando uma nova forma de implementação desse serviço de saúde. Além disso, foi implantada deliberadamente pela SES/DF por meio de normas, tendo em vista o princípio da legalidade que impera no setor público. Essa nova forma de prestar o serviço foi adotada no contexto local do sistema de saúde, que apresenta deficiências comuns ao SUS, mas com especificidades decorrentes da estrutura local, da pressão de demanda proveniente de outros entes federados, pelas condições de financiamento e outros.

A definição de inovação no setor público, associada à concepção de inovação como variação nos vetores de características do serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), será usada neste artigo por permitir melhor operacionalizar a análise do processo de inovação no setor público. Gallouj e Weinstein (1997) estenderam e aperfeiçoaram um modelo anterior de cunho técnico (SAVIOTTI; METCALFE, 1984 *apud* GALLOUJ, 2002, p. 30), com base em seus estudos sobre inovação em serviços. Assim, no modelo desses autores, o produto do serviço é representado pelos vetores [C] de competências dos prestadores, [T] de competências técnicas tangíveis e intangíveis, [C'] de competências dos clientes e [Y] de características finais do produto, percebidas diretamente pelo cliente.

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



Fonte: Vargas (2006, p. 68).



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. O desenvolvimento do modelo sob uma perspectiva evolucionária permite definir a inovação em termos de variações nos componentes dos vetores de características. Essas variações definem seis modos segundo os quais ocorre o processo de inovação (GALLOUJ, 2002). 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 das características do produto [Y], por meio de aperfeiçoamentos de componentes do vetor de competências diretas dos prestadores ou de características técnicas. 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, o que provoca mudanças nas características do serviço.

## MÉTODO

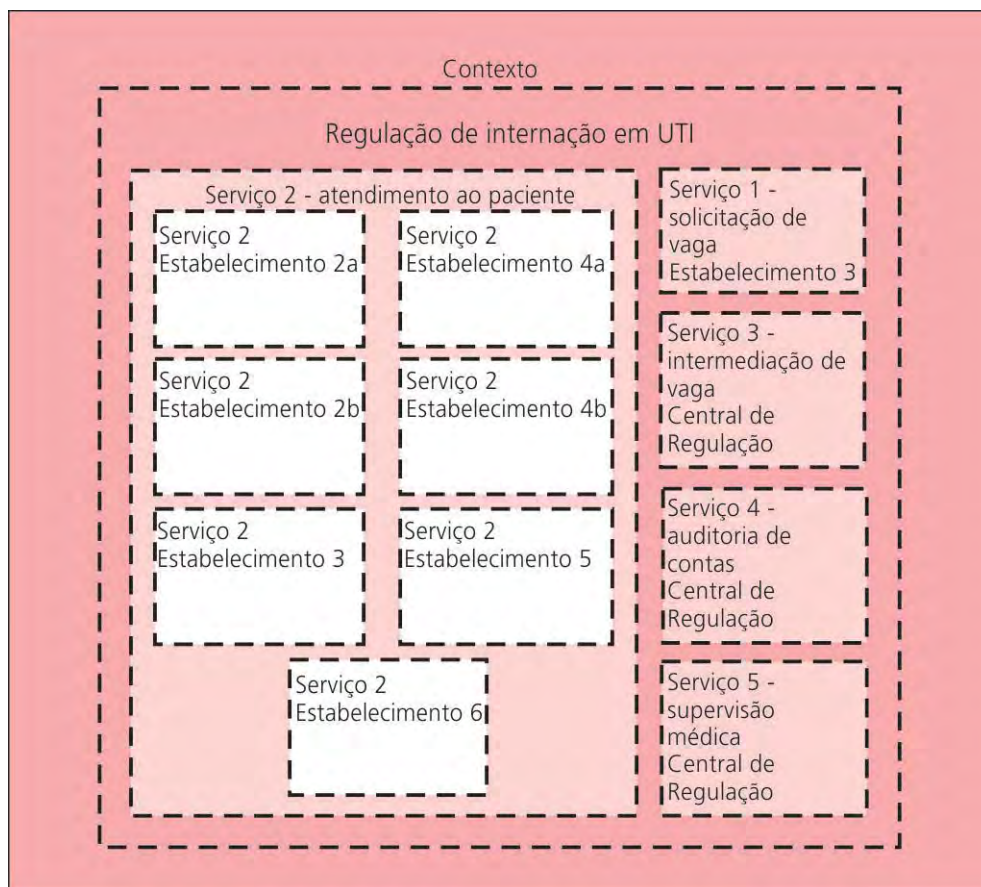
Esta pesquisa está registrada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), tendo sido aprovada pelo Parecer Complementar CEP/FS-UnB no 117/10, de 5/10/2010.

A pesquisa realizada é descritiva e qualitativa e tem caráter exploratório. Abrangeu entrevistas com 35 atores, entre especialistas (Esp) da SES/DF, médicos assistentes (Med), médicos reguladores e supervisores, enfermeiros controladores e analisadores (Reg), enfermeiros assistentes (Enf), administradores e funcionários administrativos de estabelecimentos de saúde (Adm). Além da Central de Regulação, dados foram coletados em três estabelecimentos de saúde públicos e três privados, perfazendo sete UTIs, sobre a dinâmica do processo, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas. As quinze horas e dezessete minutos de áudio das entrevistas foram transcritas em 300 páginas de texto e analisadas por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2009), assistida pelo software Atlas TI 5.0. A análise identificou 618 menções, assinaladas por 38 códigos. A regra de enumeração das unidades de registro foi a da presença ou ausência. Dúvidas sobre a codificação de temas ou mesmo sobre a sua categorização foram dirimidas pela observação do contexto no qual a fala se inseria e da ênfase aplicada pelo entrevistado.

O método de pesquisa foi o estudo de caso único integrado (YIN, 2010). Trata-se de desenho no qual existe um caso único (a RIUTI), mas há múltiplas unidades de análise (os serviços elementares constitutivos). O desenho do projeto de pesquisa inclui a intenção de analisar o caso em relação às condições contextuais. As linhas pontilhadas indicam que os limites entre os casos integrados e entre os casos e o contexto não são rígidos (Figura 2).



**Figura 2 – Tipo do projeto de estudo de caso – caso único integrado**



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

Para operacionalizar um plano de análise que abrangesse a multiplicidade de funções observadas e que pudesse ser combinado com a representação vetorial do serviço (Figura 1), que é o modelo conceitual adotado, foi usada a noção de que o serviço pode ser decomposto em diferentes serviços elementares ( $S_{ij}$ ) (Figura 2). Nessa notação,  $i$  representa o serviço e  $j$  representa o estabelecimento onde o serviço  $i$  é prestado, quando há mais de um estabelecimento que o presta (DJELLAL; GALLOUJ, 2005). Cada um dos serviços elementares constituintes da RIUTI ( $S_i$ ) 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 ( $S_1$ ) é realizada no hospital solicitante pelo médico que assiste o paciente. O processo regulatório de internação em UTI se inicia com a inserção no TrakCare da solicitação de internação pela unidade solicitante. A intermediação de vaga ( $S_2$ ) 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. 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 ( $S_3$ ) 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 ( $S_4$ ) é serviço administrativo prestado pela Central de Regulação à SES/DF, por meio de enfermeiros analisadores. A SES precisa ter garantia de que os valores apresentados pelos hospitais contratados são efetivamente devidos. A supervisão médica ( $S_5$ ) 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

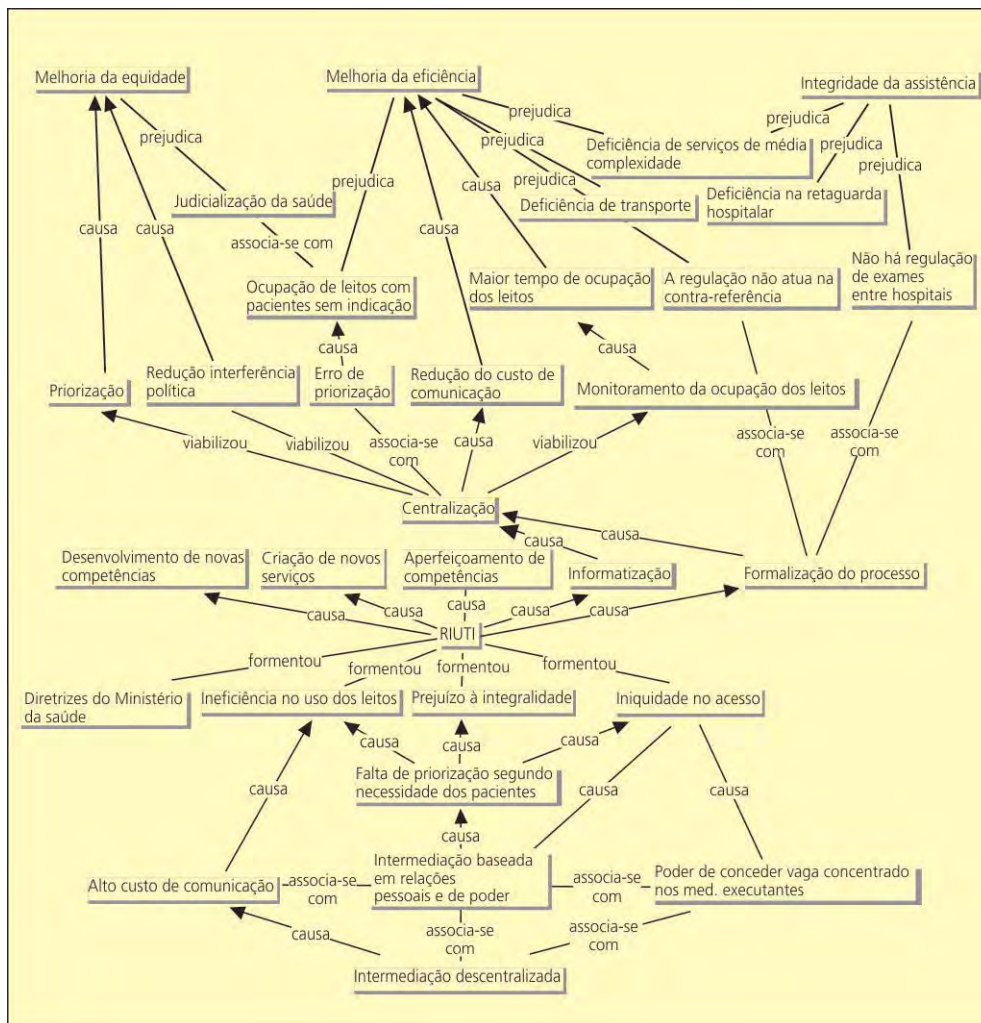
os hospitais privados são corretos e justificam a despesa incorrida.

### *A EFETIVAÇÃO DA RIUTI NO DF*

Nesta seção, resultados da pesquisa são apresentados e discutidos em confronto com a abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, considerando o estudo de caso único integrado, representado pela RIUTI no DF. 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 em cada uma das três dimensões identificadas, nem sempre no sentido de aperfeiçoamento, conforme retratado na Figura 3.

A figura resume a interpretação do pesquisador sobre o entendimento dos entrevistados acerca do processo de inovação em RIUTI. Os resultados são apresentados em síntese que une os muitos elementos das falas dos entrevistados e que explica a Figura 3 como um modelo empírico da origem, implantação e efeitos da RIUTI no DF. A intermediação entre demanda dos pacientes e 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 para os envolvidos em termos de tempo gasto com a comunicação e interferências políticas e de relações pessoais.

Figura 3 – O processo de inovação em RIUTI no DF



Fonte: Elaborado pelo autor, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

As relações de poder tinham interferência na alocação de vagas, no lugar de critérios de priorização segundo a necessidade do paciente<sup>1</sup>.

[...] tinha um paciente na emergência precisando de vaga em UTI e lá no próprio hospital não tinha vaga. O médico plantonista

ou, às vezes, até o enfermeiro, não sei, por causa da unidade funciona diferente, saía ligando, saía não, ligava em várias outras UTI pedindo vaga, entendeu? O negócio não era centralizado [...]. (Enf2, Estab2)

A RIUTI permitiu reduzir o custo de comuni-

1 Todas as falas dos entrevistados foram transcritas literalmente, sem qualquer tipo de correção.



cação e a interferência política por meio da centralização, viabilizada pela informatização, a qual também aumentou a transparência das informações.

Com a implementação da regulação, hoje a gente, o médico preenche o formulário, a gente entra na, no sistema, digita, automaticamente ele já cai na, na lista de espera, a gente imprime a folha, grampeia junto com o prontuário do paciente [...]. (Enf1, Estab1, sobre a centralização e informatização.)

Então eu acho que o gran..., a grande vantagem da, foi de tirar, né?, mais da mão de profissionais, de políticos esse poder de decidir, né?, quem interna. [...] Um diretor, um outro médico, um político, né?, pedia a vaga e o pessoal passava na frente. Hoje isso não acontece porque tá regulada, todo mundo sabe, né? Se acontece isso, né? (Med3, Estab2)

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. Essas questões sobre poder e responsabilidade foram abordadas principalmente por profissionais de estabelecimentos públicos, pois nos privados a relação com a regulação é contratual e não há padrão de comparação entre períodos de intermediação de vagas antes e depois da regulação.

E aí a coisa, tá bom, cê tá mandando, né? Manda quem pode, obedece quem tem juízo, manda, tudo bem, né? Então, assim, é, te tira um bocado da autonomia enquanto intensivista, a Central de Regulação tirou naquele momento a autonomia da gente. (Med2)

Pra esse servidor, a criação da central tirou um peso das costas, porque informa a central e a central sabe onde tem leito, então pra, o benefício da central em relação ao serviço, em relação aos, aos servidores na verdade, foi compartilhar, foi se solidarizar, se solidarizar com, com essa questão de não conseguir leito. (Esp5)

Tema recorrente nas entrevistas foi o aperfeiçoamento de competências diretas dos prestadores, que afetaram o serviço de atendimento ao paciente. Esse aperfeiçoamento ocorreu como resposta a mudanças no perfil dos pacientes, conforme relatado pelos prestadores assistentes. A mudança foi mais intensa nos serviços prestados nos hospitais privados e nas UTIs adulto, mas houve relatos em todos os estabelecimentos executantes. Os pacientes passaram a ser mais graves ou acometidos de doenças crônicas ou de casos clínicos diferentes dos que eram recebidos anteriormente.

[...] a gente tem 12 pacientes do SUS, dos 14 leitos, e eles são todos muito graves, então isso mobiliza sempre treinamentos com a enfermagem, com os próprios colegas [...]. (Med6)

No DF há forte judicialização da internação em UTI. Entre os diversos conflitos que essa situação provoca está a questão de qual tabela usar para pagar as internações realizadas por força de mandado judicial. Isso provocou uma crise entre a SES/DF e os hospitais privados porque, em dezembro de 2010, os pagamentos das internações por mandado estavam atrasados há mais de um ano, mesmo para hospitais que cobram pela tabela SUS. As internações de pacientes regulados são pagas pela SES/DF segundo o prazo contratual de 90 dias. Assim, alguns estabelecimentos privados perceberam na contratação a possibilidade de ocupar seus leitos com pacientes regulados. Isso evitaria



No DF há forte judicialização da internação em UTI. Entre os diversos conflitos que essa situação provoca está a questão de qual tabela usar para pagar as internações realizadas por força de mandado judicial

o recebimento dos pacientes não regulados (internados por mandado) e, por conseguinte, evitaria incorrer em despesas de difícil recuperação (Adm7).

[...] quando eu comunico pra Central de Regulação que é um paciente regulado eles me mandam uma liminar, mas a liminar não paga há muito tempo, então, pro hospital é absolutamente desvantajoso. [...] Então, mesmo sendo da fundação, de alta complexidade, isso do ponto de vista do sistema privado, isso pode ser compensador, digo pode ser, se pagarem. (Med6, Estab5)

Também em função do aumento de demanda, a entrada dos estabelecimentos privados na RIUTI provocou mudanças na organização do serviço de auditoria de contas e a contratação de pessoal adicional nesses hospitais. Essa situ-

ação caracteriza a forma de inovação como de melhoria. Do lado da Central de Regulação, a criação da auditoria de contas foi uma inovação radical, mas os enfermeiros entrevistados que passaram a atuar como analisadores já tinham experiência como auditores no setor de saúde complementar:

Tivemos que se org..., se, se organizar melhor, de dividir o serviço, que o serviço aumentou, né? Como eu já te falei no começo com as contas, que eu fecho parciais a cada 15 dias, mas só posso mandar quando o paciente tem alta. Isso... isso, então isso dá, dá um certo desconforto, o trabalho aumentou. Aumentou muito o serviço, enfim. (Adm1, Estab4)

Não foi identificado processo significativo de desenvolvimento de novas competências no serviço de intermediação. Os médicos reguladores não mencionaram o desenvolvimento de competências para operação do sistema. Um dos controladores já tinha treinamento em informática em outro emprego e outro disse que aprendeu rapidamente a operar o sistema em serviço: “Eu fui aprendendo no dia a dia, eu não tive treinamento nenhum, tá?” (Reg6). A análise documental demonstra que os serviços de atendimento ao paciente e de solicitação de vaga passaram por um processo de codificação e formalização de procedimentos. A sistematização dos procedimentos padronizou e tornou mais transparentes os critérios de admissão e alta, bem como os procedimentos de solicitação e cessão de vagas em UTI. Isso caracteriza o modo de inovação por formalização nos serviços de atendimento ao paciente e de solicitação de vaga. Os procedimentos da regulação às vezes não são identificados como protocolos, mas como normas burocráticas ou obrigações contratuais (no caso dos estabelecimentos contratados). A edição dos protocolos também caracteriza um processo de inovação

por formalização no serviço de intermediação de vaga. Os prestadores do serviço de intermediação de vaga são os que mais aplicam os protocolos e demonstram maior conhecimento sobre eles.

Ele segue rotina, tem um protocolo do Ministério da Saúde, protocolo da Secretaria, discute o caso com o médico, porque aí ele prioriza a gravidade, prioriza o paciente, ou seja, estabelece uma gravidade, o quê que ele precisa, o médico informa o quê que ele precisa pro tratamento e ali você, então você classifica o doente em prioridade um, dois ou três. (Reg1)

A principal questão em eficiência é fazer os recursos renderem o máximo possível, o que se traduz, por exemplo, em minimizar o tempo de ociosidade dos leitos. Houve menção ao alcance desse objetivo tanto por assistentes quanto por reguladores. No primeiro caso, a menção foi feita por entrevistado do estabelecimento 2a, o qual representa uma situação peculiar porque era uma UTI especializada que passou a UTI geral. Os demais estabelecimentos públicos não relataram ociosidade anterior de vagas, mas a pressão da RIUTI para manter os dados de oferta de leitos atualizados e sua insistência para realizar a internação assim que o leito é liberado, o que também contribui para a redução do tempo durante o qual o leito fica vago:

[...] passa a haver uma melhor, a melhor utilização. Por quê? Quando não existia a regulação, o paciente morria duas horas da manhã e esse leito só vai tá..., você tinha que sair procurando, ligando pra todos os hospitais pra ver se tinha vaga de UTI. Hoje não, hoje é informatizado, quando o paciente, tira o doente do leito ou ele morreu, automaticamente aparece aqui a vaga [...]. (Reg1)

Um dos fatores que contribuíram para o melhor uso dos leitos foi o avanço na organização do sistema. O uso da regulação como ferramenta de gestão também favorece o ganho de eficiência, pois aperfeiçoa o processo, mediante mapeamento da oferta em tempo real, priorização e direcionamento da demanda:

Quantos pacientes eu tenho na lista? (?)  
quantos pacientes eu tinha na lista (de espera)? Eu num sabia. [...] (a regulação) é uma ferramenta de gestão que permita pra você desafogar, "Ó, eu vou direcionar pra cá, pra ali [...]. (Reg1)

Apesar desses ganhos, a regulação tornou mais evidentes problemas que ainda contribuem para a redução da eficiência do sistema. Em primeiro lugar, o uso dos leitos poderia ser melhorado caso houvesse regulação da contrarreferência, porque pacientes em alta médica da UTI poderiam ser transferidos para serviços de menor complexidade e custo para continuar o tratamento, liberando leitos de UTI.

E os leitos já são poucos e ficam bloqueados por um paciente de alta, então precisa ser melhorado. (Med3, Estab2)

Então, o paciente tá há um mês ocupando uma vaga de gente que tá morrendo lá fora. Então, isso é um, só, o nosso problema com a regulação é esse, alta médica. (Adm4, Estab5)

A garantia da contrarreferência é um dos critérios de avaliação da integralidade (GIOVANELLA et al., 2002), isto é, do atendimento ao paciente por todos os diferentes níveis de complexidade. Houve relatos de pacientes que foram mandados para casa porque não conseguiam vaga em enfermarias para continuarem o tratamento, apesar de estarem em alta da UTI.



A gente já teve um paciente aqui que médico mandou ele pra casa, o paciente tava estável já, tava bem, tava tranquilo, já tava ficando super estressado aqui dentro da UTI porque ele olhava prum lado, olhava pro outro, via todo mundo entubado [...] Todo santo dia eles ligavam e a gente falava que o paciente tava de alta e eles nunca conseguiram enfermaria para esse paciente. (Enf5, Estab4)

A segunda situação que diminui a eficiência do sistema pela ocupação desnecessária de leitos de UTI é a deficiência de serviços de menor complexidade que poderiam receber pacientes crônicos. Dependendo do caso, esses pacientes poderiam ser encaminhados para unidades de atenção intermediária em enfermarias, para hospitais de apoio ou até mesmo para casa, por meio da criação do serviço conhecido como home care. Não se trata de um efeito negativo da regulação, mas de maior transparência sobre essa deficiência, proporcionada pela regulação. O problema é agravado pelos efeitos da judicialização da internação em UTI, o que faz com que parte dos pacientes internados não tenha indicação, em desacordo com os protocolos de regulação:

Só que desses (leitos), seis são ocupados por pacientes crônicos, pacientes dependentes de tecnologia, não são pacientes de UTI, mas como num existe na Secretaria um local adequado pra esses pacientes e há, também, uma resistência muito grande

pelas equipes de saúde de uma forma geral em aceitarem esses pacientes, eles ficam na UTI. Esse é o grande problema da Secretaria de Saúde, de leitos de UTI, se tirassem esses pacientes a gente teria muito mais leitos [...]. (Med3, Estab2b)

O terceiro fator citado como prejudicial à eficiência da RIUTI é a demora excessiva para o transporte dos pacientes. A demora aumenta o tempo de ociosidade do leito e pode piorar a condição de saúde do paciente ou prejudicar sua recuperação. O problema de transporte afeta também a realização de exames fora do hospital de internação, o que prejudica a integralidade do atendimento em saúde do paciente internado em UTI:

Agora, pela deficiência de equipes e de ambulâncias é um fator, também, negativo, é a demora do SAMU pra trazer esses pacientes, demora muito. Tem pacientes que demoram 6, 12 horas pra chegar na UTI, do pedido da vaga até ocorrer a remoção. (Med3, Estab2)

Considerando os resultados apresentados, observa-se que o modelo visto na Figura 3 faz uma conexão entre a análise do processo de inovação na RIUTI no DF e a política de saúde local, representada por fatores que estavam na origem ou motivação da implantação da RIUTI e posteriormente nos seus resultados para o sistema de saúde.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nesta seção, retomam-se os objetivos da pesquisa, reflete-se sobre suas contribuições teóricas e práticas, bem como se formulam recomendações para investigações adicionais sobre o tema.

O objetivo geral da pesquisa foi descrever os processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da RIUTI no DF nos serviços que a constituem. Para alcançá-lo, foram descritos os processos de inovação nos diferentes serviços constitutivos da RIUTI. Assim, foi possível identificar inovações nos serviços elementares que compõem a RIUTI, bem como seus efeitos sobre esse serviço de assistência à saúde.

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 inovações 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, em razão da falta de garantia da contrarreferência e da deficiência da oferta de serviços de média complexidade. Para os gestores, esta pesquisa oferece uma descrição da percepção dos agentes envolvidos na regulação, tanto nos serviços de atendimento direto ao cidadão quanto nos serviços de suporte, nas esferas privada e pública. Apesar de não ter sido objetivo específico da pesquisa, há relatos sobre a qualidade dos diferentes serviços, bem como sobre obstáculos estruturais e de gestão à perseguição dos objetivos doutrinários do SUS. Os gestores podem usar esta pesquisa como subsídio ao processo de tomada de decisão sobre quais providências são urgentes e podem causar maior impacto sobre a qualidade da prestação de serviço. Claramente, a deficiência no sistema de contrarreferência impede avanços na integralidade da assistência, como alertado por Giovanella et al. (2002). Há indicações de que a solução ou redução do problema passa pelo aprofundamento do processo de regulação para os demais procedimentos ambulatoriais e hospitalares, pelo aperfeiçoamento do sistema de transporte, pela expansão da produção e da estrutura dos serviços de média complexidade. 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 os fatores que modulam a velocidade e a profundidade do processo de inovação em regulação assistencial no DF – se financeiros, se políticos, se 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).

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).



## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Cademo de Informação da Saúde Suplementar*: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2009.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas, TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dinio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, vol.13, n.1, p.15-24, 2004.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. *Lei nº 10.633, de 27 de dezembro de 2002*. Institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal. Brasília, 2002b.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *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.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Brasília, 2002c.
- CAMARGOS, C.N.; PRADO, C.C.L.; ASSIS, W.F.; MERÇON, J.R. Regulação assistencial e a sociedade do conhecimento: o caso do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, p. 303-308, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Regulação em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília, 2007.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil). *Decreto nº 28.011, de 30 de maio de 2007*. Reestrutura a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://sileg.sga.df.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 28 fev. 2010.
- \_\_\_\_\_. *Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal*. Brasília, 2007b. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_df.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2010.
- DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. *Cartilha de Regulação Assistencial*. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 1, de 16 de fevereiro de 2006*. Institui a regulação em oftalmologia. Brasília, 2006c. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD\\_CHAVE=8548](http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8548)>. Acesso em: 13 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 6, de 12 de setembro de 2005*. Institui a regulação em dermatologia. Brasília, 2005. Disponível em: <[www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20servico%20n%06.pdf](http://www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20servico%20n%06.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2010.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 41, de 30 de agosto de 2006*. Cria a Central de Regulação de Internação Hospitalar na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2006b.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 42, de 31 de agosto de 2006*. Aprova as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF. Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 189, de 7 de outubro de 2009*. Implantação do Complexo Regulador no Distrito Federal. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default\\_ctd.cfm](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default_ctd.cfm)>. Acesso em: 21 abr. 2010.
- DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, n. 34, p. 817-835, 2005.
- FERREIRA, Ana S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, Lisboa, n. 39, v. 171, p. 313-337, 2004.
- GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: Salerno, M.S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac São Paulo, 2001.
- GALLOUJ, Faiz. *Innovation in the Service Economy: the new wealth of nations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2002.
- GALLOUJ, Faiz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. *Research Policy*, n. 26, p. 537-556, 1997.
- GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- IBANHES, Lauro C.; HEIMANN, Luisa S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, Roberta C.; PESSOTO, Umberto C.;

- CORTIZO, Carlos T.; CASTRO, Iracema E. N.; ROCHA, Jucilene L.; KAYANO, Jorge; LUIZ, Olinda C.; BARBOZA, Renato; TELES JR., Emilio. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 3, p. 575-584, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estimativas de População para 1º de julho de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 14 ago. 2009.
- KOCH, P.; HAUKNES, J. **Innovation in the Public Sector**. Public Report n. D20. Oslo: NIFU STEP, 2005.
- MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. **International Journal for Equity in Health**, Baltimore, v.1, n.1, 2002.
- 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**, Curitiba, n. 14, v. 2, p. 346-352, 2009.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **Manual de Oslo**. 3. ed. Brasília: FINEP, 2005.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, 2010, vol.15, supl.1, p. 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, J. S.; 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], São Paulo, v.23, supl.1, p. 133-142, 2008.
- VARGAS, E. R. **A Dinâmica da Inovação em Serviços**: O Caso dos Serviços Hospitalares no Brasil e na França. Tese (Doutorado em Administração), 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.