

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência
da Informação e Documentação – FACE
Programa de Pós-Graduação em Administração
Curso de Mestrado Acadêmico

Dagomar Henriques Lima

Inovação na regulação de internação em UTI no DF: o processo e seus
efeitos sobre os serviços

Brasília
2011

DAGOMAR HENRIQUES LIMA

Inovação na regulação de internação em UTI no DF: o processo e seus efeitos sobre os serviços

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Raupp de Vargas

Brasília
2010

Lima, Dagomar Henriques

Inovação na regulação de internação em UTI no DF: o processo e seus efeitos sobre os serviços / Dagomar Henriques Lima. – Brasília, 2011.

187 f. : il. ; 29cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (Face), Programa de Pós-Graduação em Administração, 2011

1. Inovação no Setor Público. 2. Inovação em Serviços. 3. Regulação de Internação em UTI. I. Título

DAGOMAR HENRIQUES LIMA

Inovação na regulação de internação em UTI no DF: o processo e seus efeitos sobre os serviços

Esta dissertação de mestrado foi aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Raupp de Vargas
Universidade de Brasília - PPGA
Presidente

Prof^a Dr^a Janann Joslin Medeiros
Universidade de Brasília - PPGA

Prof^a Dr^a Ana Maria Malik
Fundação Getúlio Vargas - EAESP

Brasília, junho de 2011.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Eduardo Raupp de Vargas por aceitar orientar esta dissertação, mesmo em meio a demandas da chefia de departamento e dos muitos apelos por atenção de orientandos e colegas de pesquisa.

Às Professoras Dr^{as}. Andréa de Oliveira Gonçalves e Ana Maria Malik pela gentil aceitação ao convite de participar da banca examinadora.

À Professora Dra. Janann Joslin Medeiros pelo exemplo de dedicação, disciplina e respeito a todos, por abrir meus olhos para as exigências da análise e do método e por ter aceitado participar da banca examinadora da dissertação.

À amiga, colega de trabalho e do PPGA Maria Lúcia de Oliveira Feliciano de Lima, com quem compartilhei as alegrias do aprendizado nas diversas disciplinas que cursamos juntos, que estava sempre disposta a ouvir meus relatos sobre os mais recentes avanços e obstáculos desta pesquisa e que revisou o texto final da dissertação.

Ao colega do PPGA Paulo Henrique Ramos Medeiros e à Dr^a. Leila Bernarda Donato Gottens, respectivamente, pelas orientações sobre análise de conteúdo e sobre o sistema de saúde no Distrito Federal.

Aos meus chefes Carlos Alberto Sampaio de Freitas e Glória Maria Merola da Costa Bastos pelo interesse demonstrado e pelo apoio durante a realização do mestrado.

À Luciana Fernandes Emery, do Núcleo de Acompanhamento e Contratualização, pela urbanidade, educação e atenção no relacionamento, que apagaram os dissabores dos atritos eventuais.

À Dalvina Benício do Nascimento, funcionária do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, que, com seu sorriso e empatia, torna menos insanas as exigências burocráticas de carimbos, papéis timbrados, vias originais duplas e outras.

Ao Claydson Maia, funcionário do Programa de Pós-Graduação em Administração da UnB, sempre se esforçando para informar e para destravar os processos.

Aos entrevistados, cujas identidades estão protegidas pelo sigilo, pela doação de tempo e pela paciência com minhas perguntas.

À minha família pela compreensão e apoio durante meu distanciamento do convívio.

RESUMO

O objetivo desta dissertação é descrever o processo de inovação na regulação de 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 como um feixe de cinco serviços elementares constitutivos. 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 variedade dos processos de inovação nos diferentes serviços e estabelecimentos. O processo de inovação em RIUTI revelou-se radical em razão da criação de três novos serviços no sistema público de saúde do DF. Como consequência e para viabilizar a RIUTI, surgiram processos de inovação incremental, por formalização e de melhoria. As interações entre o vetor de competências dos clientes [C'] e dos 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/usuários 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. Permanecem obstáculos estruturais e de gestão que impedem avanços adicionais na integralidade da atenção em saúde.

Palavras-chave: inovação, serviço, abordagem integradora, teoria da inovação em serviços.

ABSTRACT

The objective of this study is to describe the innovation process developed to enable the access regulation to intensive care units (ARICU) in the Federal District (FD) of Brazil, drawing on the integrative approach of the theory of service innovation. The innovation process has been studied considering the ARICU as a bundle of five elementary constituent services. The modes of innovation, service logic and service operations involved in the ARICU were described in five constituent services in seven ICU and in the Regulation Center. 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. The innovation process in the ARICU has proved to be radical because of the creation of three new services in the public health system of the FD. As a consequence and to enable ARICU emerged incremental, ameliorative and by formalization innovation processes. The interactions between the vector of competence of customers [C'] and the vectors of the direct competences of providers [C] and the vector of technical characteristics [T] of the service product were responsible for the production of incremental and ameliorative innovations. This finding adds evidence on the importance of the role of customers in innovation processes in services. The ARICU follows a logic of required intervention, with weak interactivity through informational service operations. The public sector acted as a protagonist of the innovation process and induced innovations in the private sector. This adds evidence on the importance of including the public sector in models that describe or attempt to explain some local processes of innovation. The conceptual model of the innovation process in ARICU describes significant changes in procedures for accessing the service of ICU. Significant improvements were noted in the equity of access. Structural and management barriers remain and prevent further advances in the integrality of health care.

Keywords: innovation, service, integrative approach, theory of innovation in services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Diretoria de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.	39
Figura 2 – Diagrama das ações do médico regulador no processo de autorização da internação em UTI	43
Figura 3 – Lógicas de serviço.....	49
Figura 4 – Representação geral do produto em termos de vetores de características	53
Figura 5 – Modelo de inovação no setor público: três cenários possíveis	62
Figura 6 – Modelo multiagente de coevolução das características dos serviços, preferências e competências	64
Figura 7 – Tipo do projeto de estudo de caso – caso único integrado.....	75
Figura 8 – O processo de inovação em RIUTI no DF	157

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de análise da RIUTI segundo a teoria da inovação em serviços	78
Quadro 2 – Prestadores e usuários da RIUTI e de seus serviços elementares constitutivos	79
Quadro 3 - Correspondência entre objetivos específicos e procedimentos de coleta de dados	81
Quadro 4 – Casos integrados, segundo tipo da organização, porte, natureza jurídica e data aproximada de implantação da regulação.	82
Quadro 5 – Número de entrevistados, segundo organização onde trabalha e função no processo de regulação.	84
Quadro 6 – Entrevistados, segundo organização para a qual trabalham, cargo ou função, tempo aproximado de trabalho na função, sexo e duração da entrevista.	85
Quadro 7 – Categorias da análise de conteúdo das entrevistas e respectiva fundamentação teórica	93
Quadro 8 – Correspondência entre categorias de análise, códigos e sua descrição	94
Quadro 9 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a mudanças nas competências dos prestadores e dos usuários	98
Quadro 10 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes ao desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	113
Quadro 11 – Descrição da RIUTI, por estabelecimento e serviço elementar constitutivo, considerando as variáveis mudança nas competências diretas dos prestadores [C] e clientes/usuários [C']	123
Quadro 12 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a mudanças nas competências técnicas	124
Quadro 13 – Descrição da RIUTI, por estabelecimento e serviço elementar constitutivo, considerando as variáveis mudança nas competências diretas dos prestadores [C], dos clientes/usuários [C'] e técnicas [T]	131
Quadro 14 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes às variáveis “resultados esperados do processo de inovação em RIUTI” e “mudanças nas características finais do serviço [Y]”	134
Quadro 15 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a variável “obstáculos à implantação da RIUTI”	144
Quadro 16 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes às variáveis “origem da RIUTI” e “propulsores da implantação da RIUTI”	148
Quadro 17 – Mudanças nos vetores de características da RIUTI, por serviço elementar constitutivo e estabelecimento.	151
Quadro 18 – Formas de inovação na RIUTI, por serviço elementar constitutivo e estabelecimento.	152

LISTA DE SIGLAS

APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRAC – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CORA – Coordenação de Organização e Regulação Assistencial
CPPAS – Comissão Permanente dos Protocolos de Atenção à Saúde
CRIH – Central de Regulação de Internação Hospitalar
DIREG – Diretoria de Regulação
DF – Distrito Federal
DRAC – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
GDF – Governo do Distrito Federal
GERA – Gerência de Regulação da Atenção Ambulatorial
GERAC – Gerência de Regulação de Alta Complexidade Interestadual
GERIH – Gerência de Regulação da Internação Hospitalar
GTRA – Grupo Técnico de Regulação Assistencial
HAB – Hospital de Apoio de Brasília
HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal
HRBz – Hospital Regional de Brazlândia
HFA – Hospital das Forças Armadas
HRAN – Hospital Regional da Asa Norte
HRAS – Hospital Regional da Asa Sul
HRC – Hospital Regional de Ceilândia
HRG – Hospital Regional do Gama
HRGu – Hospital Regional do Guará
HRPA – Hospital Regional do Paranoá
HRPI – Hospital Regional de Planaltina
HRS – Hospital Regional de Sobradinho
HRSAM – Hospital Regional de Samambaia
HRSM – Hospital Regional de Santa Maria
HRT – Hospital Regional de Taguatinga

HSVP – Hospital São Vicente de Paulo
HUB – Hospital Universitário de Brasília
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PCR – Protocolos Clínicos e de Regulação
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNR – Política Nacional de Regulação
PPI – Programação Pactuada e Integrada
RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RIUTI – Regulação de Internação em UTI
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SUPRAC – Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle
SUS – Sistema Único de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	PROBLEMA	15
1.2	OBJETIVOS	15
1.2.1	<i>Objetivo Geral</i>	16
1.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	16
1.3	DELIMITAÇÃO DO OBJETO	16
1.4	JUSTIFICATIVA	17
1.5	ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	19
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO	21
2.1.1	<i>Regulação em saúde</i>	21
2.1.2	<i>Regulação assistencial</i>	26
2.1.3	<i>Principais marcos da regulação assistencial no Brasil</i>	30
2.1.4	<i>Operacionalização da regulação assistencial</i>	34
2.1.5	<i>Sistema de saúde do Distrito Federal</i>	37
2.1.6	<i>Regulação assistencial e de internação em UTI no DF</i>	39
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	45
3.1	INOVAÇÃO EM SERVIÇOS	46
3.1.1	<i>Especificidades dos serviços</i>	48
3.1.1.1	A interatividade dos serviços	48
3.1.1.2	A natureza processual e diversificada dos serviços	51
3.1.1.3	A natureza convencional do produto dos serviços	54
3.1.2	<i>Modos de inovação segundo a abordagem integradora</i>	56
3.2	INOVAÇÃO NO SETOR PÚBLICO NA ABORDAGEM DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	58
3.2.1	<i>Modelos de análise da inovação no setor público</i>	61
3.2.1.1	O modelo de Koch e Hauknes (2005)	61
3.2.1.2	O modelo de Windrum e García-Goñi (2008)	63
3.2.2	<i>Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público</i>	65
3.3	DISCUSSÃO DA TEORIA DE INOVAÇÃO APLICADA AO SETOR PÚBLICO	68
4	MÉTODO	72
4.1	MODELO CONCEITUAL	76
4.2	MODELO DE ANÁLISE	77
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	81
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	87
4.5	ANÁLISE DE DADOS	88
4.5.1	<i>Análise de conteúdo</i>	90
4.5.1.1	Pré-análise	91
4.5.1.2	Exploração do material	92
5	RESULTADOS	97
5.1	MUDANÇAS NAS COMPETÊNCIAS DIRETAS DOS PRESTADORES [C] E CLIENTES/USUÁRIOS [C']	98
5.1.1	<i>Inovação radical em serviços constitutivos da RIUTI</i>	100
5.1.2	<i>Inovação incremental e de melhoria em serviço constitutivo da RIUTI</i>	102
5.1.3	<i>Lógicas e operações de serviço</i>	112
5.2	MUDANÇAS NAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS [T]	124
5.3	RESULTADOS DO PROCESSO DE INOVAÇÃO EM RIUTI E MUDANÇAS NAS CARACTERÍSTICAS FINAIS DO SERVIÇO [Y]	133
5.4	OBSTÁCULOS À IMPLANTAÇÃO DA RIUTI	143
5.5	A ORIGEM E OS PROPULSORES DA RIUTI NO DISTRITO FEDERAL	148
6	DISCUSSÃO	151
7	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DE PESQUISA	161

8	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICE A – LEITOS DE UTI NO DISTRITO FEDERAL.....	172
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PRESTADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICOS E PRIVADOS	174
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA – PRESTADORES NA CENTRAL DE REGULAÇÃO	176
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA – ESPECIALISTAS	178
	APÊNDICE E – FREQUÊNCIA DOS CÓDIGOS POR ENTREVISTADO E CATEGORIA DE ANÁLISE	180
	APÊNDICE F – FREQUÊNCIA DOS CÓDIGOS POR SERVIÇO E CATEGORIA DE ANÁLISE	185

1 Introdução

O objetivo desta dissertação é descrever o processo de inovação na regulação de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) no serviço público de saúde do Distrito Federal (DF). A análise do processo é realizada com fundamento na abordagem integradora da teoria de inovação em serviços. Busca-se caracterizar os diferentes serviços que compõem a regulação, bem como descrever os modos de inovação que se desenvolveram, visando implantar a regulação. Além disso, examinam-se efeitos das inovações implementadas sobre os serviços abrangidos pela regulação de internação em UTI (RIUTI) e seus resultados sobre os objetivos declarados do sistema de saúde local.

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 dos serviços, sua variedade e heterogeneidade, mas ainda há amplo campo para desenvolvimento teórico e pesquisa empírica sobre inovação no setor público sob a ótica dos serviços, especialmente sobre seus resultados.

Os estudos sobre inovação têm contribuído para a maior compreensão acerca dos processos de mudança 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. Além disso, o próprio setor de serviços, comercial ou não, é tratado sob enfoque tecnicista e subordinado (GALLOUJ, 2002).

Este caráter parcial dos estudos sobre inovação é tanto mais grave na medida em que a relevância social e econômica do setor de serviços, públicos e privados, na economia torna a investigação de seus processos de inovação mais importante para a compreensão desse fenômeno na sociedade.

Sem dúvida, 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. Não obstante essas limitações, as diretrizes do Manual são usadas em estudos que

tentam medir a inovação e seus impactos no setor de serviços, sem considerar as especificidades destas atividades. Esta dissertação pretende lidar com essas questões com base em marco teórico que reconheça o setor público como protagonista de processo de inovação. No âmbito do tema inovação nos serviços públicos, adota-se perspectiva teórica neo-Schumpeteriana e integradora (GALLOUJ, 2002) de inovação em serviços para pesquisar o processo de inovação na regulação de internação em unidades de terapia intensiva (UTI) no Distrito Federal (DF). O setor saúde é objeto de estudo de diversos trabalhos sobre inovação em serviços, pois nele existem complexidades cuja análise permite compreender melhor os processos de inovação. 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 do acesso ao direito à saúde, o qual é agravado pela falta de priorização do acesso segundo a necessidade de atendimento (SANTOS et al., 2008).

A regulação assistencial, na qual se insere a regulação da internação em UTI, é uma proposta construída no SUS, que visa contribuir para solucionar esse problema (CONASS, 2007). Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. As centrais são estruturas nas quais trabalham diferentes profissionais engajados na viabilização da regulação, tais como operadores da central telefônica para atendimento dos solicitantes, médicos reguladores, que usam protocolos e sistemas de informação para orientar o fluxo de pacientes entre os estabelecimentos de saúde prestadores de serviço, enfermeiros controladores, responsáveis pela identificação da oferta. Todo o processo é registrado e controlado por meio do sistema informatizado de regulação, que, no Distrito Federal, para a regulação de internação em UTI (RIUTI), chama-se InterSystems Trakcare^{TM1}.

A regulação assistencial pode abranger ampla gama de serviços: serviço de internação de urgência em UTI, serviço de internação hospitalar em geral, realização de exames, realização de consultas, atendimento pré-hospitalar por meio do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), fornecimento de medicamentos, entre outros (CONASS, 2007). O DF iniciou a regulação assistencial em 2005 pela regulação de consultas em clínicas especializadas e pelo atendimento de urgência (DF, 2005), em

¹ Na dissertação será usado apenas TrakCareTM, nome pelo qual o software é reconhecido entre os atores da regulação.

razão dos maiores problemas de escassez de oferta enfrentados nessas áreas. A RIUTI começou em 2006 (DF, 2006b).

A pesquisa investigou as relações entre os principais atores envolvidos no processo de inovação na RIUTI, 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.

1.1 Problema

A revisão bibliográfica sobre inovação em serviços indica que há muitos estudos que exploram a diversidade e a especificidade dos serviços. No entanto, também há muito o que investigar sobre os processos de inovação em serviços públicos.

A regulação assistencial é uma iniciativa relativamente nova no Sistema Único de Saúde do Brasil e mais ainda no sistema de Saúde do Distrito Federal, onde sua implantação ocorre de forma bastante gradual. Além disso, a implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como mecanismo racionalizador, mas ainda há discussão sobre sua efetividade na viabilização dos princípios de integralidade e equidade no SUS. Há, portanto, campo para investigar como se desenvolve o processo de inovação em RIUTI no DF, o que pode trazer informação acerca de seus diferentes efeitos sobre as competências, processos e serviços desse setor.

Com base nessas considerações, o problema de pesquisa foi definido nos seguintes termos: Como se desenvolve a dinâmica de inovação nos serviços de saúde que constituem a RIUTI no Distrito Federal ?

1.2 Objetivos

A partir da formulação do problema de pesquisa, define-se o objetivo geral do trabalho, detalhado em objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

Descrever os processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da regulação da internação em UTI no Distrito Federal nos serviços que a constituem.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são os seguintes:

- i) descrever os processos de inovação desenvolvidos nos serviços constitutivos da RIUTI;
- ii) descrever os processos de inovação desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde e na Central de Regulação, que ocorreram no contexto da implantação da regulação da internação em UTI no DF;
- iii) identificar efeitos desses processos sobre as competências diretas dos prestadores, sobre as características técnicas materiais e imateriais do serviço e sobre as características finais do produto;
- iv) identificar contribuições de resultados dos processos de inovação sobre objetivos declarados do sistema de assistência à saúde no DF.

1.3 Delimitação do objeto

A pesquisa sobre inovação nos serviços públicos foi realizada na área de regulação de internação de urgência em unidades de terapia intensiva no Distrito Federal. Abrangeu 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 Distrito Federal (SES/DF).

O problema foi analisado nos níveis do complexo regulatório da SES, na área de RIUTI, e nos estabelecimentos de saúde. Foram analisados os processos de inovação desenvolvidos em serviços constitutivos da RIUTI, e que são prestados nessas organizações.

Encontra-se fora do escopo do trabalho o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) porque, apesar de ser serviço relacionado, com ele não se confunde. No DF, o SAMU precedeu a RIUTI e integra estrutura administrativa fora da Diretoria de Regulação.

A dissertação trata do processo de inovação, que abrange a origem, a implantação e resultados da RIUTI. Não inclui a avaliação da qualidade do serviço de saúde prestado aos usuários nas UTI do DF.

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.

1.4 Justificativa

A pesquisa sobre processos de inovação na RIUTI no DF é justificada pela complexidade, relevância social e econômica do setor público de saúde, bem como pela relativa escassez de estudos de inovação em serviços que têm o setor público como protagonista.

Os estudos sobre inovação são parciais ao se voltar quase exclusivamente para a análise desse fenômeno em firmas com regulação de mercado, em detrimento de seu estudo em organizações que operam em ambiente político. Nesses estudos, o setor público é tratado como criador de arcabouço legal regulatório, como financiador de atividades de inovação ou como consumidor de produtos inovadores gerados pelo setor privado, produtor de bens complementares (como infraestrutura), poucas vezes, no entanto, como protagonista de processos de inovação (KOCH; HAUKNES, 2005; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

A parcialidade dos estudos sobre inovação é mais evidente ao se considerar a relevância social e econômica dos serviços públicos. Por exemplo, no Brasil, em 2008, 21% das ocupações formais eram relacionadas ao serviço público (IPEA, 2009) e a

despesa primária² foi de 33,4% do PIB em 1999 (IBGE, 2006). Por conseguinte, o setor público é segmento significativo da economia e justifica estudos sobre os processos de inovação em seu âmbito.

Além disso, a relevância econômica do setor saúde justifica o estudo dos processos de inovação nessa área. No Brasil, em 2005, as atividades ligadas à saúde geraram 5,3% do valor adicionado na economia, sendo a saúde pública³ responsável por 33,4% desse total. Em 2005, as atividades de saúde respondiam por 4,3% do total do emprego no país, sendo a maior parte deles com vínculo formal, e rendimento anual acima da média (IBGE, 2008).

O setor saúde tem sido objeto reiterado de pesquisas sobre inovação em serviços em razão de apresentar características que possibilitam compreender melhor os processos de inovação (DJELLAL; GALLOUJ, 2005, 2008). A primeira delas é que na prestação do serviço de saúde atuam tanto o poder público quanto o setor privado, segundo diferentes arranjos de incentivos (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Essa configuração multiagente, na qual agem forças políticas e de mercado, oferece oportunidade de realizar estudos que podem identificar novas variáveis que atuam sobre os processos de inovação e novos efeitos desses processos.

Quanto ao objeto da pesquisa, 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. Entre os problemas que motivaram a inclusão da regulação assistencial na agenda do SUS estão: descompasso entre as necessidades dos usuários e os serviços de saúde oferecidos, atenção à saúde ainda muito focada em urgência e atendimento especializado, em detrimento da atenção básica em saúde, produção proporcionalmente baixa de procedimentos de saúde, atrasos na efetivação dos tratamentos e desperdício de recursos (SANTOS et al., 2008).

No DF, a regulação da internação hospitalar restringe-se à internação em unidades de terapia intensiva (UTI) (DF, 2006b). Apesar da limitação à regulação de urgência, essa área apresenta-se como a melhor opção de objeto de pesquisa no

² Essa medida inclui o consumo público (gastos com pessoal e custeio), os subsídios e transferências ao setor privado (excluídos os pagamentos de juros e despesas financeiras) e o investimento público.

³ Nas Contas Nacionais, a atividade saúde pública abrange os itens classificados na função “saúde” nos registros administrativos e sistemas de informações da administração pública. Ela inclui, principalmente, as ações de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e financiadas pelos órgãos públicos de saúde. Os dados para saúde pública não incluem a produção de hospitais universitários, hospitais militares e hospitais penitenciários (IBGE, 2008).

momento. Por um lado, a regulação ambulatorial vem sendo implantada por especialidade e de forma gradual, encontrando-se em mutação frequente e com grande número de participantes. Pelo outro lado, a RIUTI já abrange todos os estabelecimentos de saúde da rede própria, mais um conveniado e vários contratados. Além disso, a problemática da insuficiência de vagas em UTI no DF enfatiza a criação de novos processos como a priorização da demanda e sua intermediação com a oferta de leitos, o que tem potencial de revelar os processos de inovação necessários para sua viabilização.

Sob o aspecto teórico, a pesquisa justifica-se por pretender contribuir para o avanço da investigação dos processos de inovação no setor público por meio de abordagem que o reconheça como protagonista de processo de inovação. Para isso, adota-se marco teórico de inovação em serviços que ambiciona combinar bens e serviços em uma teoria integradora da inovação. O estudo empírico adicionou novas evidências que fortaleceram as teorias existentes sobre inovação no setor público e destacaram novas relações e especificidades que merecem maiores investigações.

Do ponto de vista prático, a pesquisa pretende contribuir para a melhor compreensão do processo de inovação em RIUTI no DF e de seus resultados para o sistema e para a população. O método aplicado, em estreita colaboração com os gestores e servidores que atuam na regulação, proporcionou informações que poderão instruir o processo de tomada de decisão local em busca de alcançar os objetivos da política pública.

1.5 Estrutura da dissertação

A parte textual da dissertação é composta de mais seis capítulos, além desta introdução, na qual se procurou deixar claro o problema a ser investigado, o enfoque adotado a justificativa da pesquisa e elementos de caracterização do objeto.

O segundo capítulo apresenta o objeto da pesquisa, a regulação da internação em UTI, situando-o no contexto da regulação em saúde e do sistema de saúde do DF. O terceiro apresenta as formulações teóricas sobre inovação em serviços, com foco na abordagem integradora e no setor de saúde pública. No capítulo quatro, descreve-se o método e os procedimentos usados na pesquisa. Em seguida, os resultados são descritos, apresentando-se também as evidências que os fundamentam. No capítulo seis, os

resultados são discutidos em confronto com a fundamentação teórica da pesquisa. Por fim, apresentam-se as conclusões, onde o problema de pesquisa e os objetivos específicos são retomados, procurando explicitar em que medida foram alcançados.

2 Contextualização do objeto

Esta dissertação tem por marco teórico a inovação em serviços, sob perspectiva integradora, e tomou por objeto a regulação de internação em UTI (RIUTI) no DF. Assim, antes de discorrer sobre o marco teórico no capítulo seguinte, esta seção objetiva situar o objeto da pesquisa.

Na teoria da regulação na área da saúde há duas tradições, a fundamentada na economia e a fundamentada nas escolas de administração pública. A primeira vertente estuda o mercado de prestação de serviços de saúde e o complexo industrial, tecnológico e científico que o alimenta. A principal área de pesquisa dessa vertente é a regulação do mercado de seguros de saúde. Não é essa a abordagem. O recorte teórico apresentado, em razão do tema da pesquisa, aborda o setor público como regulador do Sistema Único de Saúde, com foco na regulação assistencial, que é o objeto da pesquisa.

Este capítulo inicia com uma discussão sobre o conceito de regulação em saúde para depois tratar de uma parte específica dela, a regulação assistencial, na qual se insere a regulação da internação em UTI. Após apanhado histórico sobre a regulação assistencial no Brasil, discorre-se sobre como se desenvolve operacionalmente a RIUTI, no contexto da regulação assistencial. Na sequência, faz-se breve descrição do sistema de saúde do DF em geral e, especificamente, da oferta de serviço de internação em UTI. Encerra-se o capítulo com descrição do desenvolvimento da regulação assistencial e de internação em UTI no DF.

2.1.1 Regulação em saúde

De ponto de vista abrangente, a regulação pode ser entendida como “ ‘uma influência deliberada do Estado’, incluindo toda e qualquer ação concebida para influenciar o comportamento da indústria ou da sociedade” (FERREIRA, 2004, p. 320). Por sua vez, Saltman e Busse (2002 *apud* FERREIRA, 2004) entendem a regulação como a atuação condicionante do Estado relativamente a atividades de mercado. Santos e Merhy (2006, p. 26) afirmam que, na teoria econômica, “a regulação poderia ser

caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle”.

Essas concepções de regulação abrangem ampla gama de ações, como a taxaçoão progressiva, o seguro público, o subsídio à produção e ao consumo, os incentivos econômicos em geral, a contratualização, a divulgação de informações, a normatização entre outros. Além disso, a regulação pode tanto facilitar e incentivar comportamentos quanto restringi-los e preveni-los (FERREIRA, 2004).

Esses conceitos revelam seu enfoque econômico. Essa abordagem tem por preocupação a correção de falhas de mercado, estabelecendo regras para a atuação dos agentes econômicos, visando propiciar eficiência, combater monopólios, a escassez de certos serviços e reduzir o risco moral (FERREIRA, 2004; SANTOS; MERHY, 2006; IBANHES et al., 2007).

A definição de Selznick (1985 *apud* NUNES; REGO; BRANDÃO, 2007) de regulação como controle focado e sustentado, exercido por uma agência pública sobre atividades que são valorizadas pela comunidade é particularmente usada para analisar a atuação das agências estatais na regulação. Esses dois conceitos de regulação trazem o elemento da valoração social da atividade regulada. Trata-se de elemento que abre a possibilidade de enfoque social, que analisa, além da correção de falhas de mercado, a promoção da equidade no acesso e a proteção dos consumidores por meio da regulação da qualidade de produtos e serviços. Os enfoques econômico e social podem coexistir nos sistemas de regulação e é o que ocorre nos países onde a saúde é considerada um direito social, como no Brasil (FERREIRA, 2004; NUNES; REGO; BRANDÃO, 2007).

Sendo específico para o setor saúde, Hafez (1997, p.1 *apud* FERREIRA, 2004) define regulação em saúde como “qualquer ação social que exerça uma influência, direta ou indireta, no comportamento ou funcionamento dos profissionais e/ou organizações de saúde”. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000, p. 124) a regulação abrange tanto o conjunto de regras que governam o comportamento dos atores no sistema de saúde quanto as atividades que garantem a conformidade com essas regras e é uma função de responsabilidade dos ministérios da saúde e, em alguns países, de agências de seguridade social.

Conceitos mais estritos consideram que, para existir regulação, os regulados devem gozar de alguma autonomia organizacional e haver lugar à negociação, o que seria diferente de um modelo de saúde integrado, centralizado, no qual a autoridade é

exercida pela via hierárquica, caracterizando cenário de comando e controle (FERREIRA, 2004, p. 334).

A Política Nacional de Regulação (PNR) (BRASIL, 2008, art. 3º) afirma que a regulação de sistemas de saúde é efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação, abrangendo ainda planejamento, financiamento, ouvidoria, vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros. Essa concepção ampliada da regulação em saúde pode gerar confusão com a noção de gestão (NASCIMENTO et al., 2009). Para Santos e Merhy (2006, p. 30), “apesar de conter vários dos atributos do processo de gestão, a regulação é um dos seus componentes, não o seu todo”. Para esses autores, a confusão dificultou a institucionalização da regulação no SUS, pois suscitava dúvidas sobre possível substituição de gestores por reguladores, principalmente na regulação assistencial.

A diferenciação entre gestão e regulação parece estar mais clara, mas pelo menos as funções de controle, avaliação e auditoria são frequentemente mencionadas em conjunto com regulação e essa proximidade se reflete na organização administrativa do setor. No Ministério da Saúde (MS), a regulação é tratada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), subordinado à Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2009). No Governo do Distrito Federal (GDF), a regulação é abrangida pela Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC), à qual se subordina a Diretoria de Regulação (DIREG) (DF, 2007a).

Nascimento et al. (2009, p. 349) veem a regulação como uma “estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS”. Cabe então analisar alguns desses conceitos e examinar sua conexão com a regulação.

A função de controlar o cumprimento das regras é compreendida como essencial para a eficácia da regulação (OMS, 2000), porém distinta dela. O controle é o acompanhamento permanente das atividades do sistema de saúde, em confronto com critérios estabelecidos, em busca de desconformidades e distorções (SANTOS; MERHY, 2006).

A avaliação consiste em “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31 *apud* SANTOS; MERHY, 2006). É o processo de exame sistemático e objetivo da economicidade,

eficácia, eficiência e efetividade das atividades dos serviços. Trata-se de modo de aprendizagem pela experiência, ligando-se aos processos de planejamento e de tomada de decisão, com finalidade de melhorar desempenho, rever e redirecionar ações (SANTOS; MERHY, 2006).

A auditoria é uma atividade *ad hoc*, executada por agentes internos ou externos, que usa técnicas e tem objetivos semelhantes aos do controle e da avaliação. Em especial quando se trata de auditoria externa, tem também por objetivo favorecer a transparência e a responsabilização. O Poder Executivo Federal define auditoria como o “conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos, mediante a confrontação entre uma situação encontrada com um determinado critério técnico, operacional ou legal” (BRASIL, 2001a).

A regulação em saúde é entendida nesta dissertação como a função estatal de condicionar o comportamento e o funcionamento das atividades do setor saúde, visando promover a eficiência e a equidade.

Esse conceito de regulação é bastante amplo, em coerência com o uso que se dá a ele no setor saúde. Não se limita à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Igualmente, não se limita à regulação de mercado, mas abrange também as atividades de agentes públicos (MAGALHÃES, 2006, p.40 *apud* SANTOS; MERHY, 2006).

Ao mesmo tempo, esse conceito de regulação em saúde não é tão amplo ao ponto de se confundir com o conceito de gestão. A gestão abrange uma série de outras funções que lhe são próximas, mas distintas, como a condução política, a análise situacional, o planejamento, a comunicação, o controle e a avaliação (NASCIMENTO et al., 2009; SANTOS; MERHY, 2006).

Existem dois tipos básicos de mecanismos regulatórios. O primeiro baseia-se em prescrições, restrições e permissões formalizadas em normas. O segundo baseia-se em sistemas de incentivos, econômicos ou não, positivos ou negativos (FERREIRA, 2004).

O primeiro tipo refere-se a conjunto de requisitos legais com os quais as atividades dos regulados devem estar em conformidade, sob pena de estarem sujeitos a sanções. Este tipo também pode incluir códigos de conduta, linhas orientadoras da ação ou recomendações. Sua eficácia depende de mecanismos de monitoramento, controle e sanção (KUMARANAYAKE, 1998 *apud* FERREIRA, 2004).

O segundo tipo refere-se a conjunto de regras baseadas na teoria econômica dos incentivos, em que se definem diversos resultados desejados (como produção, custo e qualidade), em um contexto de contratualização, que estipula as consequências. Pode assumir feição mais simples, como conjunto de consequências monetárias ou não, pela alteração de comportamentos dos regulados com relação a uma variável de objetivo. As recompensas e sanções podem ser implícitas ou explícitas, abranger variáveis financeiras ou não, e serem aplicáveis a indivíduos, grupos ou organizações, por entidades externas ou pelo próprio grupo (SALTMAN, 2002 *apud* FERREIRA, 2004).

Pensando a regulação sob o aspecto de sua abrangência, é possível divisar duas dimensões da regulação em saúde. A macrorregulação se relaciona com aspectos normativos e finalidades da política de saúde, ou seja, objetivos econômicos e sociais como a equidade no acesso aos cuidados de saúde, a eficiência econômica, a segurança em termos de saúde pública. A macrorregulação abrange, por exemplo, o estabelecimento de planos estratégicos e de projetos prioritários, a forma de relação com o controle social e com o setor privado, as definições orçamentárias gerais (FERREIRA, 2004; SANTOS; MERHY, 2006).

A microrregulação se relaciona com aspectos operacionais. Abrange as atividades práticas dos regulados, o acesso cotidiano dos usuários, a articulação das regras gerais estabelecidas na macrorregulação com as demandas da população para operacionalizar o acesso aos serviços (FERREIRA, 2004; SANTOS; MERHY, 2006).

A regulação pode ser exercida por diferentes tipos de entidades, com reflexos sobre sua estratégia e resultados (BALDWIN; CAVE, 1999 *apud* FERREIRA, 2004). Nos sistemas de saúde podem coexistir diversas instituições reguladoras. Agências independentes regulando medicamentos e planos de saúde, corpos profissionais exercendo a autorregulação das profissões, autoridades centrais e locais regulando diferentes aspectos do sistema, conforme as competências dos respectivos níveis de governo.

Os departamentos governamentais (administração central) atuam de forma alinhada com os objetivos governamentais, mas podem também ter atuação enviesada. As autoridades locais têm grande legitimidade democrática, mas apresentam dificuldade de coordenação. A autorregulação baseia-se em conhecimento técnico profundo, mas é pouco transparente. Agências independentes aliam conhecimento técnico e capacidade de coordenação à estabilidade no tempo, mas podem ser pouco responsabilizáveis

politicamente e estão sujeitas ao problema da captura por interesses organizados (BALDWIN; CAVE, 1999 *apud* FERREIRA, 2004).

2.1.2 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 usado daqui em diante. Trata-se de conceito que vem sendo construído ao longo dos anos, apresentando diferentes facetas.

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” (BRASIL, 2006a; 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).

Nascimento et al. (2009, p. 349) por vezes confundem regulação em saúde e regulação assistencial, mas acabam fornecendo uma conceituação esclarecedora desta última como “conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta, conforme a necessidade da população, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, a fim de garantir o acesso com qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção à saúde”. Esse conceito inclui finalidades da regulação assistencial, isto é, garantia de acesso e atenção integral à saúde.

Avançando, Nascimento et al. (2009, p. 349) apresentam uma definição que coloca a necessidade do usuário acima das possibilidades administrativas e financeiras inicialmente estabelecidas: “o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na Programação Pactuada e Integrada (PPI) ou da disponibilidade de recursos financeiros”. Desse modo, a regulação assistencial é definida no contexto dos princípios e diretrizes do sistema de saúde, abrangendo e avançando para além da racionalização dos recursos disponíveis.

Para entender o que faz a Central de Regulação e quais os instrumentos que ela utiliza, é útil recorrer a uma definição mais operacional da regulação assistencial e examinar o que a Política Nacional de Regulação (PNR) dispõe sobre o funcionamento da regulação.

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) redução do risco de doença e de outros agravos (SANTOS; MERHY, 2006; BRASIL, 2004a; CASTRO, 2002; FERREIRA, 2004; NASCIMENTO et al., 2009). A regulação assistencial é parte da regulação em saúde e identifica-se especificamente com as finalidades de eficiência e de 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.

Da perspectiva da eficiência macro, a regulação pode contribuir para o fortalecimento dos processos de gestão, favorecendo a gestão por resultados, ao fornecer dados que alimentam o planejamento de investimento e de custeio, bem como as funções de controle e avaliação do sistema de saúde (NASCIMENTO et al., 2009; BRASIL, 2008). Para organizar a regulação assistencial, é necessário realizar o mapeamento dos recursos disponíveis. Essas informações, em contraste com os dados de demanda, podem evidenciar deficiências e alimentar o processo decisório sobre investimentos, alocação orçamentária e redistribuição de meios (SANTOS et al., 2008).

A finalidade de equidade da regulação assistencial é associada a uma série de aspirações desejáveis, de caráter ético-normativo, que revelam o amplo sentido que é dado a esse conceito. Associam-se as seguintes finalidades sociais à regulação assistencial: contribuir para a garantia do direito à saúde, à universalidade e à integralidade (NASCIMENTO et al., 2009).

A garantia do direito à saúde, sob a perspectiva imediata da regulação de acesso, equivale à garantia de acesso à atenção à saúde, conforme os direitos dos usuários e suas

necessidades⁴. O acesso é uma relação entre o conjunto de obstáculos (resistência) à obtenção da atenção à saúde (distância, problemas de ordem financeira, formas de organização) e o correspondente poder para sua superação pelos usuários (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008). Assim, a regulação assistencial seria um meio de contribuir para a superação de barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população à saúde. Essa finalidade de garantia do acesso à atenção à saúde abrange a população da área geográfica pactuada e os serviços oferecidos mediante regulação de acesso. O tipo de acesso à atenção à saúde preconizado pela PNR é equânime e universal e o tipo de atenção deve ser integral (BRASIL, 2008). Esses conceitos são interligados, com pontos de sobreposição. Universalidade, integralidade e equidade formam os princípios doutrinários ou éticos do SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004), que têm aplicação direta nesta dissertação.

O princípio da universalidade é entendido como igualdade de direito ao acesso sem barreiras às ações e serviços de saúde a todas as pessoas. Contrapõe-se à situação anterior à Constituição de 1988, quando o acesso era restrito a segurados da previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada com fins lucrativos ou na filantrópica (TREVISAN, 2007). A universalidade abrange a ausência de barreiras tanto econômicas quanto legais ou administrativas. No aspecto econômico, a gratuidade dos serviços de saúde contribui para garantir os princípios da universalidade e da equidade (SISSON, 2007).

No Brasil, onde existe grande desigualdade social, a efetivação do princípio da universalidade exige a explicitação do princípio da equidade. Equidade em saúde é “a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da situação de saúde entre populações ou grupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente” (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 3). Por sua vez, 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,

⁴ “Nem toda demanda é necessidade, porém requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas às vezes pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade” (CONASS, 2007, p. 22).

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). Para os fins desta dissertação, interessa a conexão entre integralidade e regulação assistencial. Nesse sentido, Giovanella et al. (2002) apresentam um conceito de integralidade que operacionaliza a dimensão da garantia de acesso à atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica:

oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contrarreferência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território.

Entre os critérios para avaliação dessa dimensão da integralidade, Giovanella et al. (2002) selecionaram o seguinte: 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 para 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.

Um dos grandes desafios da regulação é conciliar os objetivos de eficiência e equidade, que muitas vezes são vistos como incompatíveis. Os gestores de saúde entrevistados por Ibanhes et al. (2007, p. 582) percebem que “a ação regulatória incide quase que exclusivamente sobre a população, no sentido de receber, orientar, encaminhar, adscrever, ou ainda restringir serviços e procedimentos”. Portanto, seria mais mecanismo de racionalização do uso de recursos disponíveis do que forma de efetivar os princípios da integralidade e da equidade.

Delineiam-se, assim, as categorias de eficiência, acesso e integralidade como os principais resultados da regulação assistencial a serem investigados no processo de inovação em curso nessa área no DF.

2.1.3 Principais marcos da regulação assistencial no Brasil

Os principais marcos da regulação assistencial no Brasil desde a década de 1960 são destacados nesta seção. São relatados igualmente eventos da regulação em saúde que afetaram diretamente o acesso à assistência, considerando sua conexão com a regulação assistencial, que trata da intermediação entre oferta e procura por serviços assistenciais em saúde. Para Santos e Merhy (2006), a regulação em saúde no Brasil moldou o modelo de prestação de serviços no país ao longo do tempo.

Com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social em 1966, o processo de edição de regras para utilização de serviços e medicamentos foi intensificado em razão da adoção do modelo de compra de serviços privados. A formação da rede de assistência, com definição do perfil da rede credenciada, pode ser caracterizada como um importante mecanismo regulatório praticado pelo Instituto. A regulação abrangia os aspectos administrativo, financeiro, assistencial e comercial. Com relação a esse último, a opção por pagar os prestadores por unidade de serviço prestado direcionou a rede de saúde para a lógica de produção de atos isolados e de maior custo. A necessidade de estabelecer mecanismos de controle e avaliação moldou a operação administrativa e a relação com a rede de assistência, inserindo procedimentos de autorização e glosa de procedimentos cobrados pelos prestadores. Sob o aspecto financeiro, a adoção de tabela de procedimentos e valores de pagamento incentivou os prestadores a direcionar a assistência para a realização de certos procedimentos e a definir o acesso dos usuários, considerando a limitação orçamentária (SANTOS; MERHY, 2006).

Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1977, o modelo regulatório anteriormente estabelecido se aprofundou. Cresceram o controle, a avaliação e a auditoria, com foco na limitação de gastos e, por consequência, na limitação da produção de procedimentos assistenciais. Surgiu normatização excessiva que impunha regras, fluxos, restrições. O planejamento e as decisões eram centralizados, assim como as ações de saúde pública (SANTOS; MERHY, 2006).

A criação do Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 e as disposições posteriores das leis 8.080⁵ e 8.142, ambas de 1990, foram marcos no processo de descentralização da assistência à saúde (BRASIL, 1990a, 1990b). Nesse processo, foi reproduzido o modelo anterior de relação econômica com os prestadores de serviço, acompanhado do correspondente aparato de controle, avaliação e auditoria (SANTOS; MERHY, 2006).

Em 1991 foi implantado o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), que segue a lógica de controle de gastos e pagamento a prestadores que já funcionava no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), criado em 1976 (SANTOS; MERHY, 2006). Hoje, o SIH e o SIA são dois dos principais instrumentos usados para operacionalizar a regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A extinção do INAMPS e a edição da terceira Norma Operacional Básica (NOB 93) (BRASIL, 1993) foram passos significativos no processo de descentralização da gestão e da capacidade regulatória no SUS. Os municípios foram reconhecidos como gestores, conforme o cumprimento de requisitos que os habilitavam como tal, não apenas prestadores de serviço. Dessa forma, passaram a receber recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal, de acordo com sua habilitação. O pagamento por prestação de serviço coexistia com o repasse fundo a fundo, que só foi normatizado pelo Decreto 1.232/94, mesmo porque apenas 140 municípios haviam sido habilitados como gestores locais em diferentes estágios (BRASIL, 1993; SANTOS; MERHY, 2006).

A NOB/96 (BRASIL, 1996a) redefiniu os critérios para habilitação dos municípios como gestores, criou novas modalidades de repasse financeiro fundo a fundo, criou incentivos financeiros para programas estratégicos de reordenação da atenção à saúde. Dessa forma, os recursos financeiros foram cada vez mais deixando de ser vinculados ao ressarcimento por procedimentos de saúde produzidos e passaram a se vincular a linhas de ação estratégicas, a critérios populacionais e à série histórica de produção. A ampliação do número de municípios habilitados para 4.000 disseminou a discussão sobre a gestão dos sistemas de saúde e aprofundou a descentralização (BRASIL, 1996a; SANTOS; MERHY, 2006).

Em 1997 foi implantado o subsistema do SIA para Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) que também segue a mesma

⁵ Conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

lógica de controle de custos e de produção. Entre os procedimentos sujeitos a controle por meio de APAC encontram-se os de terapia renal substitutiva, oncologia, queimados, medicina nuclear, dispensação de medicamentos excepcionais, órteses e próteses (BRASIL, 1996b; SANTOS; MERHY, 2006). Trata-se de outra ferramenta essencial para a regulação do acesso dos usuários a procedimentos de alto custo e alta complexidade.

Em 1998 os planos de saúde foram regulamentados e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como órgão autônomo de regulação, controle e fiscalização do setor (SANTOS; MERHY, 2006). Neste caso, a ação reguladora recai sobre parcela do setor saúde que trata a assistência médica como produto sujeito à compra e à venda (IBANHES et al., 2007), conformando relações distintas das que ocorrem no setor público. Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que é o órgão responsável pela regulação, controle e fiscalização de produtos, substâncias e serviços de saúde (BRASIL, 1999).

Explicitamente, em 2000, o conceito de regulação assistencial surge no âmbito normativo com a criação da Coordenação-Geral de Organização e Regulação da Assistência, subordinada ao Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. O Departamento tinha competência para regular os procedimentos de alta complexidade e as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos (BRASIL, 2000a). Esse foi o início do movimento federal de regulação assistencial. Em 2001, foi criada a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitassem de assistência hospitalar de alta complexidade, nas áreas de cardiologia, oncologia, ortopedia e neurologia. Esta foi a primeira estrutura federal operacional de regulação (BRASIL, 2001c).

A NOAS/2001 (BRASIL, 2001b) foi editada visando implementar a macroestratégia de organizar a regionalização da assistência e aprimorar a descentralização. O principal instrumento da estratégia era o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Ao mesmo tempo, a NOAS/2001 trouxe para a agenda a regulação assistencial como uma estratégia de intermediação do acesso dos usuários aos serviços de saúde e garantia dos fluxos intermunicipais, operacionalizando o processo de regionalização e hierarquização.

Entre outras disposições, a NOAS/2001 colocava como requisito para habilitação do estado à gestão plena do sistema de saúde a comprovação da

operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares. Requeria também que o PDR contivesse descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal (BRASIL, 2001b).

É na tentativa de efetivar os princípios organizacionais do SUS de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde que se encontra uma das origens da criação das centrais de regulação, inicialmente centrais de marcação de consultas, e o recente surgimento da regulação assistencial na agenda do setor saúde (LOCKS, 2002). Considerando a dificuldade de implantação do sistema de referência e contrarreferência, etapa essencial para a concretização da regionalização e hierarquização, o MS já financiava experiências locais de implantação de centrais de marcação de consultas no início da década de 1990. Nesse sentido, em 1991, o MS firmou convênio com o Estado de Santa Catarina para implantar a central de marcação de consultas da Grande Florianópolis (LOCKS, 2002).

A NOAS/2002 (BRASIL, 2002a) tinha por mote “Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso”. Apesar de mencionar a regulação de urgências, consultas e leitos, a proposta de regulação da NOAS/2002 ainda focava principalmente a assistência de média e alta complexidade (SANTOS; MERHY, 2006).

Na regulação de urgências, em 2004, o Governo Federal impulsionou a 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. Ele aborda três documentos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto de Gestão instituiu a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde em cinco blocos de financiamento (gestão, atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica e vigilância em saúde). A regulação configura uma linha de financiamento de custeio específica, por meio do bloco de financiamento da gestão (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. Uma das medidas é implantar complexos reguladores, com orçamento de R\$ 353,4 milhões.

Esses recursos estão distribuídos em três ações: implantar 302 complexos em cidades com mais de 100 mil habitantes (R\$ 62,7 milhões), apoiar a informatização de unidades de saúde (R\$ 203 milhões), apoiar o custeio dos complexos (R\$ 87,7 milhões) (BRASIL, 2010a).

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).

2.1.4 Operacionalização da regulação assistencial

Nascimento et al. (2009) explicitam alguns dos instrumentos concretos de operacionalização da regulação do acesso na seguinte definição:

conjunto de ações mediatas, que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, além dos processos de trabalhos correspondentes (grifamos).

Por sua vez, a PNR afirma que a operacionalização é:

estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, art. 2º, III) (grifamos).

Os complexos reguladores mencionados na PNR são “estruturas que agregam todas as ações de regulação do acesso à assistência, de modo articulado e integrado, adequando a oferta de serviços de saúde à demanda, que mais se aproxima das necessidades reais em saúde” (NASCIMENTO et al., 2009, p. 350). Os complexos reguladores são formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação (BRASIL, 2008, art. 7º). As centrais de regulação podem ser nacionais, estaduais, regionais ou municipais, com estrutura e abrangência pactuada entre os gestores.

As centrais de regulação podem ser especializadas, conforme sua participação na intermediação do acesso, por tipo de assistência à saúde. Dessa forma, existem centrais de regulação de consultas e exames, de internações hospitalares, de urgências, de alta complexidade (BRASIL, 2008, art. 9º). Tendo em vista as diferentes vertentes da regulação assistencial, nesse nível de detalhamento da operacionalização é necessário

esclarecer qual o foco da análise. Essa dissertação trata da regulação de acesso a internação em UTI.

O Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006d) orienta que a central de regulação de internações é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. Acrescenta que o escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

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, mesmo em outros municípios e estados, na busca pelo atendimento à sua saúde (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 contrarreferência, 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.

Duas ferramentas auxiliam os médicos solicitantes e a central de regulação a operacionalizar a intermediação: o Sisreg e os protocolos. O Sisreg III é o sistema informatizado *on line*, criado pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (Datusus), do Ministério da Saúde (MS), para gerenciar o complexo regulatório. O software funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. É composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas e a Central de Internação Hospitalar. É acessado em seus diferentes módulos pela unidade solicitante, a Central de Regulação e a unidade executante (BRASIL, 2006c). O MS disponibiliza esse *software* para os demais níveis de gestão, mas estados e municípios são livres para usarem sistemas próprios.

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). A elaboração dos protocolos abrange a seleção de temas, sua elaboração,

validação, disseminação e revisão. Essas fases envolvem consultas entre pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e operadores do complexo regulatório.

Na modelagem do sistema, os complexos reguladores contariam com uma série de instrumentos para operacionalizar a intermediação. Com relação à oferta, os principais instrumentos são o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a PPI e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Com relação à demanda, o principal instrumento é o Cartão Nacional de Saúde (CNS).

No lado da oferta, os estabelecimentos de saúde públicos e privados devem estar registrados, bem como seu pessoal e equipamento, no CNES (BRASIL, 2000b). Os estabelecimentos de saúde devem manter atualizadas as informações sobre a disponibilidade de serviços no sistema informatizado indicado. O controle sobre a disponibilidade do setor privado é realizado mediante contratos com os prestadores de serviços, que devem prever formalmente a oferta.

A PPI é o instrumento mediante o qual diferentes gestores pactuam a oferta intermunicipal e interestadual de serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2006b). Dessa forma, caso a oferta seja insuficiente no município de residência do usuário, o fluxo da demanda pode ser direcionado para serviços de outros municípios, do estado ou mesmo de outros estados. Esse direcionamento é realizado pelas centrais de regulação estaduais, regionais ou pela Central Nacional, conforme o caso.

A PNR menciona o PNASS como mecanismo de promoção da qualidade dos serviços, em paralelo à intermediação do acesso. Configura-se como um dos elementos que pretende equilibrar a finalidade de eficiência, que suprime o direito de escolha do usuário, com a de acesso equânime, integral e qualificado. O PNASS é responsabilidade das três esferas de gestão e abrange a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2008). A avaliação dos serviços deve ser realizada com base em indicadores e padrões de conformidade fixados pelo PNASS.

No lado da demanda, os usuários deveriam estar cadastrados no sistema do CNS. No entanto, o cartão não foi efetivado ainda no SUS. Seu objetivo é o de permitir a identificação individualizada dos usuários, em relação com o sistema local de saúde, que corresponde a um gestor e a conjunto definido de serviços (CONASS, 2007). Essa identificação permitiria avanços na determinação da demanda, dos fluxos assistenciais e na gestão do sistema.

Em resumo, uma vez apresentada a demanda pela unidade solicitante, os médicos reguladores a avaliam e hierarquizam para compatibilizá-la com a oferta. Esse

processo tem como parâmetros os protocolos de regulação e os protocolos assistenciais, as grades de referência e contrarreferência e as informações de disponibilidade enviadas pelos estabelecimentos de saúde. O mapeamento da oferta e a alocação da demanda são realizados por meio de sistema informatizado (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 por meio das centrais de regulação, 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.

Antes de avançar na apresentação da RIUTI no DF, cabe descrever algumas das especificidades do sistema de saúde local de modo a caracterizar o contexto no qual o caso em estudo se insere.

2.1.5 Sistema de saúde do 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. O DF foi criado em 1960 e, em 2009, contava com população estimada de 2,6 milhões habitantes (IBGE, 2009).

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, 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 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).

Quanto à oferta de serviços públicos de saúde, a situação do DF é considerada em grande parte satisfatória, segundo parâmetros do Ministério da Saúde. No DF há excesso de mamógrafos e de ressonância magnética e o número de leitos por habitante está bem próximo do ideal. O número de unidades básicas de saúde é adequado em 12 das 15 regionais de saúde. O gasto *per capita* anual com saúde no DF é de cerca de R\$ 800, o dobro da média nacional. No total, o número de médicos por mil habitantes é 3,5 vezes maior do que o recomendado. Porém, faltam aparelhos de raio X, ultrassom e tomógrafo (PIRES et al., 2010).

A oferta de serviços de saúde nos municípios da RIDE apresenta-se bem pior do que a do DF. Existe déficit acentuado de aparelhos para apoio diagnóstico e de médicos em metade dos municípios. Existe deficiência no número de leitos ou eles simplesmente inexistem em 17 dos 22 municípios. Porém, a cobertura do número de unidades básicas de saúde é bem superior ao padrão definido pelo Ministério da Saúde (PIRES et al., 2010).

No que se refere às UTI, há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria (Tabela 1 e Tabela 2). Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c) estima a necessidade de que 4% a 10% do total de leitos hospitalares sejam de UTI. 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 disponíveis para o SUS no DF seria o equivalente a 5,2% dos leitos hospitalares, o que atende ao parâmetro do MS⁶.

⁶ No Brasil, segundo dados de julho de 2010, considerando 80% da população usuária do SUS e o número de leitos de UTI disponíveis para o sistema, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a cobertura seria de 4,5%. Considerando os totais de população e do número de leitos de UTI do Brasil, a cobertura seria de 5,7% (BRASIL, 2010b). Ressalva-se que esses dados não revelam as desigualdades regionais no país.

2.1.6 Regulação assistencial e de internação em UTI no DF

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, 2007b), ecoando o que já foi mencionado sobre a confusão que havia entre os conceitos de regulação, controle, avaliação e auditoria (seção 2.1.1). O grupo revisou contratos e convênios, definiu fluxos e contrafluxos, estimou demanda reprimida por especialidade.

Desde 2007, foi criada a Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da 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) (Figura 1) (DF, 2007a).

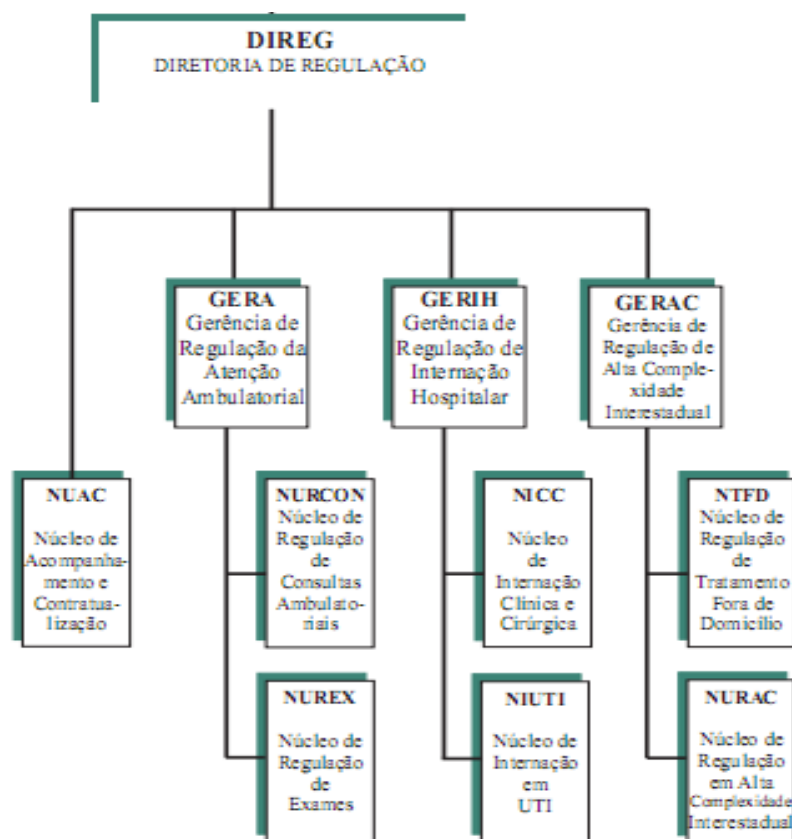


Figura 1 – Organograma da Diretoria de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Fonte: SES/DF. Disponível em: <www.saude.df.gov.br/sites/300/311/00000490.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2010.

O complexo regulador do DF é composto pelas centrais de Regulação da Internação Hospitalar (CRIH), 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 decisão de implantar a regulação assistencial no DF havia a constatação da existência de alguns 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 (DF, 2005), 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 de prestação, baseados em critérios populacionais (DF, 2006c), ampliar o acesso (DF, 2005, 2006c, 2009), estruturar a rede hierarquizada e regionalizada em saúde⁷ (DF, 2009), resgatar a resolutividade da atenção básica como nível inicial do sistema de saúde (DF, 2005), promover a integralidade na atenção à saúde (DF, 2009).

Em agosto de 2005 o DF iniciou a operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A princípio, esse serviço integraria a regulação assistencial (BRASIL, 2004b), mas no DF encontra-se subordinado à Subsecretaria de Atenção à Saúde, enquanto a DIREG subordina-se à SUPRAC.

A SES implementou a regulação ambulatorial em dermatologia em outubro de 2005. Nesse processo, inicialmente, a SES realizou levantamento da demanda reprimida em especialidades ambulatoriais. Ao constatar que o déficit mais grave era o da dermatologia (DF, 2005), definiu quais seriam as unidades de saúde solicitantes e executantes, calculou a capacidade ambulatorial em dermatologia com base no SIA e no CNES, normatizou o funcionamento da central de marcação e expediu protocolo de regulação. Camargos et al. (2006) relatam 75% de diminuição da fila de espera em dermatologia após quatro meses de regulação. O tempo de espera para atendimento passou a ser inferior a 20 dias para casos não emergenciais.

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,

⁷ A descentralização, a hierarquização, a regionalização e a participação da comunidade são os princípios organizacionais ou operativos do SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

constituindo-se em unidade organizacional da administração direta, que atua de forma alinhada com os objetivos 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 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 PCR desta área no DF (DF, 2006a).

Com a intensificação das atividades de regulação, foi criada a Comissão Permanente dos Protocolos de Atenção à Saúde (CPPAS) em agosto de 2007, com a finalidade de elaborar, revisar e implementar os protocolos assistenciais nas diversas áreas de atenção à saúde. Desde então foram aprovados 21 protocolos clínicos, 52 protocolos de medicamentos e 8 protocolos de fluxo (DF, 2010a).

Na mesma época, iniciou-se a regulação dos exames de radiologia e diagnóstico por imagem: Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Mamografia, Ecografia, Radiografia Simples e Radiografia Contrastada (DF, 2007b).

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 1 enfermeiro controlador se revezam em três turnos, nas 24 horas do dia.

A ferramenta de apoio informatizado para gerenciar a regulação ambulatorial no DF é o Sisreg. Diferentemente, na RIUTI é usado módulo de sistema WEB, desenvolvido por empresa prestadora de serviços de informática para a SES/DF, chamado TrakCare™. Esse software é um dos principais produtos da InterSystems do Brasil. Abrange ainda o módulo de regulação de medicamentos e o prontuário eletrônico, este implantado em 5 dos 15 hospitais do DF.

O processo regulatório de internação em UTI inicia-se com a inserção no TrakCare™ da solicitação médica de internação pela unidade solicitante, incluindo laudo técnico, que deve demonstrar a urgência da internação. O médico regulador

classifica a solicitação por prioridade⁸, 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, que chama o SAMU para realizar o transporte.

⁸ Prioridade 1 – pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam e cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Prioridade 2 – pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar de intervenção imediata. Prioridade 3 – pacientes criticamente enfermos mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda.

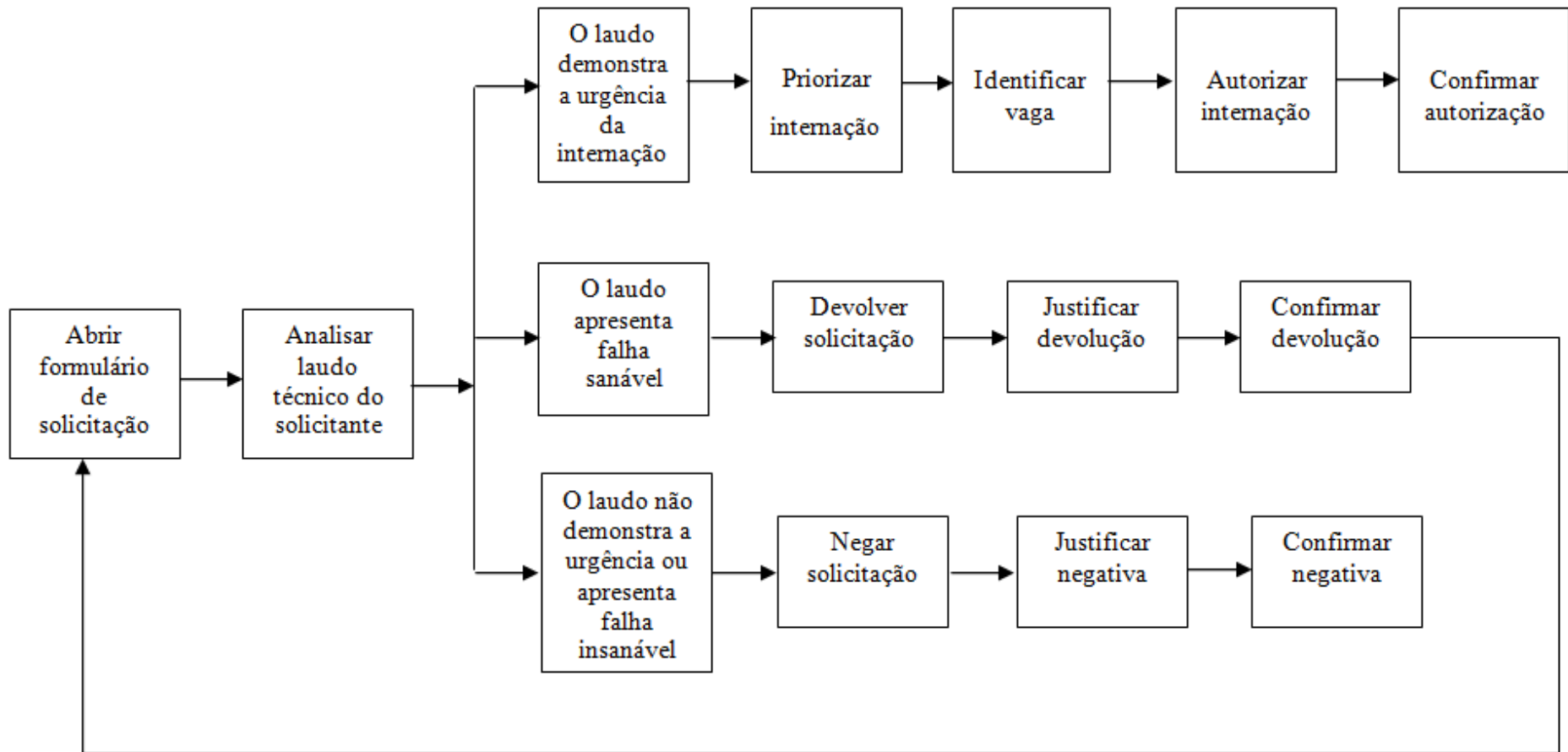


Figura 2 – Diagrama das ações do médico regulador no processo de autorização da internação em UTI
 Fonte: elaboração própria com base em InterSystems(200?)

A Figura 2 apresenta maiores detalhes das ações do médico regulador no processo de autorização de internação em UTI. 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.

Pela descrição apresentada, constata-se que o mecanismo regulatório de internação em UTI no DF baseia-se em prescrições, restrições e permissões formalizadas principalmente nas Portarias 40 e 41/2006 da SES/DF e nos protocolos de fluxo (FERREIRA, 2004; DF, 2006a; 2010a). A regulação é regida por um conjunto de requisitos legais com os quais as atividades dos operadores da regulação e os profissionais da rede assistencial devem estar em conformidade. O controle é hierárquico, não havendo previsão de sanções específicas, apenas as disciplinares.

A RIUTI é identificada como um mecanismo de microrregulação, pois se relaciona com aspectos operacionais da intermediação de oferta e procura pelo serviço de internação, abrange as atividades práticas dos operadores da regulação e da rede assistencial, o acesso cotidiano dos usuários à internação em UTI, bem como a articulação das regras gerais estabelecidas na macrorregulação sobre eficiência e equidade com as demandas da população, visando operacionalizar o acesso aos serviços de internação em UTI (FERREIRA, 2004; SANTOS; MERHY, 2006).

Apesar de o Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006d) orientar que o escopo da CRIH deve 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.

3 Fundamentação teórica

A fundamentação teórica desta pesquisa trata de duas áreas principais: a inovação em serviços e a inovação no setor público. A abordagem integradora nos estudos de inovação em serviços, 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 da pesquisa é o processo de inovação no setor público, tendo por objeto um serviço de saúde, aborda-se 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.

Foi realizado um recorte na teoria de inovação em serviços com abordagem integradora, com foco no setor público. Complementarmente, apresenta-se a teoria de inovação no setor público com fundamento em escolas de administração pública⁹, com origem em estudos recentemente financiados pela União Europeia¹⁰. Pretende-se com isso obter *insights* acerca de variáveis que atuam sobre o processo de inovação no setor público, por meio de abordagem que reconheça suas especificidades.

A definição de inovação usada nesta dissertação tem origem na teoria evolucionária da mudança econômica (NELSON; WINTER, 2005). 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 (2005), a inovação tem passado a ser reconhecida como uma das características essenciais das economias contemporâneas e motor do

⁹ Por simplicidade, chamamos assim as disciplinas de administração pública, políticas públicas e ciência política, bem como abordagens sociológicas da administração pública.

¹⁰ O projeto de pesquisa PUBLIN é parte do programa de pesquisa sobre “Aperfeiçoamento do potencial de pesquisa humano e da base de conhecimento socioeconômica, 1998-2002” da União Europeia. Informações adicionais estão disponíveis em www.step.no/publin/.

desenvolvimento econômico. No entanto, dificilmente é associada com o setor serviços, pois prevalece uma visão tecnicista da inovação, associando-a predominantemente à manufatura (GALLOUJ, 2002).

Além disso, o marco teórico usado para analisar o setor comercial vem sendo aplicado nos estudos sobre inovação nos serviços públicos na literatura sobre inovação em serviços. Visando reconhecer as especificidades do setor público, e no contexto de um esforço de pesquisa financiado pela União Europeia, 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, seção 3.1.1.2), é usada nesta dissertação por permitir melhor operacionalizar a análise do processo de inovação no setor público. A questão do resultado da inovação é discutida em detalhe mais adiante, em razão das especificidades envolvidas e de sua importância para uma definição mais exata do que seja inovação no setor público.

3.1 Inovação em serviços

A teoria de inovação em serviços nasce como uma tentativa de entender o processo de inovação no setor que, nos anos de 1960 (GADREY, 2001), ganhava relevância crescente nas economias modernas e que hoje representa a maior parte do produto dessas economias há décadas.

Os primeiros estudos sobre inovação em serviços eram fortemente influenciados por pesquisas de inovação no setor industrial. Eles integram a abordagem tecnicista sobre inovação em serviços (GALLOUJ, 2002). Para a abordagem tecnicista, a inovação em serviços equivale à inovação tecnológica, no sentido tradicional desta palavra, proveniente da indústria. O expoente da abordagem tecnicista é o modelo de Barras (1986, 1990 *apud* GALLOUJ, 2002), chamado de ciclo reverso do produto.

A abordagem tecnicista abrange estudos de inovação afetados por crenças sobre o setor serviços, que o carrega com imagem de ser improdutivo, de baixa produtividade,

de baixa intensidade na aplicação de capital e de empregar pessoal com baixa qualificação. Além disso, os serviços têm especificidades relacionadas à sua natureza interativa, intangível, processual e diversificada que torna inapropriado estudá-los segundo o mesmo arcabouço teórico usado para estudar o setor industrial (GALLOUJ, 2002).

Cabe um exemplo para entender essa distorção na visão tecnicista da inovação. Meios tradicionais de medição de inovação e produtividade na indústria, necessários à análise econômica neoclássica, perdem significado frente às especificidades dos serviços, como sua natureza intangível. Não há mesmo como esperar produção em massa de bens no setor serviços porque os serviços são processos, sequências de operações, protocolos, modos de organização. Porém, apesar de não produzir bens, o setor de serviços definitivamente contribui para a agregação de valor na economia, como demonstram pesquisas sobre o tema (FREIRE, 2006).

Como reação à abordagem tecnicista, posteriormente surgiram estudos classificados como filiados à abordagem baseada em serviços. Para Gallouj (2002, p. 19), essa abordagem adota um ou dois dos seguintes objetivos: 1) destacar a existência de formas particulares de inovação em serviços, consequência de sua natureza intangível e interativa; 2) produzir teorias locais, aplicáveis a atividades específicas de serviços, consequência de sua diversidade. Para Vargas (2006, p. 74), a ideia central desse enfoque é que, mais importante que as inovações tecnológicas são as inovações produzidas na interação entre cliente¹¹/usuário e prestador, definida por Gadrey (2001) como relação de serviço.

Por fim, surge a abordagem integradora, que 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 ajudá-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.

¹¹ A teoria da inovação em serviços usa o termo cliente, o qual remete a uma relação comercial. Ao expor a teoria, será usada a expressão cliente/usuário. Quando ficar claro que a referência é a uma relação não comercial nos serviços constitutivos da RIUTI, será usada a expressão usuário. Quando for clara a referência a uma relação comercial, será usada a expressão cliente.

As seções seguintes descrevem as principais especificidades e simultaneamente apresentam as contribuições da abordagem integradora para a análise dos processos de inovação.

3.1.1 Especificidades dos serviços

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). Em seguida, esses modelos serão apresentados no contexto das especificidades por eles tratadas mais diretamente, isto é, a interatividade, bem como a natureza processual e convencional dos serviços.

3.1.1.1 A interatividade dos serviços

No âmbito da abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, Gadrey (2001) usa a abordagem fundamentada nas noções de relações e de lógicas de serviço para tratar as especificidades dos serviços e classificá-los em função da intensidade da interação entre produtor (de bens, de serviços ou de uma combinação dos dois) e clientes/usuários.

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, p. 39). 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 coprodução. Gadrey (2001) associa a intensidade da relação de serviço ao modo pelo qual o cliente/usuário aciona o prestador, 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 as duas noções, Gadrey (2001) apresenta sua definição de serviço, desenvolvida a partir de suas reflexões sobre as limitações da disseminada definição de Hill (1977 *apud* Gadrey, 2001), conhecida como triângulo do serviço. Para Gadrey (2001, p. 33-34), existe produção econômica de serviços em dois casos:

Quando uma organização A, que possui ou controla uma capacidade técnica e humana (nesse caso fala-se também de competências), vende (ou propõe gratuitamente, quando se trata de serviços não comerciais) para um agente econômico B o direito de uso por um período determinado, para produzir consequências úteis no próprio agente B, ou nos bens C que ele possui ou pelos quais é responsável.

Quando uma família ou um consumidor final (neste grau de abstração, esses conceitos são idênticos) emprega um assalariado para cuidar de seus bens ou de si mesmo ou eventualmente de pessoas (crianças, pais etc.) diante das quais o empregado exerce uma função delegada de responsabilidade.

O segundo caso se refere à prestação de serviços pessoais. Como esta dissertação trata de serviço prestado por organização pública, não vamos abordá-lo. Com base em sua definição de serviço, ao analisar a intensidade da relação e a natureza das capacidades envolvidas, Gadrey (2001) identifica três lógicas que definem o produto do serviço, conforme Figura 3.

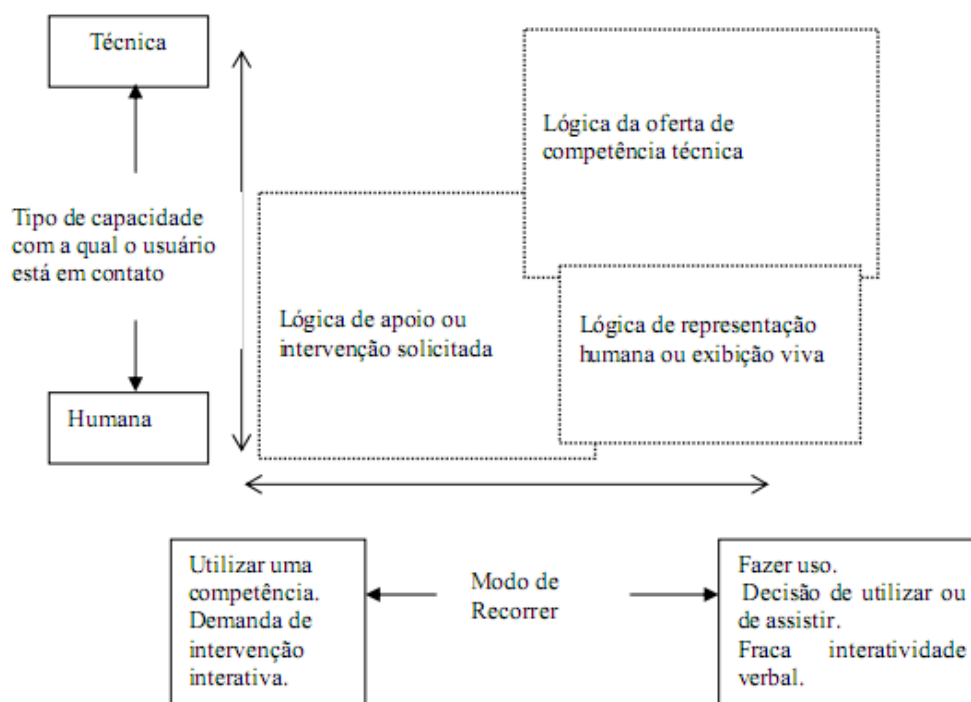


Figura 3 – Lógicas de serviço

Fonte: extraído de Vargas (2006, p. 61).

Na lógica de representação humana, da qual o exemplo é um espetáculo tradicional de música, o cliente/usuário decide usar um serviço, que está disponível para ser usado ou não, no qual o prestador emprega suas capacidades humanas. No exemplo, a capacidade usada pelo prestador é artística, caracterizada como capacidade humana, mesmo que apoiado por instrumentos e equipamentos de som. Por sua vez, a interação com o cliente/usuário é fraca, pois o prestador executa as músicas programadas, sem alterar o roteiro segundo a intervenção da plateia.

Na lógica de intervenção solicitada, da qual o exame médico é um exemplo, o cliente/usuário solicita a intervenção ativamente, segundo condições mutuamente estabelecidas, para que o prestador utilize suas competências em seu favor. No exemplo, o médico prestador oferece um encontro pessoal no qual ele e o cliente/usuário, em intensa interação, usam suas capacidades de comunicação e competências profissionais para diagnosticar o problema de saúde e efetuar a prescrição de cuidados.

Na lógica de oferta de competência técnica, da qual o caixa eletrônico bancário é exemplo, um equipamento ou sistema é colocado à disposição do cliente/usuário, quer ele o use ou não, para efetuar operação técnica para sua utilidade. Nesse caso, o equipamento e o software de execução de operações bancárias ficam disponíveis para que os clientes/usuários usem suas funcionalidades técnicas e serviços padronizados, se assim o desejarem. A relação de serviço é fraca, pois, no momento da prestação, cliente/usuário e prestador não interagem diretamente.

Como sugere a Figura 3, as lógicas de serviço não são mutuamente exclusivas. Os produtos (bens, serviços ou combinação deles) seguem uma das lógicas predominantes em certo período. Por exemplo, serviços que envolvem operações sobre bens ou informações são mais suscetíveis de terem produtos padronizados e operações mecanizadas, tornando a relação de serviço mais fraca (GADREY, 2001). Por sua vez, setores caracterizados pela lógica da oferta de competência técnica podem passar por processo de criação de novos serviços e de intensificação das relações de serviço, oferecendo produtos personalizados e procurando atrair clientes/usuários por meio de cuidados atenciosos.

Como visto, a noção de relação de serviço expõe a interatividade entre produtor e cliente/usuário como elemento importante do processo produtivo. A definição de serviço de Gadrey (2001) e seu mapeamento das lógicas de serviço mostram também que no processo produtivo podem ser empregadas diferentes combinações de capacidades técnicas e humanas. A definição de serviço também deixou entrever o fato

de que o serviço atua sobre diferentes suportes. Fica mais clara, portanto, a característica processual e diversificada dos serviços e a necessidade de associar ferramentas analíticas mais capazes de examinar a variabilidade dos processos no mundo real às tradicionais tipologias baseadas em categorias mutuamente exclusivas.

A menção acima a serviços que envolvem operações com diferentes meios oferece oportunidade para apresentar a noção de operações de serviço (GALLOUJ, 2002).

3.1.1.2 A natureza processual e diversificada dos serviços

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.

A formulação de Gallouj (2002) foi originalmente usada pelo autor para analisar inovações em serviços, entendidas como mudanças nos componentes dos vetores de características de seu produto. Nesta dissertação, as operações de serviço são um elemento de caracterização dos diferentes serviços que constituem a RIUTI e ajudam a entender a natureza deles.

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, definidas do seguinte modo.

As operações materiais [M] referem-se a atividades executadas sobre um objeto tangível por meio de tecnologias de transformação de materiais ou logística, como mecânica, robótica ou transporte.

As operações informacionais [I] referem-se a atividades executadas sobre dados codificados por meio de tecnologias de processamento de informações, como sistemas de informação e redes de telecomunicações.

As operações metodológicas [M] referem-se a atividades executadas sobre métodos por meio de tecnologias de processamento de conhecimento. São operações predominantes, por exemplo, em serviços profissionais qualificados como consultorias jurídicas ou gerenciais.

As operações relacionais [R] referem-se a atividades cujo suporte é o cliente/usuário, por meio do uso direto de competências, como no caso do relacionamento direto com o cliente em vendas.

A decomposição funcional do produto não é uma tipologia, mas o mapeamento das diferentes operações que ocorrem ao longo do processo produtivo podendo ser aplicadas diversas delas em uma mesma prestação de serviço. A decomposição funcional contribui para esclarecer a diversidade do produto do serviço, mas é necessário aprofundar o entendimento sobre o que é o produto e o que se espera como resultado do processo produtivo em serviços. A representação do produto como vetores de características vem contribuir para essa compreensão.

A origem da formulação do produto em termos de características está na teoria do consumidor de Lancaster, expansão da teoria econômica clássica, também conhecida como teoria das preferências de Lancaster. Lancaster abriu parte da caixa preta do produto (limitou sua análise a bens), demonstrando que o que se produz e se percebe como algo homogêneo e pronto é, na verdade, a junção de diversos elementos que apresentam, cada um, uma utilidade e preço (RESENDE; SCARPEL, 2009). Para Windrum e García-Goñi (2008, p. 651), o *insight* de Lancaster foi perceber que os consumidores não desejam o produto por si, mas o conjunto particular de características de serviço que ele reúne o que, em conjunto com o preço, são a base da decisão de compra do consumidor.

Depois de Lancaster, Saviotti e Metcalfe (1984 *apud* GALLOUJ, 2002, p. 30) desenvolveram a idéia sob perspectiva evolucionária em um estudo sobre inovação na indústria. Sob essa perspectiva, as firmas competem por meio da oferta no mercado de combinações específicas de características de serviço. No modelo de Saviotti e Metcalfe, o vetor de características de serviço [Y] estaria relacionado a um vetor de características técnicas [T] que, por sua vez, estaria diretamente relacionado a um vetor de características de processo [P]. Este último vetor inclui ativos tangíveis e intangíveis, pessoal (educação, treinamento, experiência e habilidades do pessoal), recursos organizacionais (cultura organizacional, estrutura, regras e procedimentos da firma).

Na manufatura, existe clara correspondência entre características técnicas [T] e as características finais do produto [Y]¹². Nos serviços, essa relação não é direta e é difícil separar processo de produto, razões pelas quais Gallouj e Weinstein (1997) estenderam e aperfeiçoaram o modelo de Saviotti e Metcalfe com base em seus estudos sobre inovação em serviços. Assim, no modelo de Gallouj e Weinstein, o vetor [P] definido por Saviotti e Metcalfe é destrinchado nos vetores [C], de competências dos prestadores, e [T] de competências técnicas tangíveis e intangíveis. Gallouj e Weinstein também acrescentam o vetor de [C'] de competências dos clientes/usuários, reconhecendo que a intensidade da relação de serviço é um elemento definidor de seu produto.

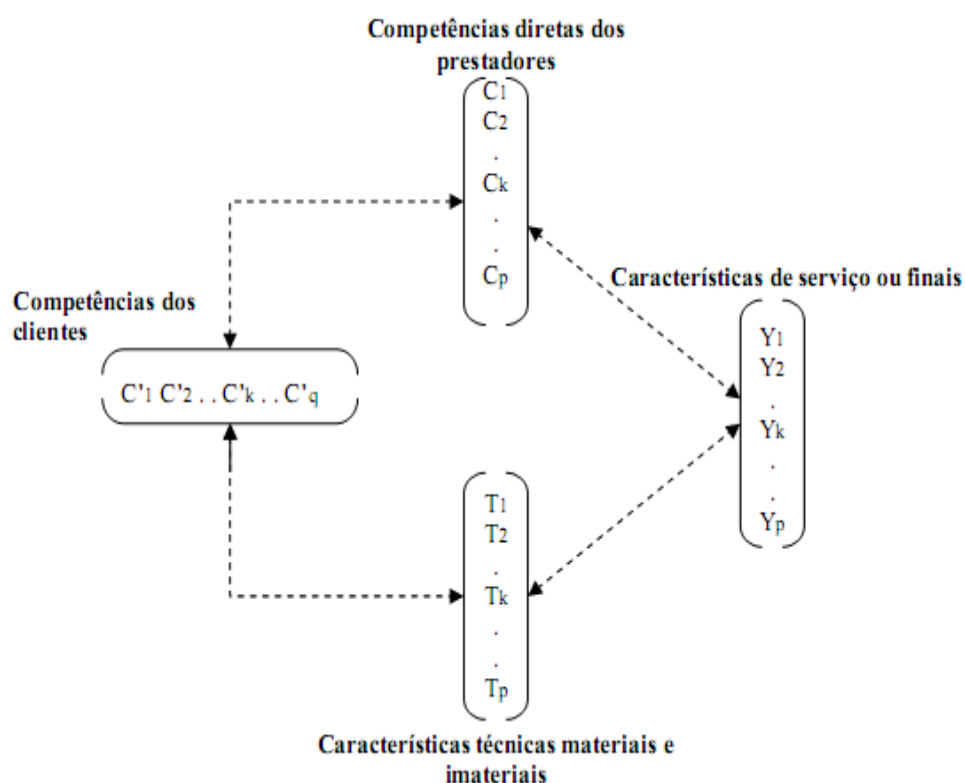


Figura 4 – Representação geral do produto em termos de vetores de características
Fonte: extraído de Vargas (2006, p. 68).

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 [C'] de competências dos clientes/usuários ao modelo. 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

¹² Por exemplo, existem três tecnologias centrais na definição das características de serviço dos telefones celulares: bateria, tela e microchip. As características técnicas correspondentes, combinadas, delimitam as possibilidades de qualidade de imagem, de som e de tempo de uso antes do recarregamento (WINDRUM; DIAZ; FILIOU, 2009).

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 (seção 3.1.2).

Essa definição de inovação é bem abrangente, pois permite reconhecer o fenômeno em diferentes graus. Variações nos vetores de características podem significar inovações radicais, como a criação de um novo serviço, ou fenômenos menos eloquentes, a exemplo de melhorias ou incrementos de características, os quais podem ter efeitos acumulativos significativos. O modelo representativo do produto do serviço também permite reconhecer variações localizadas, fazendo o entendimento do que seja inovação ser apreendido de forma relativa e não apenas em termos gerais, como em relação ao mercado global.

3.1.1.3 A natureza convencional do produto dos serviços

A representação do produto do serviço como conjunto de vetores de características na abordagem integradora da inovação em serviços procura reconhecer as especificidades dos serviços e sua relevância econômica. O esforço analítico torna os modelos mais realistas e expõe com detalhes o caráter processual e diversificado dos serviços. Como visto, o produto dos serviços varia conforme a intensidade da relação de serviço, as competências empregadas pelo produtor e pelo cliente/usuários. Assim, como afirma Vargas (2006), esse caminho pode levar à armadilha da indeterminação, retirando dos modelos sua capacidade de generalização e, por conseguinte, de análises setoriais.

Para Gadrey (2001), os atores envolvidos na relação de serviço tratam essa extrema variabilidade por meio da instituição de convenções sobre o produto do serviço.

Para o autor,

falar em convenção implica a existência de um sistema de representação comum a atores distintos, ou um sistema de expectativas recíprocas desses atores em torno de uma questão comum. Esse sistema é progressivamente construído ao cabo de

interações e frequentemente de conflitos e se encontra suficientemente estável (...) para funcionar como uma referência (...) (GADREY, 2001, p. 59).

Com sua explicação, Gadrey (2001) afasta a interpretação de que a definição do produto ocorreria por decisão arbitrária, com base em escolha pessoal, caso a caso, de indivíduo ou grupo de indivíduos. Ainda assim permanece a incerteza associada ao próprio processo de construção das convenções, referente à diversidade dos sistemas de valores dos atores envolvidos.

No setor público, o produto que o serviço público oferece também é situado no contexto e socialmente construído. Além disso, o resultado que se espera do serviço e de mudanças em suas características (inovação) também é construído, dificilmente podendo ser associado exclusivamente a ganhos de competitividade e lucro, como no setor comercial.

É necessário discutir a natureza do produto do serviço e de seu resultado para mais bem compreender o resultado que se espera e se obtém da inovação no serviço público. Aqui, associa-se uma mudança no resultado do serviço com o resultado da inovação, quando o serviço passou por processo de inovação, evidentemente.

Para Gadrey (2001), existe uma incerteza sobre o horizonte temporal de referência na definição do produto do serviço. Isso ocorre porque há uma discussão sobre produtos diretos e indiretos. Aqueles seriam imediatos à relação de troca e estes seriam os resultados pretendidos pelo cliente/usuário, que ocorreriam mais adiante no tempo.

Para o autor, essa discussão é clássica e tem repercussão até em litígios perante o Poder Judiciário. Trata-se da diferenciação entre a obrigação em relação ao emprego de recursos ou em relação ao resultado. A obrigação de recursos significa que o produto do serviço é medido em relação aos insumos usados no processo produtivo, como dias de internação em um hospital. A obrigação em relação ao resultado significa que o produto é medido em relação aos resultados produzidos pelo serviço, como o tempo de sobrevivência de um paciente transplantado ou o aumento do índice de autonomia de um paciente de reabilitação física pós-trauma.

Se o produto for o imediato, corre-se o risco de igualar serviços que produzem resultados bem diferentes, em razão, por exemplo, das competências dos profissionais envolvidos ou das características técnicas dos equipamentos usados ou da eficácia dos métodos seguidos.

Por sua vez, se o produto for o resultado, fatores externos ao processo e pelos quais o produtor não é responsável influenciarão o produto. No exemplo da área da saúde, características físicas dos pacientes, hábitos pessoais, assistência dos familiares, condições de seu ambiente podem afetar o resultado dos cuidados de saúde que foram oferecidos pelo produtor.

Para Gadrey (2001), não existe solução “científica” para a questão. Conforme o caso, convenções sobre a definição dos produtos são instituídas.

Na literatura econômica de abordagem evolucionária, a inovação é reconhecida como o principal motor para o crescimento econômico e o aumento da competitividade (CAINELLI; EVANGELISTA; SAVONA, 2005). Esses seriam resultados mais amplos e finalísticos da inovação. Amplos porque se referem a uma visão macroeconômica que procura explicar por meio da inovação a mudança econômica. Finalísticos porque essa visão não menciona diretamente efeitos sobre produtos imediatos do processo produtivo nem efeitos colaterais, desejáveis e indesejáveis, da inovação sobre a sociedade.

Isso não significa que a literatura sobre inovação, em particular sobre inovação em serviços, que é o enfoque desta dissertação, deixe de se ocupar dos efeitos da inovação sobre as organizações, bem como seus resultados sobre outras variáveis econômicas, além do crescimento, como no emprego, por exemplo (CAINELLI; EVANGELISTA; SAVONA, 2005). A discussão sobre o produto do serviço no contexto do setor público é retomada na seção 3.2.

3.1.2 Modos de inovação segundo a abordagem integradora

Os modos de inovação são um tema ainda polêmico nos estudos de inovação em serviços e no setor público, pois não há o quase consenso que caracteriza a tipologia Schumpeteriana¹³ (SCHUMPETER, 1982), usada nos estudos *mainstream*. É desejável obter-se alguma estabilidade na classificação das inovações para permitir a análise de sua natureza e viabilizar sua medição em estudos agregados e comparativos. Aqui serão

¹³ Schumpeter (1982) menciona cinco tipos de inovação: 1) novo bem ou nova qualidade de bem, 2) novo processo de produção ou comercialização, 3) novo mercado, 4) nova fonte de insumos, 5) nova organização na indústria.

abordados os modos de inovação propostos em estudos que usam a representação do produto como vetores de características.

Retomando a ideia de inovação como processo de variação em elementos estruturais da economia e conjugando-a com a representação do produto dos serviços em termos de vetores de características, 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/usuários e produtores, bem como novas características técnicas materiais e imateriais, mas as características finais do produto não se modificam significativamente. Um exemplo seria a introdução da cirurgia ambulatorial de catarata, usando laser, no lugar da cirurgia hospitalar de catarata, usando bisturi convencional (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Essa seria uma inovação radical, mas o serviço seria o mesmo, com melhorias no vetor de características finais [Y], de competências técnicas [T] e de competências diretas dos prestadores [C].

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. No caso particular de ocorrer apenas aperfeiçoamento de competências do produtor, que geram melhorias nas características finais do produto, não se diferenciaria do processo de aprendizagem organizacional. O autor argumenta que esse modo de inovação não pode ser ignorado em razão dos seus resultados cumulativos sobre a economia.

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. Para o autor, esse tipo de inovação é lugar comum na indústria de seguros na qual se acrescentam à apólice básica novas garantias e serviços em caso de sinistro.

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. Um exemplo de combinação apresentado pelo autor é a criação dos resorts por meio da combinação de características de hotel e clube de luxo. Um exemplo de dissociação é a criação de hotéis básicos e baratos, como a concepção da

linha *Formule 1* da cadeia francesa Accor, por meio da eliminação de uma série de características de hotéis de alto padrão como o serviço de *check-in* e *check-out*, o frigobar, o restaurante.

A inovação por formalização é a sistematização documentada das características do produto, tornando-as mais visíveis e padronizadas. Essa forma de inovação ocorre em associação com os modelos *ad hoc* e por recombinação. Gallouj (2002) oferece o exemplo da auditoria legal, cujo produto sempre existiu e era prestado no contexto da consultoria jurídica. Por meio de processo de construção social, algumas das características do produto foram delimitadas, documentadas e deu-se o nome de auditoria legal a esse produto identificado. Após a formalização, tornou-se possível recombina as características do serviço anterior e “extrair” dele a auditoria legal. A associação desse modelo de inovação com a inovação *ad hoc* é tratada a seguir.

A inovação *ad hoc* é a construção conjunta de uma solução para o problema colocado pelo cliente/usuário, por meio da interação entre este e o produtor/prestador de serviço, o que provoca mudanças nas características do serviço. A natureza interativa desse tipo de inovação limita sua reprodutibilidade. No entanto, o produtor, por exemplo, uma consultoria, pode aprender novas competências e codificar (formalizar) o conhecimento para uso posterior em circunstâncias similares, o que demonstra a associação desse modelo com a inovação por formalização. Para Drejer (2004), esta não seria inovação, mas aprendizado cumulativo, resultante da atividade normal da firma de ajustar seu produto às necessidades de novos clientes.

3.2 Inovação no setor público na abordagem da administração pública

Os estudos neo-Schumpeterianos sobre inovação focam na aquisição e desenvolvimento de competências pelas firmas, principalmente industriais, e em sua competição por sobrevivência, por meio da inovação nos mercados ou criação de novos mercados. Esta é uma parte importante da realidade, mas não a única. Ocorrem também processos de inovação em organizações que não são firmas comerciais e, portanto, têm outros objetivos ao inovar, diferentes de ganhar fatias crescentes do mercado (KOCH; HAUKNES, 2005; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008).

A literatura de inovação em serviços comerciais contribui para desvelar os processos de inovação no setor público, que foca suas atividades em serviços diretos à população. Reconhecem as especificidades e heterogeneidades dos serviços e procuram desenvolver teorias e ferramentas analíticas que contribuam para entender mais bem o processo de inovação em serviços.

No entanto, estudos sobre inovação nos serviços públicos na literatura sobre inovação em geral e sobre inovação em serviços frequentemente aplicam o mesmo referencial usado para analisar o setor comercial, adaptando-o a algumas peculiaridades do objeto de estudo. Os modelos são altamente simplificados (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008) e não reconhecem as especificidades do setor público.

Outra dificuldade na simples transposição e aplicação da teoria da inovação ao setor público é a dificuldade de identificação do produto e do resultado do serviço, à semelhança do que já foi discutido sobre as especificidades do produto do serviço.

No setor público, a identificação do resultado da inovação nos níveis organizacional e macro não é simples. Como as organizações não competem por participações crescentes em um mercado comercial, o resultado da inovação do ponto de vista macro fica associado a objetivos políticos-eleitorais e socioeconômicos.

Os objetivos políticos-eleitorais referem-se à maximização da probabilidade de grupos políticos se elegerem ou reelegerem por meio da promoção de certa política pública. Por essa abordagem, o resultado da inovação seria o resultado eleitoral e a disseminação de visão de mundo do grupo no poder. De forma a capturar melhor a dinâmica da inovação, este modelo precisa ser alterado e estendido (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). A literatura consultada identifica outros resultados esperados, além do eleitoral, que atuam como incentivo para implantação da inovação no setor público. É possível identificar diversos resultados nos níveis macro e meso, conforme o ramo da atividade pública. O foco aqui é o setor público de saúde.

Os atores envolvidos no processo de inovação podem estar perseguindo a concretização de valores que, muitas vezes, estão traduzidos em objetivos políticos e princípios da administração pública. Assim, os resultados desejados podem estar associados a objetivos de bem estar social, garantia de direitos, promoção da equidade e melhoria da qualidade do serviço prestado à população, mesmo que isso leve a aumento de custos e exija esforço de retórica persuasiva junto a prestadores e usuários para viabilizar a implantação das mudanças.

Do ponto de vista da organização pública, o resultado associa-se às finalidades organizacionais específicas. Windrum e García-Goñi (2008) não desenvolvem os objetivos sociais dos formuladores de política no caso estudado de implantação da cirurgia ambulatorial em hospital espanhol. Apenas mencionam que sua decisão de implementar a inovação procurou maximizar funções de bem estar social. No entanto, tratam da questão dos custos e das preferências dos usuários. Os autores constataram que, como resultado dessa inovação, os custos unitários das cirurgias caíram, porém, os custos totais do hospital aumentaram porque houve aumento da demanda por cirurgias. Os gestores do sistema de saúde insistiram na implantação da inovação, mesmo enfrentando a resistência dos usuários contra a redução do tempo de permanência no hospital, por medo de complicações. Dessa forma, apesar do aumento de custos e da resistência do público, que poderiam trazer resultados eleitorais adversos, a implantação da cirurgia ambulatorial tornou-se diretriz para o sistema de saúde espanhol e se disseminou. A melhoria na qualidade da assistência e no acesso ao serviço, bem como a possibilidade de capitalizar politicamente esses resultados contribuíram conjuntamente para a decisão dos formuladores de política em implementar essa inovação em particular.

No nível organizacional, foi possível identificar os seguintes resultados da implantação da cirurgia ambulatorial, considerando a distinção entre produto e resultado do serviço: redução do tempo necessário para a recuperação do paciente (qualidade da assistência), redução do tempo de perturbação da vida pessoal e profissional do usuário (qualidade da assistência), redução da probabilidade de agravamento da doença em razão do tratamento precoce (qualidade da assistência), redução do tempo entre o diagnóstico e a realização do tratamento, isto é, melhoria da qualidade de vida e redução da fila de espera (qualidade da assistência/eficiência); redução no uso de leitos (eficiência), aumento do número de cirurgias (eficiência/productividade) (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Estes são resultados no nível organizacional, com reflexos no nível macro sobre o custo do sistema, sobre o acesso e a qualidade do serviço.

3.2.1 Modelos de análise da inovação no setor público

Nesta seção, são apresentados dois modelos de análise da inovação no setor público. O primeiro é fruto de um esforço de pesquisa internacional, financiado pela União Europeia¹⁴, que abrangeu a realização de revisão bibliográfica das teorias que poderiam contribuir para a compreensão da inovação no setor público e a realização de estudos de caso em diversos países. Esses estudos serviram de base para que Koch e Hauknes (2005) criassem um modelo de análise, visando no futuro construir uma teoria de baixo para cima sobre inovação no setor público.

O segundo modelo, formulado por Windrum e García-Goñi (2008), baseia-se na representação do produto como vetores de características (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997) para propor um quadro analítico que inclua explicitamente os formuladores da política pública.

3.2.1.1 O modelo de Koch e Hauknes (2005)

É possível identificar duas premissas importantes no modelo de Koch e Hauknes (2005). A primeira é a de que o processo chave na administração pública é a alocação orçamentária e que ela é realizada com base em avaliação do desempenho da atividade. A segunda é a de que os atores envolvidos agem racionalmente, dentro das especificações e requisitos de seu ambiente.

Segundo o modelo, o sistema de controle de desempenho, mediante indicadores, que alimenta a alocação orçamentária, constitui os incentivos que criam um ambiente de seleção para as inovações. Assim, selecionam-se os comportamentos que melhor se conformam à teoria e às finalidades que embasam o sistema de indicadores em uso. Esse modelo é resumido na Figura 5.

¹⁴ Projeto de pesquisa Publin, que é parte de amplo Programa para pesquisa, desenvolvimento tecnológico e demonstração sobre “aperfeiçoamento do potencial humano para a pesquisa e da base de conhecimento socioeconômico”.

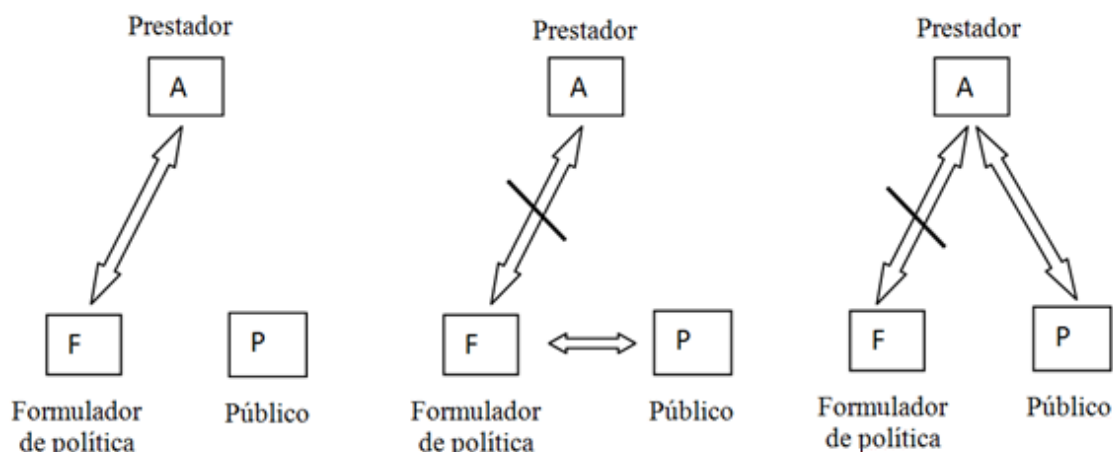


Figura 5 – Modelo de inovação no setor público: três cenários possíveis

Fonte: adaptado de Koch e Hauknes (2005, p. 20-22).

No modelo, o setor [A] é a organização pública prestadora do serviço ou a atividade em si. Pode ser uma agência implementando uma política pública em alguma esfera social ou um setor da administração pública como o setor saúde ou de educação. O setor [F] é a política pública, o sistema político ou de financiamento. Este é o setor que estabelece unilateralmente as restrições de desempenho da atividade [A]. O setor [P] é a opinião pública¹⁵, que inclui a mídia, os cidadãos votantes, o sistema democrático, a sociedade em geral. Seu papel é o de usuário dos serviços prestados por [A] e de provedor de *feedback* para [F], segundo os mecanismos do sistema democrático. O *feedback* dado por [F] baseia-se em sua percepção sobre a lacuna entre sua expectativa em relação ao serviço e o desempenho entregue por [A].

No primeiro cenário, o nível do serviço [A] e da política pública [F] são equivalentes em suas especificações sobre comportamento esperado e respectivas implicações orçamentárias. Não há conflito sobre a teoria da atividade, assim inovações propostas terão aceitação mútua. No curto prazo, as percepções do público [P] não provocam perturbação. No longo prazo, se o modelo de [P] for suficientemente diferente, os atores em [F] podem ser substituídos por outros com modelo mais de acordo com o de [P]. Isso levaria ao segundo cenário.

Nos segundo e terceiro cenários, os modelos de [A] e de [F] sobre desempenho e alocação orçamentária divergem. A diferença entre esses dois cenários é a relação entre o modelo de [P] e os modelos dos outros dois setores. Essa relação é o árbitro que decide o novo equilíbrio no longo prazo. No curto prazo, [F] pode tentar conformar [A]

¹⁵ *Public eye*.

ao seu modelo por meio da avaliação de desempenho, que determina penalidades orçamentárias por comportamentos diferentes do especificado por [F]. Segundo os autores, o modelo tende ao consenso, se a inter-relação entre os setores for suficientemente forte. A equivalência do modelo de [P] com qualquer dos dois demais setores formará a base do consenso.

Para Koch e Hauknes (2005, p. 22), o principal resultado da sua teoria da inovação é a importância de se considerar o desenho do sistema de medição do desempenho, que é um elemento poderoso para moldar o desenvolvimento e as estratégias de inovação.

3.2.1.2 O modelo de Windrum e García-Goñi (2008)

A formulação Windrum e García-Goñi (2008) filia-se à abordagem integradora da inovação em serviços. Usa a representação vetorial do produto para propor a explicitação do formulador de política em um modelo de análise da inovação no setor público, aplicado a serviços de saúde. Para os autores, o modelo multiagente permite analisar melhor as interações entre as esferas econômica, social e política e trazer questões de política, poder e persuasão retórica para o centro da discussão.

Windrum e García-Goñi (2008) analisaram um caso de introdução de cirurgia ambulatorial de catarata em hospital espanhol usando seu modelo multiagente de coevolução das características dos serviços, preferências e competências. Esse modelo é reproduzido na Figura 6, com as adaptações necessárias para melhor comparação com o modelo de Gallouj e Weinstein (1997), da Figura 4.

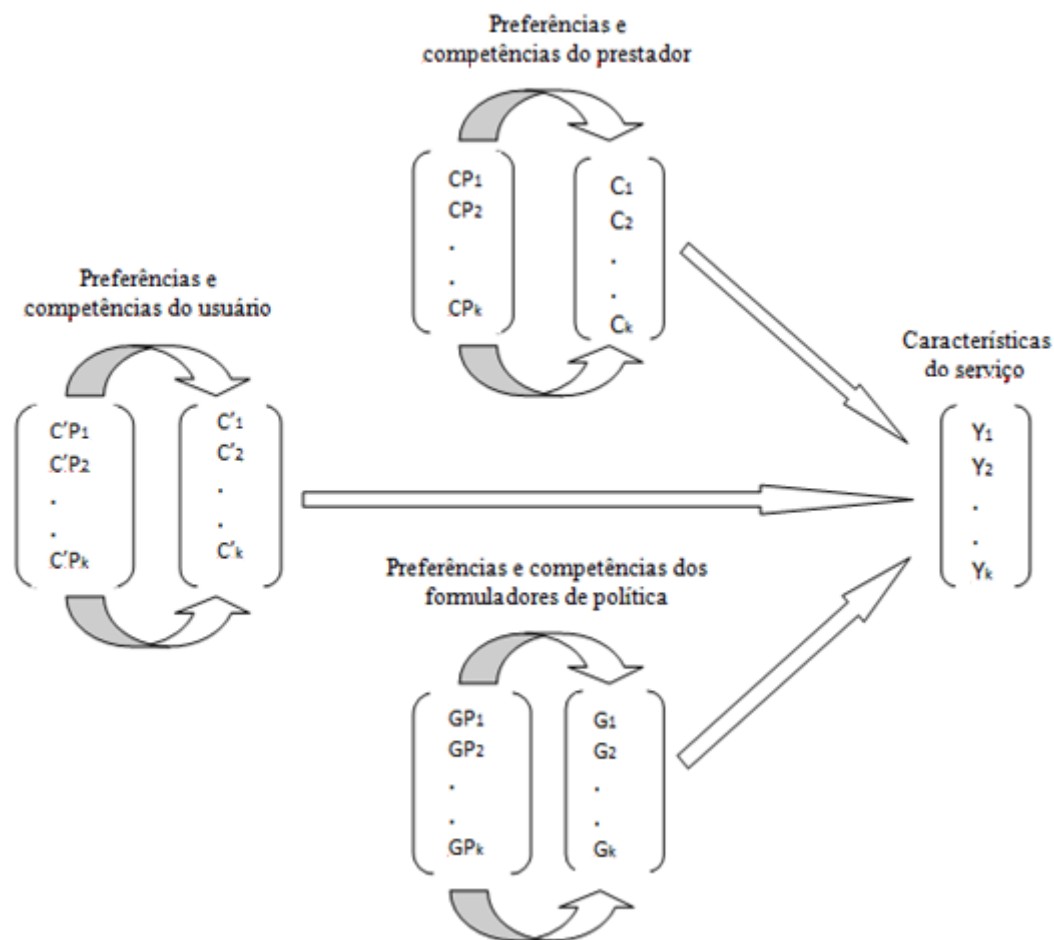


Figura 6 – Modelo multiagente de coevolução das características dos serviços, preferências e competências

Fonte: adaptado Windrum e García-Goñi (2008, p. 654).

Uma diferença evidente do modelo de Windrum e García-Goñi (2008) para o de Gallouj e Weinstein (1997) é a explicitação dos formuladores de política. Para os autores, o papel desempenhado por estes atores é tão poderoso que eles precisam ser explicitados no modelo. Como discutido mais adiante, os formuladores de política no setor saúde promovem importantes inovações e, no nível local, ditam, em grande medida, o ritmo de sua implantação.

Outra diferença entre os modelos é a explicitação dos vetores de preferências em interação com os vetores de competências. Para os autores, as preferências e as competências são em parte formadas privadamente e em parte influenciadas pelo ambiente e grupos sociais nos quais os atores vivem. Windrum e Garcia-Goñi (2008) argumentam que não se pode entender o surgimento, a direção e a velocidade de disseminação de uma inovação na área de saúde sem o exame explícito do modo pelo qual interagem as preferências, possivelmente conflitantes, dos atores.

No caso dos usuários, os vetores [C'P] e [C'] representam respectivamente suas preferências (motivações, inclinações) e suas competências. Para Windrum e García-Goñi (2008), o processo de inovação requer usuários hábeis (competências) e desejosos (preferências) de experimentar novos produtos. Os autores dão como exemplo o serviço de saúde, no qual o diagnóstico depende em parte da competência de os pacientes descreverem bem os sintomas e seu histórico pessoal e familiar de saúde. No vetor de preferências, mencionam crenças religiosas e convicções morais dos usuários, que podem representar grande resistência a novos serviços. Dessa forma, as demandas por serviços de saúde dos usuários seriam formadas em parte por eles mesmos e em parte por influência dos grupos sociais dos quais participam.

Por fim, este modelo dispensa o vetor de características técnicas, que é absorvido pelo vetor de competências do prestador, sob o argumento de que, no setor saúde, a tecnologia material é mais um fator na formação do produto e que, no conjunto, a interação entre as competências do prestador e dos usuários é o principal.

Tanto Windrum e García-Goñi (2008) quanto Koch e Hauknes (2005) reconhecem que as preferências dos atores podem ser conflituosas. Enquanto os segundos dispensam maior atenção à questão, que se torna o ponto central de sua teoria da inovação no setor público, os primeiros tratam rapidamente do tema focando a relação entre formuladores de políticas e prestadores. Dizem que, se as preferências divergem, o poder relativo dos atores e a retórica impactam a efetiva implantação da inovação e a forma que ela ocorre. Nesse caso, os formuladores de política podem promover reformas organizacionais e institucionais visando ganhar maior controle sobre os prestadores e, conseqüentemente, sobre a natureza e custo de suas atividades.

3.2.2 Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público

Existem características contextuais do setor público em geral e do setor saúde em particular que podem afetar a direção e a intensidade dos processos de inovação. Algumas dessas características referem-se a peculiaridades gerais da administração pública dos países e à organização do ramo do serviço público em estudo. Aqui serão apresentados alguns propulsores e barreiras ao processo de inovação no setor público de saúde que podem ajudar a compreender a inovação na regulação assistencial no DF.

Alguns desses fatores podem agir como propulsores ou barreiras, dependendo das circunstâncias, raramente são mutuamente exclusivos e podem ter relações de causa e efeito entre si, em interações complexas (KOCH; HAUKNES, 2005).

A restrição de recursos pode agir como propulsora do processo de inovação (DJELLAL; GALLOUJ, 2008). A falta de recursos é um problema que incentiva a introdução de inovações, visando suplantá-la à melhoria da qualidade ou expansão dos serviços. Por exemplo, um dos objetivos da regulação assistencial é proporcionar uso mais eficiente dos recursos em saúde e assim produzir mais, prestar mais serviços, alcançar maior parcela da população, sem onerar na mesma proporção o orçamento da saúde. Outro exemplo, que não se refere à insuficiência de recursos financeiros, é a implantação de laboratórios centralizados e de telepatologia em razão da falta de patologistas no mercado de trabalho (LEONG; LEONG, 2005). A restrição de recursos também pode agir como barreira à inovação. Podem faltar meios financeiros, competências ou sistemas de apoio necessários à implantação de inovações. Além disso, há inovações que visam melhoria de qualidade, mas acrescentam gastos ao sistema de forma contínua, o que pode impedir sua implantação (KOCH; HAUKNES, 2005).

Mudanças sociais também podem atuar no sentido de impulsionar processos de inovação (DJELLAL; GALLOUJ, 2008). Mudanças nas preferências dos usuários dos sistemas de saúde, decorrentes de maior informação, consciência e preocupação com o estado de saúde pode provocar aumento da demanda por serviços de saúde. Mudanças demográficas também podem alterar a composição da cesta de serviços demandada pela sociedade, o que tem exigido a criação de serviços especialmente voltados para populações específicas, como os idosos ou grupos submetidos a níveis elevados de pobreza relativa ou pacientes de doenças emergentes.

O impulso político tanto de base ideológica quanto em resposta a eventos críticos e pressões pode desencadear processos profundos de inovação. Mudanças estratégicas, a adoção de novas visões e de novos conceitos exigem forte vontade política vinda do topo, o que viabiliza a alocação de recursos substanciais (KOCH; HAUKNES, 2005).

A introdução de mecanismos competitivos e a maior consciência acerca da competição no setor saúde podem atuar como propulsores da inovação. Incluem-se aqui os mecanismos para promover a transparência para o público sobre o desempenho de sistemas, organizações e mesmo profissionais. Nem sempre os efeitos desse fator são benéficos, como no caso de incentivos a comportamentos que distorcem indicadores de desempenho (DJELLAL; GALLOUJ, 2008; KOCH; HAUKNES, 2005).

Fatores tecnológicos podem impulsionar processos de inovação imediatos e outros posteriores referentes a aperfeiçoamentos de processos, interação entre sistemas, formalização de métodos. Há evidências de que pressões competitivas podem impulsionar a corrida por incorporação tecnológica na área da saúde, não importando o tamanho da organização (DJELLAL; GALLOUJ, 2008; KOCH; HAUKNES, 2005).

O tamanho e a complexidade do ramo do setor público são listados entre as possíveis barreiras ao processo de inovação (KOCH; HAUKNES, 2005). O setor público de saúde é extremamente complexo e de larga escala, composto de sistemas interligados e multi-nível, com grande quantidade de servidores de diferentes especialidades e níveis de formação, bem como grande diversidade de produtos, processos e arranjos organizacionais. Essa configuração pode gerar falta de competências localizadas, falta de entendimento comum sobre os problemas e as abordagens a ser adotadas e problemas de comunicação. Esses problemas podem afetar a capacidade de aprendizagem organizacional, de identificação de oportunidades para inovação e sua disseminação.

No setor saúde, a resistência de grupos profissionais à inovação pode ser uma barreira importante. Diversos desses grupos representam profissões bem estabelecidas, influentes e que possuem suas próprias perspectivas e racionalidades. Estão prontos a defender seus papéis estabelecidos e agendas. Esse é mais um fator que pode gerar problemas de comunicação internos e entravar o processo de inovação e sua disseminação (KOCH; HAUKNES, 2005).

No setor público em geral, e mais acentuadamente no setor saúde, a aversão ao risco pode representar barreira importante à inovação. O processo de inovação tem uma incerteza associada a ele que desperta resistência na presença de risco de resultados negativos. Esse comportamento pode ser particularmente forte no setor de saúde no qual há riscos aos pacientes, riscos políticos associados a fracassos, que podem ser explorados pela oposição e pela mídia, bem como riscos profissionais referentes à responsabilização pelo desempenho (KOCH; HAUKNES, 2005).

No setor de saúde, a amplitude dos atores envolvidos no processo e a complexidade do sistema geram a necessidade de consultas, pactuação e avaliação prévia de propostas de mudança (KOCH; HAUKNES, 2005). No Brasil, onde o sistema é federativo em três níveis autônomos e onde o sistema de saúde prevê diversas instâncias colegiadas de decisão, essa barreira pode ser importante.

Os usuários podem agir com resistência a mudanças no modo de prestação de serviços. Essa resistência pode vir de grupos de interesse, como organizações de pacientes de certas doenças, como de grupos com outros tipos de identificação, a exemplo de sexo, renda, idade ou acesso à tecnologia da informação e da comunicação (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008; KOCH; HAUKNES, 2005).

Essa coleção de variáveis que pode afetar a inovação no setor público, em conjunto com a explicação do mecanismo e da direção de sua influência sobre o processo é o embrião de uma teoria da inovação no setor público, com origem em escolas da administração pública, e construída de forma indutiva, com base em estudos empíricos, como proposto pelo projeto Publin.

A colaboração de Windrum no projeto da União Europeia (KOCH; HAUKNES, 2005) e as referências de Djellal e Gallouj (2008) a fatores que agiriam como facilitadores e barreiras no processo de inovação no setor público mostram o trânsito dos autores entre as teorias de origem evolucionária e as de origem nas escolas de administração pública. Esses exemplos podem prenunciar uma possível integração entre as duas formulações que, no entanto, ainda não ocorreu.

3.3 Discussão da teoria de inovação aplicada ao setor público

Tendo apresentado dois modelos de análise da inovação no setor público, resta compará-los e contrastá-los, bem como discutir suas contribuições face à abordagem integradora da teoria da inovação em serviços.

De início, cabe ressaltar que o modelo de Windrum e García-Goñi (2008) não traduz graficamente as interações entre as características do produto e as competências dos atores nem as interações entre as competências dos diferentes atores, ao contrário do modelo de Gallouj e Weinstein (1997). Apesar disso, os autores afirmam que inovações podem alterar instituições, estruturas econômicas e as competências dos agentes chave. Afirmam também que as interações entre as competências e preferências, bem como entre pacientes e profissionais de saúde são essenciais para a definição das características dos serviços (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008, p. 650, 656). Sendo assim, as setas que chegam ao vetor de características do produto [Y] deveriam ser bidirecionais.

Windrum e García-Goñi (2008) associam as características do serviço ao seu resultado e não ao produto direto do serviço, isto é, o tratamento, a cirurgia, o exame. Por exemplo, os autores afirmam que o conjunto final de características do serviço varia entre pacientes em razão de sua fisiologia, que, em combinação com o tratamento, pode gerar resultados desejáveis ou indesejáveis. Essa distinção entre produto e resultado é importante na presente dissertação para evitar confundi-los quando da investigação de aspectos do resultado da inovação em serviços públicos. Dessa forma, para os objetivos desta pesquisa, é melhor adotar um modelo que explicito o produto do serviço, como o de Gallouj e Weinstein (1997), no lugar de subsumi-lo ao resultado.

A incorporação das preferências dos atores no modelo de representação vetorial do produto, feita por Windrum e García-Goñi (2008), chama a atenção principalmente para a influência dos usuários na configuração das características finais do produto. Esse tema é caro à abordagem baseada em serviços e é especialmente defendida por Gallouj (2002). No entanto, o modelo concebido por Gallouj e Weinstein (1997) pretende representar o produto do serviço, isto é, os elementos que compõem o produto e não as variáveis que influenciam sua configuração. A origem dessa confusão parece estar na intenção de representar a prestação de serviço de forma semelhante a um diagrama de insumo-produto. Não é essa a melhor interpretação do modelo de Gallouj e Weinstein (1997), que deve ser visto como um todo que representa o produto do serviço. Dessa forma, apesar de concordar que as preferências influem ao longo do tempo na evolução do produto, elas não o integram efetivamente. A questão da participação do usuário na formulação do produto é mais bem desenvolvida, por exemplo, pela contribuição de Gadrey (2001) sobre as relações e lógicas de serviço.

Outra questão a ser destacada é a incorporação do vetor de características técnicas ao vetor de competências do prestador no modelo de Windrum e García-Goñi (2008). Os autores justificam essa simplificação argumentando que a tecnologia material seria apenas mais um fator na formação do produto. Retomando a decomposição funcional do produto (GALLOUJ, 2002), verifica-se que as operações de serviços não incidem apenas sobre o suporte material. A incorporação do vetor de características técnicas oculta a apreciação das operações informacionais, metodológicas e relacionais. Dessa forma, o modelo de Gallouj e Weinstein (1997) permite tratar de forma mais adequada a extrema variabilidade do produto do serviço.

O modelo de Koch e Hauknes (2005) compartilha com o de Windrum e García-Goñi (2008) o mérito de explicitar o poder público em sua formulação. Além disso, é o modelo que mais enfatiza as relações de poder entre os atores envolvidos.

A crítica à inclusão do ator político no modelo de Windrum e García-Goñi (2008) usa argumento semelhante ao descrito acima sobre a inclusão do vetor de preferências. Isto é, as competências do formulador de política influenciam ao longo do tempo a conformação do produto, mas não há uma relação direta entre elas e as características do produto, pois o formulador não participa da prestação do serviço.

A crítica ao modelo de Koch e Hauknes (2005), que não configura uma representação do produto do serviço, é de outra natureza. O modelo não parece ser específico o suficiente para examinar o processo de inovação em sua particularidade, considerando ainda a diversidade dos serviços. De fato, o modelo parece ser um instrumento geral de análise de relações políticas, que poderia ser usado para examinar, por exemplo, a formulação e implementação de qualquer política pública. Além disso, parece ignorar o produto do serviço, o objeto mesmo do processo de inovação.

A teoria de Koch e Hauknes (2005) sobre inovação no setor público tem a vantagem de explicitar e colocar em primeiro plano as lutas políticas entre os principais atores envolvidos, o potencial de conflito e a situação particular que permite a disseminação da inovação. Porém, a teoria funda-se em um arranjo de responsabilização por desempenho característico dos países onde se firmou o modelo contratual de reorganização burocrática preconizado pela Nova Gestão Pública. Isto é, tem como premissa a existência de sistema de alocação orçamentária baseado no controle de desempenho.

Na tradição disciplinar da economia, no modelo contratual, procura-se a responsabilização dos agentes públicos mediante contratos de desempenho ou de gestão entre o setor político [F] e organizações do serviço público [A], para usar a nomenclatura de Koch e Hauknes (2005). Corresponde aos modelos britânico e neozelandês. Os atores na estrutura burocrática são analisados a partir da imagem do *homo economicus*, como indivíduos racionais maximizadores de seus interesses e utilidades. Assim, os incentivos para o bom desempenho identificam-se com sanções e recompensas definidas conforme o resultado de um sistema de medição do desempenho (MELO, 1996).

Um outro arranjo de responsabilização corresponde à tradição da administração pública, predominante em países como o Canadá e a Austrália, chamado de

administrativo. Nesses países, procurou-se aumentar a transparência e a responsabilização mediante planos ministeriais, desdobrados por organização e programa, que contêm compromissos públicos com metas de desempenho. Os incentivos para o bom desempenho identificam-se com um *ethos* voltado ao interesse público e à satisfação em atendê-lo. São valorizados a liderança, o espírito de corpo e a hierarquia. Como os incentivos ao bom desempenho não são pecuniários, os sistemas de mensuração do desempenho tendem a ser menos rígidos, pois informações dessa natureza são utilizadas mais para apoiar o processo decisório do que para punir e recompensar (GOMES, 2002, p. 60).

Dessa forma, a proposta de Koch e Hauknes (2005) carece da generalidade necessária para ser designada de teoria da inovação no setor público. No caso brasileiro, mesmo reconhecendo que a atividade governamental não é um fenômeno monolítico e que há experiências do modelo contratual na administração pública, parece claro que o medição de desempenho não é de forma alguma a fundamentação do processo de alocação orçamentária. O modelo brasileiro está mais próximo do administrativo, principalmente nas atividades públicas não comerciais, que é objeto deste estudo.

Considerando a análise sobre os modelos propostos para entender a inovação no setor público, conclui-se que, apesar de suas contribuições para explicitar o ator político no processo, suas limitações de formulação não os habilitam como substitutos do modelo de representação do produto de Gallouj e Weinstein (1997). Sendo assim, é adotada na pesquisa a abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, de origem evolucionária, operacionalizada pelo modelo de representação do serviço em termos de vetores de características de Gallouj e Weinstein (1997).

4 Método

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. Seu objetivo é identificar efeitos dos processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da regulação de internação em UTI (RIUTI) no Distrito Federal.

Quanto aos seus objetivos, a pesquisa é descritiva (GIL, 1991), pois procura descrever os processos de inovação desenvolvidos nos serviços constitutivos da RIUTI, em diferentes estabelecimentos envolvidos, e identificar efeitos desse processo sobre as competências diretas dos prestadores, sobre as características técnicas materiais e imateriais do serviço e sobre as características finais do produto.

A pesquisa também tem caráter exploratório (YIN, 2010; GIL, 1991) por dois motivos principais. Primeiro, porque esse tipo de pesquisa é usada quando se deseja conhecer determinado fenômeno sobre o qual não se tem informações suficientes. No presente caso, apesar de a regulação assistencial, na qual se insere a RIUTI, ser apresentada como resposta a diversos problemas enfrentados pelo SUS (CONASS, 2007), ainda há discussão sobre sua efetividade na viabilização dos princípios de integralidade e equidade no SUS. A dissertação contribui para essa discussão porque investiga resultados da RIUTI sobre objetivos declarados do sistema local de saúde. Segundo, a pesquisa envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que têm experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulam a compreensão sobre os processos de inovação em RIUTI no DF. Os estabelecimentos visitados e os entrevistados que forneceram dados para o estudo de caso foram selecionados em razão de sua aceitação em participar da pesquisa. Sendo assim, os dados não têm representatividade estatística e os resultados não são generalizáveis.

Quanto aos meios, inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica (GIL, 1991) sobre inovação em serviços, inovação no serviço público e regulação assistencial. Dessa forma, foi identificado referencial teórico que orientasse a investigação empírica sobre o objeto. Em especial, procurou-se identificar os possíveis efeitos e resultados do processo de inovação em regulação assistencial a ser utilizados na análise das informações coletadas.

Ainda em relação aos meios, a pesquisa tem aspecto documental ou de análise de arquivos (GIL, 1991; YIN, 2010), pois as informações sobre a atividade de RIUTI no DF foram aprofundadas por meio da revisão de leis, decretos e outros normativos sobre o tema, produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES) como forma de construir compreensão abrangente sobre o processo.

A pesquisa de campo (LAKATOS; MARCONI, 1992) abrangeu entrevistas com gestores/especialistas da SES/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, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas.

Os dados foram analisados visando identificar e compreender os processos de inovação nas organizações públicas e privadas, que foram e estão sendo desenvolvidos para viabilizar a RIUTI no DF, procurando entender a perspectiva dos entrevistados, o que caracteriza a pesquisa como qualitativa.

A caracterização do processo de inovação em RIUTI é uma questão do tipo “como”, refere-se a eventos passados e contemporâneos e se circunscreve à RIUTI no Distrito Federal. Sendo assim, considerando o tipo de questão de pesquisa e conforme proposto por Yin (2010), justifica-se o uso do estudo de caso como estratégia.

O caso em questão é a implantação da 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.

O nível meso, ou organizacional, é representado por casos específicos de inovação que ocorreram nos estabelecimentos de saúde ou na Central de Regulação ao longo da implantação da regulação no DF. Abrange inovações localizadas, que afetam a prestação de serviço aos usuários (seção 2.1.1) ou em serviços internos, que não são prestados diretamente aos usuários. O nível macro corresponde ao sistema de saúde do DF. Nesse nível, o processo de inovação, sob o ponto de vista da macrorregulação, produz efeitos sobre aspectos normativos e finalidades da política de saúde (seção 2.1.1).

Para operacionalizar um modelo conceitual e um plano de análise que abranjam a multiplicidade de funções observadas no serviço de RIUTI (Quadro 6) e que possam

ser combinados com a representação vetorial do serviço, foi usada a noção de que o serviço pode ser decomposto em diferentes serviços elementares (S_i) (DJELLAL; GALLOUJ, 2005). De outro modo, o serviço é concebido como um feixe de serviços elementares constitutivos. De uma perspectiva mais ampla, que não é explorada nesta pesquisa, em razão da delimitação de seu escopo, a RIUTI também é um serviço constitutivo, em conjunto com outros, do serviço hospitalar. Essa configuração corresponde ao estudo de caso integrado (YIN, 2010).

O desenho do projeto de pesquisa inclui a intenção de descrever e 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 7). O estudo de caso integrado é um desenho no qual existe um caso único (a RIUTI), mas há múltiplas unidades de análise (os serviços elementares constitutivos). Esse desenho é consistente com a teoria de inovação em serviços, que reconhece a diversidade dos serviços e procura tratar o fenômeno da inovação em detalhes. Essa abordagem evita analisar o fenômeno em nível excessivamente abstrato, expondo de forma mais clara os dados de aspectos específicos (YIN, 2010, p. 69, 73-76).

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 as unidades integradas de análise. Os dados foram coletados em seis estabelecimentos de saúde, três públicos e três privados, sendo um público sem UTI. O serviço S1 foi analisado neste último (estabelecimento 2). O Serviço S2 é desenvolvido em sete UTIs em cinco estabelecimentos de saúde. Cada um desses serviços foi considerado uma unidade integrada de análise do caso único S2, conforme Figura 7.

O exame dos processos de inovação em RIUTI nos cinco casos integrados de serviços elementares constitutivos, com base na representação geral do serviço como conjunto de vetores de características, foi articulado com vistas a compreender a diversidade do processo de inovação no serviço de RIUTI.

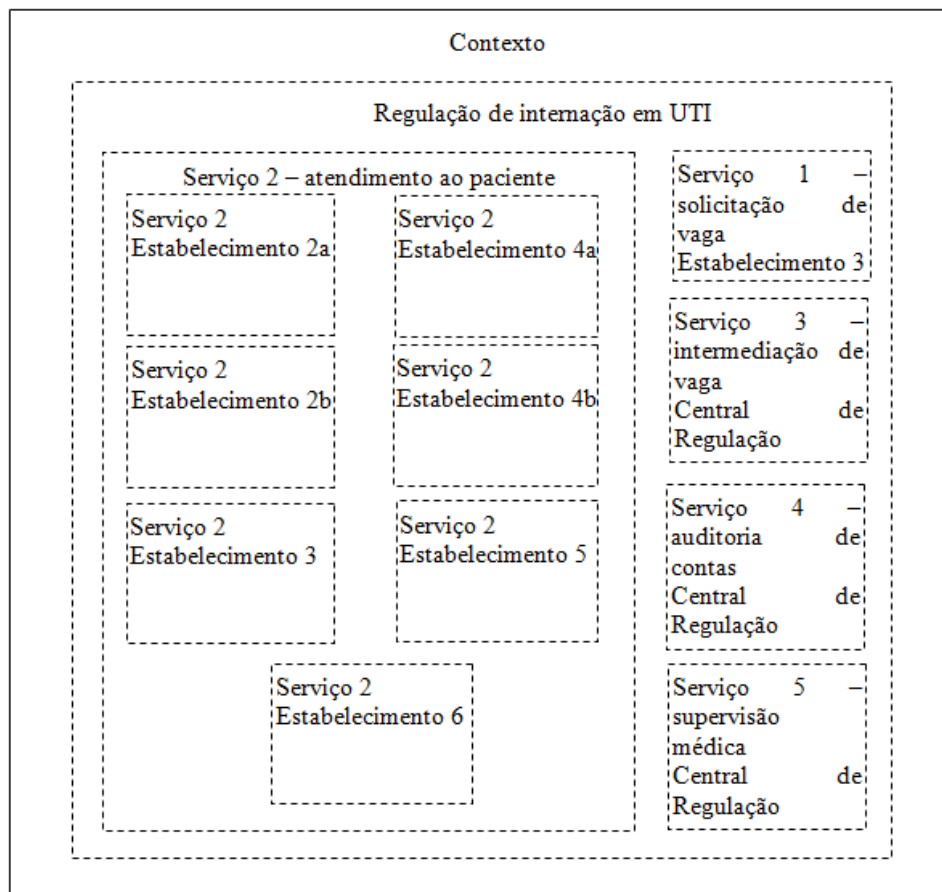


Figura 7 – Tipo do projeto de estudo de caso – caso único integrado

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

Yin (2010) destaca o perigo de a análise focar apenas nas unidades integradas de análise, transformando o fenômeno de interesse original em contexto e não em alvo do estudo. Esta pesquisa evita a armadilha por meio do relato articulado das mudanças nos vetores de características, e em aspectos contextuais do serviço, nos diferentes níveis de análise, de forma transversal. Isto é, a coleta de dados foi realizada nos casos examinados de per si, mas a análise e o relato são articulados pelo modelo teórico da representação vetorial do serviço.

4.1 Modelo conceitual

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 4). Trata-se de uma abstração simplificadora da realidade que explicita os conceitos articulados pela abordagem da teoria da inovação de serviços usada nesta pesquisa.

Além disso, o modelo da RIUTI como composta por feixe de serviços ajuda a entender melhor a análise do processo de inovação, que se disseminou entre seus diferentes serviços constitutivos, como a supervisão médica, a auditoria de contas e os serviços administrativos inseridos nos serviços de internação em UTI. Ajuda também a compreender que a regulação ocorre com a participação de diferentes organizações e profissionais, que atuam conjuntamente para fazer a intermediação de leitos de UTI.

Dessa forma, cada um dos serviços elementares constitutivos (DJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI (Si) pode ser entendido por meio de um conjunto próprio de vetores de características. Por exemplo, o serviço de RIUTI como um todo tem por cliente/usuário o paciente que necessita de internação em um leito de UTI e suas competências constituem o vetor [C']. No entanto, o serviço de enfermeiros analisadores, que é o serviço elementar constitutivo de auditoria de contas, não é prestado diretamente aos pacientes, mas à SES/DF, que precisa da garantia de que as cobranças apresentadas pelos estabelecimentos contratados sejam corretas.

Dessa forma, a operação de atribuição de sentido aos temas identificados nas entrevistas baseou-se na percepção de que mudanças nos vetores de características dos serviços elementares constitutivo (Si), que correspondem a mudanças nos vetores de características da RIUTI, e podem ser interpretadas como inovações (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997).

4.2 Modelo de análise

O modelo de análise abrange as propostas descritas na fundamentação teórica, que são todas articuláveis com a representação vetorial dos serviços (VARGAS, 2006, p. 155) e correspondem às quatro últimas colunas do Quadro 1. A RIUTI, decomposta em seus serviços elementares constitutivo (Si), é caracterizada em termos de intensidade da relação de serviço (GADREY, 2001 e Figura 3) como forma de analisar a interatividade ou as lógicas de serviço envolvidas (seção 3.1.1.1).

Conforme o desenho do estudo de caso (Figura 7) e o Quadro 1, a inovação nos serviços é analisada nos distintos estabelecimentos a eles associados. Na análise, foi realizada uma subdivisão adicional dos estabelecimentos 2 e 4 porque emergiu dos dados a constatação de que os processos de inovação se desenvolveram de forma diferente nas distintas UTI de um mesmo estabelecimento.

A natureza processual e diversificada do serviço é um pressuposto da pesquisa e está incorporada no modelo conceitual por meio da representação vetorial da RIUTI e de sua percepção como feixe de serviços elementares constitutivos (Si). Além disso, a RIUTI e seus serviços constitutivos serão analisados segundo as operações de serviço, definidas pelos suportes sobre os quais atuam os serviços (GALLOUJ, 2002 e seção 3.1.1.2).

Por fim, as mudanças nos vetores de características dos serviços serão interpretadas para identificar os modos de inovação que ocorreram nos serviços constitutivos (seção 3.1.2). O Quadro 1 sintetiza o modelo de análise a ser usado sobre a RIUTI. Integram ainda o modelo de análise as categorias, ou variáveis, identificadas na literatura de inovação em serviços, e usadas nesta pesquisa para desvelar o processo de inovação na RIUTI, por meio de seus serviços constitutivos.

Quadro 1 – Modelo de análise da RIUTI segundo a teoria da inovação em serviços

Organização	Serviços elementares	Lógica de serviço	Operação de serviço	Mudança vetorial	Forma de inovação
Hospital solicitante	Solicitação de vaga (S1)				
Hospital executante – estabelecimento 1	Atendimento ao paciente (S21)				
Hospital executante – estabelecimento 2a	Atendimento ao paciente (S22)				
Hospital executante – estabelecimento 2b	Atendimento ao paciente (S23)				
Hospital executante – estabelecimento 4a	Atendimento ao paciente (S24)				
Hospital executante – estabelecimento 4b	Atendimento ao paciente (S25)				
Hospital executante – estabelecimento 5	Atendimento ao paciente (S26)				
Hospital executante – estabelecimento 6	Atendimento ao paciente (S27)				
Central de regulação	Intermediação de vaga (S3)				
Central de regulação	Auditoria de contas (S4)				
Central de regulação	Supervisão médica (S5)				

Fonte: elaboração própria com base em Djellal e Gallouj (2005).

Os serviços identificados no Quadro 1 não são os serviços hospitalares de reconhecimento geral como a assistência médica, os cuidados de enfermagem, a hotelaria, lavanderia, limpeza, tratamento de dejetos. Os serviços definidos nesta pesquisa, chamados de serviços elementares constitutivos, são uma construção que visa captar as inovações ocorridas no serviço de intermediação de vagas de UTI. Essas inovações envolveram diferentes organizações e profissionais que atuam nos diferentes serviços elementares. A identificação dos serviços elementares também procura captar inovações em serviços tradicionais, que foram necessárias para viabilizar a RIUTI, ou que foram consequência das mudanças provocadas por ela.

Essa última observação é importante para compreender as razões das categorizações, codificações e análises realizadas, pois constitui uma convenção adotada. Dessa forma, mudanças nos serviços médicos ou de cuidados de enfermagem prestados pelos hospitais executantes serão associadas a inovações no serviço de atendimento, que adquire um sentido mais amplo do que simplesmente “dar entrada do paciente no hospital”. Essa simplificação é necessária porque foge ao escopo da pesquisa a análise detalhada de inovações em serviços médicos, por exemplo, mas apenas as inovações que objetivaram viabilizar ou que foram provocadas pela RIUTI.

Os arranjos de execução dos serviços elementares variam conforme os estabelecimentos. Por isso, uma mesma categoria de profissionais pode ser informante de diferentes serviços, conforme o arranjo local. Por exemplo, a intermediação de vaga é realizada pela Central de Regulação, o que abrange a priorização do paciente, a identificação de vagas e a designação de vagas, realizadas por médicos reguladores e enfermeiros controladores. A enfermagem, em geral, é responsável pela inserção dos dados da solicitação, liberação de vagas e recepção no sistema eletrônico de regulação, conforme a organização do serviço. Por isso, os enfermeiros assistentes também são informantes sobre o serviço de intermediação e não apenas do serviço de atendimento ao paciente.

Os serviços elementares também variam com relação a quem são seus prestadores e usuários. Isso acontece porque são serviços definidos em diferentes pontos do processo de prestação. Alguns são serviços administrativos enquanto outros tratam diretamente com a população usuária. O

Quadro 2 identifica os atores nos polos da relação de serviço. A identificação desses atores é realizada de modo mais analítico na seção 5.1.3.

Quadro 2 – Prestadores e usuários da RIUTI e de seus serviços elementares constitutivos

Serviço	Prestador	Usuário
Solicitação de vaga (S1)	Hospital solicitante	Familiar ou paciente
Atendimento ao paciente (S2)	Hospital executante	Familiar ou paciente
Intermediação de vaga (S3)	Central de Regulação	Hospitais solicitante e executante
Auditoria de contas (S4)	Central de Regulação	SES/DF
Supervisão médica (S5)	Central de Regulação	SES/DF
RIUTI	Central de Regulação	Familiar ou paciente

Fonte: elaboração própria.

A solicitação de vaga é realizada no hospital solicitante pelo médico solicitante que assiste o paciente. Apenas o estabelecimento 3 é hospital exclusivamente solicitante. Os demais, que possuem leitos de UTI, podem fazer solicitações caso não tenham vagas ou o suporte necessário para o caso clínico específico. Porém, as entrevistas foram realizadas com o pessoal das UTI, cujo foco é a recepção e assistência aos pacientes que lhe são encaminhados.

O atendimento ao paciente abrange a preparação do leito, a liberação da vaga no sistema de regulação e os cuidados médicos e de enfermagem ao paciente recebido. O serviço de transporte do paciente para a UTI é realizado pelo SAMU. Apesar de terem

sido formuladas questões sobre esse serviço, em razão de seu reflexo sobre a recepção e remoção do paciente, ele se encontra fora do escopo da pesquisa porque precede a RIUTI, abrange outros tipos de emergência e está institucionalmente ligado à Subsecretaria de Atenção à Saúde e não à SUPRAC, como é o caso da DIREG.

A auditoria de contas é serviço administrativo prestado pela Central de Regulação, por meio de enfermeiros analisadores, para a SES/DF, que precisa ter garantia de que os valores apresentados pelos hospitais contratados são efetivamente devidos. O serviço é prestado durante visita dos enfermeiros analisadores aos hospitais privados executantes, quando mantêm estreito contato com o pessoal administrativo desses hospitais. Há ocasiões quando os enfermeiros analisadores também têm contato com médicos e enfermeiros assistentes para esclarecer o uso de certos materiais e medicamentos. Sobre esse serviço, foram também entrevistados auditores internos, faturistas e Diretor Financeiro de hospitais. O nível de análise desse serviço é mais agregado, não sendo examinadas variações entre os estabelecimentos. Essas variações existem, mas não são significativas, considerando os objetivos da pesquisa. Os principais agentes são os enfermeiros analisadores, que se revezam no atendimento aos estabelecimentos, reforçam equipes temporariamente em diferentes hospitais. Esse fato evita o desenvolvimento de muitos procedimentos específicos nos estabelecimentos. Por sua vez, os analisadores formam grupo profissional razoavelmente coeso em razão de todos serem enfermeiros da SES/DF, prestando serviço em regime de hora extra para a Central de Regulação, terem passado por treinamento em serviço e manterem interação entre si sobre procedimentos de auditoria.

A supervisão médica 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. O serviço é prestado nos hospitais executantes privados e abrange julgamentos médicos sobre os cuidados prestados pelo hospital executante e sobre a evolução do paciente, bem como a autorização para a realização de procedimentos e para o uso de materiais e medicamentos.

4.3 Procedimentos de coleta de dados

O alcance dos objetivos específicos da pesquisa, de identificação e descrição dos processos de inovação e de seus resultados, exigiram a coleta de dados primários, mediante entrevistas com os principais atores envolvidos, bem como dados secundários, por meio da consulta a documentos.

O Quadro 3 resume e relaciona os objetivos específicos com os procedimentos de coleta de dados.

Quadro 3 - Correspondência entre objetivos específicos e procedimentos de coleta de dados

Objetivo específico	Procedimento de coleta de dados
Descrever os processos de inovação desenvolvidos nos serviços constitutivos da RIUTI	Entrevistas semiestruturadas
Descrever os processos de inovação desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde e na Central de Regulação, que ocorreram no contexto da implantação da RIUTI	Entrevistas semiestruturadas
Identificar efeitos dos processos de inovação sobre as competências diretas dos prestadores, sobre as características técnicas materiais e imateriais do serviço e sobre as características finais do produto;	Entrevistas semiestruturadas
Identificar contribuições de resultados dos processos de inovação sobre objetivos declarados do sistema de assistência à saúde no DF	Entrevistas semiestruturadas Consulta a textos legais e normativos

Fonte: elaboração própria.

A coleta de dados secundários abrangeu a consulta a leis, decretos e outros normativos sobre RIUTI no DF, produzidos pelo MS e pela SES.

A coleta de dados primários sobre o processo de inovação no nível organizacional dos prestadores de serviço de saúde foi realizada considerando a natureza dos prestadores de serviço de internação em UTI, o número de leitos de UTI e a concordância em participar da pesquisa (Quadro 4, Tabela 1, Tabela 2).

Quadro 4 – Casos integrados, segundo tipo da organização, porte, natureza jurídica e data aproximada de implantação da regulação.

Organização	Tipo da organização ¹⁶	Porte	Natureza jurídica	Início da regulação
Estabelecimento 1	Hospital geral terciário	Grande	Público	Final de 2006
Estabelecimento 2	Hospital geral secundário	Grande	Público	Final de 2006
Estabelecimento 3	Hospital geral secundário	Médio	Público	Final de 2006
Estabelecimento 4	Hospital geral secundário	Grande	Privado	Abril de 2010
Estabelecimento 5	Hospital geral secundário	Médio	Privado	Março de 2010
Estabelecimento 6	Hospital geral secundário	Pequeno	Privado	Julho de 2010
Direg	Diretoria de Regulação	NA	Público	Final de 2006

Fonte: elaboração própria.

NA – não se aplica.

Dois dos estabelecimentos de saúde públicos onde foram examinados os processos de inovação que objetivam viabilizar a RIUTI foram selecionados com base em seu expressivo número de leitos regulados. São estabelecimentos executantes do serviço de internação em UTI. A seleção de hospitais com maior número de leitos pode permitir apreciar melhor a complexidade e a dinâmica da operação do sistema e as soluções inovadoras implementadas para viabilizar o serviço. O terceiro estabelecimento foi selecionado por não ter UTI, logo se trata de estabelecimento solicitante do serviço de intermediação. Outro fator foi o conhecimento pessoal do pesquisador com um médico do estabelecimento, o que facilitou o contato para a realização das entrevistas.

Uma premissa da seleção dos casos é a de que o processo de intermediação entre oferta e demanda por internação em UTI difere entre estabelecimentos executores que prestam esse tipo de atendimento, pois são principalmente receptores de pacientes, e estabelecimentos solicitantes, que não têm UTI, e que são emissores de pacientes. Todos os hospitais públicos contatados concordaram em participar da pesquisa.

Por sua vez, os critérios de seleção dos estabelecimentos privados foram: 1) ter contrato de prestação de serviço de internação em UTI com a SES/DF, 2) aceitar participar da pesquisa. Foram contatados onze estabelecimentos de saúde privados, alguns deles pertencentes a um mesmo grupo empresarial. Apenas três estabelecimentos

¹⁶ Hospital primário ou unidade mista: pode não ter nenhuma especialidade, tendo apenas médicos generalistas. Hospital secundário: hospital regional que presta serviços, tanto para pacientes em ambulatório e internados e serviços de cirurgia especializada. Hospital terciário: hospital de ensino, hospital de referência nacional, presta serviço de cirurgia especializada; reúne os recursos máximos de saúde da região à qual serve como hospital de base ou de referência. Hospital geral: destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas; poderá ter sua atuação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, previdenciário) ou com finalidade específica (hospital de ensino). Hospital especializado: é destinado predominantemente a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica (GOUVÊA; KUYA, 1999).

concordaram em participar da pesquisa. Por coincidência, considerando o número de leitos de UTI contratado pela SES/DF (Tabela 2), os estabelecimentos pesquisados podem ser classificados como de grande, médio e pequeno porte. A diferença de porte entre os estabelecimentos pode contribuir para que a pesquisa capte melhor a variabilidade do processo de inovação.

A seleção das pessoas a serem entrevistadas foi baseada na posição funcional no sistema de regulação, na antiguidade no trabalho com a regulação e na disposição para conceder a entrevista, considerando a conveniência do entrevistado. Gerentes e assessores, chamados de especialistas no serviço, prestadores de serviço nos estabelecimentos de saúde e operadores da regulação foram entrevistados para proporcionar perspectivas diferenciadas sobre o processo de inovação na regulação da internação em UTI. Na medida do possível, foram entrevistados os atores que estiveram envolvidos no processo de implantação da regulação da internação em UTI.

Nos estabelecimentos de saúde, foram entrevistados médicos e enfermeiros assistentes, visando obter visões diferentes sobre os processos. Os médicos assistentes são aqueles que atendem os pacientes, preenchem a solicitação de internação e asseguram a remoção do paciente, conforme determinação da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) (DF, 2006b). Formalmente, não existe a figura do enfermeiro assistente, mas usa-se essa terminologia para diferenciá-los dos enfermeiros controladores e analisadores. São esses profissionais que, dependendo da organização do serviço, mantêm a Central de Regulação atualizada sobre a existência de vagas de UTI, alimentam o sistema eletrônico de regulação, prestam cuidados aos pacientes internados. Nos estabelecimentos privados também foram entrevistados profissionais enfermeiros ou administrativos, responsáveis por alimentar o sistema informatizado de regulação e informar aos médicos assistentes as deliberações da CRIH, auditar internamente as faturas de serviço, tratar com os auditores da SES/DF, informar ao MS dados de internação em UTI. Nos hospitais públicos, não há auditoria de contas nem presença de médicos supervisores. Além disso, os próprios médicos e enfermeiros assistentes alimentam o sistema informatizado de regulação.

Os médicos supervisores e os enfermeiros analisadores exercem sua função de forma itinerante nos estabelecimentos privados contratados. Como essas funções tratam mais da operação da regulação do que da assistência aos usuários, foram relacionadas entre os entrevistados da Central de Regulação (Quadro 5). O mesmo critério foi aplicado ao responsável pelo sistema eletrônico próprio da SES/DF de regulação. Os

médicos supervisores acompanham o tratamento dos pacientes, autorizam a realização de procedimentos, o uso de medicamentos de alto custo e solicitam, compulsoriamente, a transferência de pacientes internados em estabelecimentos contratados para hospitais públicos ou conveniados (DF, 2006b). Os enfermeiros analisadores não têm sua função normatizada, mas atuam como auditores das contas apresentadas pelos estabelecimentos privados contratados para pagamento pela SES/DF.

Na DIREG e na CRIH foram entrevistados gestores na qualidade de especialistas no serviço, médicos reguladores e enfermeiros controladores. Os especialistas exercem funções de direção e de assessoramento e são responsáveis pela organização do serviço de regulação, pela implementação da política de regulação e suas normas, bem como pelo relacionamento com outras instâncias da SES e da rede de estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados, no que se refere à regulação (DF, 2009). Os médicos reguladores analisam as solicitações de internação, classificam os pacientes pelo seu nível de cronicidade (DF, 2006a) e decidem sobre o encaminhamento para internação. Os enfermeiros controladores monitoram a ocupação de leitos, o tempo de internação e as transferências de pacientes. Eles avisam aos médicos reguladores sobre a disponibilidade de vaga. O Quadro 5 resume as classes e o número de entrevistados na pesquisa.

Quadro 5 – Número de entrevistados, segundo organização onde trabalha e função no processo de regulação.

Entrevistados	Número de entrevistados por função na RIUTI	Total
Prestadores em estabelecimentos de saúde públicos, sendo dois com UTI e um sem UTI	Médico assistente (4) Enfermeiro assistente (4)	8
Prestadores da central de regulação (PR)	Médico supervisor (2) Médico regulador (2) Enfermeiro controlador (2) Enfermeiro analisador (2) Responsável pelo software de RIUTI (1)	9
Especialistas na Diretoria de Regulação (ESP)	Profissionais especialistas no serviço, detentores de funções de direção e assessoramento (5)	5
Prestadores em estabelecimentos de saúde privados (PP), todos os três com UTI	Médico assistente (3) Enfermeiro assistente (3) Funcionário responsável por serviços administrativos ligados à regulação (7)	13
Total	-	35

Fonte: elaboração própria.

As 35 entrevistas e visitas aos locais dos estudos de caso foram realizadas em março de 2010 e entre 23/11 e 19/12/2010. Entrevistas exploratórias com três especialistas ocorreram em março de 2010, em fase na qual o objeto exato da pesquisa

ainda não havia sido definido. A maior parte das entrevistas foi realizada individualmente e gravada. São exceções as entrevistas dos especialistas 2 e 3, que foram conjuntas, e a entrevista do administrador do estabelecimento 4, que não foi gravada.

Não foi possível gravar a entrevista com o administrador do estabelecimento 4, que prestou esclarecimentos sobre as razões de expansão das UTI do hospital, porque ela foi concedida sem agendamento prévio e de forma inesperada. O conteúdo dessa entrevista não passou pela análise de conteúdo e compôs o quadro de informações sobre o contexto da RIUTI.

As 34 entrevistas gravadas resultaram em 15h17'22'' de áudio. Dessas, 31 foram realizadas na fase de coleta de dados, perfazendo 12h25'33'', e foram transcritas em 299,5 páginas de texto em espaçamento 1,5, letra times new roman 12 do Microsoft Office Word 2007.

A transcrição preservou a fala original dos entrevistados, mantendo incorreções, segundo a norma culta do português, vícios de linguagem, expressões fragmentadas, reticências, omissões. Parênteses com reticências (...) indicam trechos omitidos para evitar identificação ou para substituir trechos sem interesse para a pesquisa entre menções a um dos códigos de análise. Trechos inaudíveis são indicados por pontos de interrogação entre parênteses. Textos entre parênteses indicam expressões subentendidas e que precisaram ser explicitadas para que a ideia fosse entendida.

Sempre que possível, as entrevistas ocorreram em ambiente reservado com a presença apenas do locutor e do interlocutor, o que visou garantir privacidade aos entrevistados e preservar a qualidade do áudio, conforme indicado no Quadro 6.

Quadro 6 – Entrevistados, segundo organização para a qual trabalham, cargo ou função, tempo aproximado de trabalho na função, sexo e duração da entrevista.

Organização	Tipo de UTI	Cargo/função	Tempo na função	Sexo	Duração da entrevista
Estab1	Pediátrica	Med1 – médico assistente	15 anos	F	23'29''
		Enf1 – enfermeiro assistente	9 anos	F	12'36''
Estab2	Adulto (2a)	Med2 – médico assistente	18 anos	M	44'05''
		Enf2 – enfermeiro assistente	21 anos	F	29'04''
	Pediátrica (2b)	Med3 – médico assistente	12 anos	F	23'40''
		Enf3 – enfermeiro assistente	1 ano e meio	F	15'22''
Estab3	Não há UTI	Med4 – médico assistente	10 anos	M	16'43'' (1)
		Enf4 – enfermeiro assistente	10 anos	F	21'48''
Estab4	Adulto (4a)	Enf5 – enfermeiro assistente	1 ano e 3 meses	F	34'25''
	Neonatal (4b)	Med5 – médico assistente	8 anos	M	10'31'' (2)
		Enf6 – enfermeiro assistente	5 meses no Estab4. Exp.	F	16'38'' (2)

		Adm1 – enfermeiro auditor interno	anterior em UTI pública 15 anos	F	16'09''
		Adm2 – supervisor de internação	2 anos	F	14'03''
		Adm3 – membro da direção do estabelecimento	NI	F	Não gravado
Estab5	Adulto	Med6 – médico assistente e coordenador da UTI	3 meses no estab5. 10 anos em UTI	M	26'17''
		Enf7 – enfermeiro assistente	1 ano no estab5. 3 anos em UTI	M	21'59''
		Adm4 – secretário da UTI	9 meses	F	23'33'' (3)
		Adm5 – faturista	1 ano	M	17'11'' (2)
		Adm6 – enfermeiro auditor interno	6 meses no estab5.	M	21'49'' (2)
Estab6	Adulto	Med7 – médico assistente e diretor	12 anos	M	29'27''
		Adm7 – diretor financeiro	1 ano	F	22'20''
Direg	Não há UTI	Reg1 – médico regulador	4 anos	M	47'33'' (2)
		Reg2 – médico regulador	4 anos	F	21'08''
		Reg3 – médico supervisor	4 anos	M	14'45''
		Reg4 – médico supervisor	4 meses	M	17'38'
		Reg5 – enfermeiro controlador	2 anos	F	19'47''
		Reg6 – enfermeiro controlador	3 anos	F	17'42''
		Reg7 – enfermeiro analisador	3 anos	F	30'17''
		Reg8 – enfermeiro analisador	2 anos e meio	F	32'55''
		Reg9 – analista responsável pelo TrakCare™	5 anos	M	23'17''
		Esp1 – especialista	6 anos	F	1h3'28''
		Esp2 – especialista	NI	F	1h48'21''
		Esp3 – especialista	NI	M	de entrevista conjunta Esp2 e 3 (3)
		Esp4 – especialista	6 anos	F	36'06''
		Esp5 – especialista	6 anos	F	43'26'' (3)
Total	-	-	-	-	15h17'22''

Fonte: elaboração própria.

Notas: as entrevistas foram realizadas privadamente, com as seguintes exceções: (1) com presença de enfermeiro, a pedido do médico; (2) em canto aberto ou separado por anteparo de sala ampla, com a presença de outras pessoas, (3) em sala reduzida, com a presença de mais uma pessoa de função semelhante.

Estab - estabelecimento de saúde.

NI – não informado.

A indicação de função dos entrevistados não deve ser lida de forma absoluta, pois os papéis muitas vezes se confundem. Há médicos supervisores, médicos reguladores, enfermeiros analisadores que trabalham, quase todos, em regime de hora extra. No horário normal de trabalho, prestam serviço de assistência. Por sua vez, médicos podem atuar simultaneamente em hospitais públicos e privados. Além disso, a

comunidade profissional tem alto nível de interação. Por exemplo, enfermeiros analisadores e auditores internos dos estabelecimentos de saúde, que atuam em campos opostos, podem ter estudado juntos, terem sido alunos e professores uns dos outros ou terem trabalhado alternadamente na defesa dos interesses de estabelecimentos de saúde e de convênios de saúde. Médicos assistentes frequentemente são colegas de muitos anos de médicos supervisores e reguladores.

Apesar de os entrevistados não desempenharem papéis estanques, não foi difícil manter um fluxo ordenado e coerente de perguntas e respostas nas entrevistas, pois parece que os profissionais têm bem resolvida a questão de atuação em diferentes empregos e funções.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados abrangeu a aplicação pelo pesquisador de três roteiros de entrevista semiestruturada (GIL, 1991), conforme Apêndices B a D.

O roteiro de entrevista com especialistas foi elaborado após a revisão da literatura sobre regulação assistencial. As perguntas visam esclarecer aspectos da organização local da regulação e colher informações sobre o contexto. O roteiro foi parcialmente aplicado em fase inicial, quando ainda não estavam definidos os objetivos específicos da pesquisa. Depois foi aplicado novamente já na fase na qual foram entrevistados a maior parte dos informantes. O roteiro do apêndice D reflete o quadro geral de perguntas, sem considerar que alguns especialistas estavam mais bem qualificados para responder a certas perguntas do que outros. Dessa forma, nem todas as perguntas foram respondidas por todos os especialistas.

Estratégia semelhante de elaboração de roteiro mais amplo foi adotada para formular as perguntas para prestadores de serviço nos estabelecimentos de saúde (apêndice B) e profissionais da regulação (apêndice C). No lugar de elaborar roteiros diferentes para cada uma das funções envolvidas com a regulação, as duas grandes categorias de prestadores foram reunidas em apenas dois roteiros. No decorrer das entrevistas, os entrevistados demonstravam o que poderiam responder. Por exemplo, as perguntas sobre operação do sistema eletrônico de regulação somente eram feitas quando a organização do serviço no estabelecimento de saúde permitia. Há

estabelecimentos onde os médicos operam o sistema, onde apenas os enfermeiros entram com os dados e onde há pessoal administrativo na UTI que fica responsável pelos registros.

4.5 Análise de dados

Os dois primeiros objetivos específicos referem-se aos níveis meso e macro, pois tratam da descrição do processo de inovação nos estabelecimentos de saúde, na Central de Regulação e no sistema de saúde, procurando analisar seus efeitos sobre as competências diretas dos prestadores, sobre as características técnicas materiais e imateriais do serviço e as características finais de seu produto. As mudanças nessas características, quando alteram o serviço de regulação, podem ser descritas como inovações, segundo a visão evolucionária do processo (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, GALLOUJ, 2002). A descrição e análise dos processos foram realizadas com base na abordagem integradora da teoria de inovação em serviços.

O terceiro objetivo específico remete ao nível macro, pois investiga resultados do processo de inovação sobre as finalidades da política de regulação, relacionadas com os princípios de equidade e eficiência.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com os diversos atores envolvidos. Além disso, foram analisados textos legais e regulamentares de forma a tornar a análise mais abrangente e fortalecer as evidências por meio de pesquisa documental, configurando assim a triangulação de dados (VERGARA, 2008).

Apesar de bem localizada no tempo, a coleta de dados abrangeu perguntas sobre eventos passados, desde o início da regulação da internação em UTI no final de 2006. Os dados assim colhidos apresentam limitações inerentes à memória dos entrevistados, que foram enfrentadas por meio da realização de expressivo número de entrevistas com diferentes atores e mediante coleta de dados históricos em documentos.

A análise qualitativa abrangeu textos de normas sobre a regulação assistencial e a organização do sistema de saúde do DF, bem como textos resultantes da transcrição de entrevistas. A análise da documentação sobre regulação assistencial no DF foi realizada apoiando-se em procedimentos interpretativos. A análise destacou pressupostos e objetivos dessa nova política pública, identificados na literatura e a forma com que

surgiu localmente, visando contribuir para o melhor entendimento do processo de inovação em regulação assistencial no DF.

As entrevistas com os atores relacionados no Quadro 5 foram transcritas em arquivos eletrônicos de texto por profissional contratado. Os textos foram revisados pelo pesquisador e inseridos no software Atlas.TI V5.0, usado para apoiar a análise de conteúdo (VERGARA, 2008; FRANCO, 2008; BARDIN, 2009).

A abordagem adotada na análise de documentos e entrevistas privilegiou 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. Em especial, o material produzido nas entrevistas é resultado do contexto no qual foi produzido, entre os quais a história profissional dos entrevistados, as características da organização onde trabalham, a interação entre entrevistador e entrevistado, o ambiente no qual foi realizada a entrevista.

A contextualização do material analisado contribui para que não seja atribuído valor exagerado ao conteúdo observável, sem levar em conta a hermenêutica e a complexidade que acompanham sua produção (FRANCO, 2008). Por exemplo, códigos com baixa contagem não devem ser ignorados simplesmente, mas devem suscitar reflexão sobre as razões que levaram ao resultado, como a existência de peculiaridades dos processos de inovação, decorrentes de sua natureza localizada.

Ao mesmo tempo em que se privilegiou a abordagem descritiva, analítica e interpretativa, foram seguidos critérios de rigor e procedimentos explícitos de sistematização que permitem retratar o caminho analítico percorrido. A busca por evidências e a análise dos achados foi realizada conforme a delimitação conferida pelo marco teórico da teoria da inovação em serviços, segundo abordagem integradora, usando-se o modelo de Gallouj e Weinstein (1997) (Figura 4).

Analisando-se a regulação da internação em UTI no DF como um serviço público de intermediação entre oferta e demanda por internação em UTI, é possível aplicar a representação do serviço em termos de conjunto de vetores de características ao caso estudado.

No processo de análise dos dados, a relevância dos achados foi avaliada em confronto com sua relevância teórica, o contexto no qual se inseria e nos objetivos da pesquisa.

4.5.1 Análise de conteúdo

O processo de análise de conteúdo abrange classificar, objetivar e organizar um discurso por meio de processos de compreensão, de abstração, de agrupamento, em busca de semelhanças e diferenças, orientado por um marco teórico (FRANCO, 2008).

Nesta pesquisa, o ponto de partida da análise de conteúdo foi a mensagem verbal, resultado da transcrição de entrevistas gravadas. Reconhecidamente, as mensagens são produzidas em um contexto no qual se insere o entrevistado, impregnadas por componentes ideológicos¹⁷, influenciadas pela interação estabelecida durante a entrevista e pela consciência dos entrevistados sobre o fato de estarem sendo observados ou questionados com objetivo de análise. Coube ao pesquisador, nos limites de sua competência e sensibilidade, ultrapassar barreiras interpretativas, mediante processo dialético, de comparação e de classificação, visando formar sentidos e significados para as mensagens (FRANCO, 2008, VALA, 1986).

O método de análise de conteúdo adotado teve por fim objetivar a interpretação do pesquisador, por meio da diferenciação, codificação e classificação dos elementos da mensagem, e enriquecer a leitura, por meio da análise detalhada, em confronto com o marco teórico, dos elementos constitutivos da mensagem (FRANCO, 2008; BARDIN, 2009, p. 31).

A unidade de análise foi o tema, que foi considerado aqui a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência foi registrada de acordo com as categorias levantadas. O tema é uma asserção sobre determinado assunto, representada por uma sentença, um conjunto delas ou um parágrafo (FRANCO, 2008, p. 41-42). Uma limitação dessa escolha é a dificuldade de identificar os limites do tema no texto. Esse tipo de análise de conteúdo é chamado análise temática (BARDIN, 2009).

Os procedimentos seguidos na análise de conteúdo, conforme as etapas preconizadas por Bardin (2009, p. 121-143), foram a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação. A seguir serão descritos os procedimentos das duas primeiras etapas. Os resultados e sua interpretação são objeto dos capítulos 5 e 6.

¹⁷ Componentes que deve ser destacado nesta pesquisa é a questão da crença ideológica em um “serviço público de má qualidade” ou em um “setor privado economicamente explorador”.

4.5.1.1 Pré-análise

A pré-análise é a fase de organização, quando os documentos são lidos e selecionados, são formuladas hipóteses ou objetivos e são definidos os indicadores que fundamentam a interpretação (BARDIN, 2009, FRANCO, 2008).

O próprio pesquisador realizou as entrevistas, o que permitiu conhecer a mensagem no momento de sua produção e refletir preliminarmente sobre as primeiras impressões, representações e expectativas. Além disso, o pesquisador revisou as transcrições, para o que foi necessário ouvir as gravações e ler os textos para compará-los. Essas operações corresponderam à leitura flutuante (BARDIN, 2009).

Os documentos foram selecionados *a priori* em razão dos objetivos da pesquisa de identificar e descrever os processos de inovação que foram e são necessários para viabilizar a RIUTI no DF (FRANCO, 2009). Assim, foi definido que as entrevistas com os profissionais que atuam de alguma forma na regulação, seja na Central de Regulação ou nos estabelecimentos de saúde, seriam transcritas e inseridas em software de apoio à análise de conteúdo. As entrevistas com especialistas realizadas na fase de coleta de dados, quando os objetivos específicos da pesquisa já haviam sido formulados, também passaram pelo mesmo procedimento. Esses documentos constituíram o corpus, isto é, o conjunto de documentos submetido aos procedimentos de análise de conteúdo (BARDIN, 2008). Os textos legais e os produzidos por instâncias gestoras do SUS, como a SES/DF e o MS, bem como as entrevistas iniciais com especialistas foram analisados, integraram a revisão bibliográfica do tema (seção 2) e compuseram o contexto no qual as entrevistas foram interpretadas. A participação do pesquisador no “Encontro Técnico sobre Regulação de Leitos em UTI no DF: fortalecendo parcerias”, promovido pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios em 10/12/2010, também foi útil para compor o contexto, considerando que na oportunidade foi possível ouvir as falas da Secretária de Saúde do DF, dos representantes do Ministério Público e da Defensoria Pública responsáveis pela área, bem como de juízes de primeira e segunda instância que julgam pedidos de mandados para internação em UTI.

Os objetivos específicos da pesquisa trazem como pressuposto que a instituição da RIUTI no DF suscitou processos de inovação localizados, em estabelecimentos de

saúde e na Central de Regulação, para viabilizá-la. A perseguição dos objetivos específicos, no que se refere à análise categorial, foi realizada por meio de procedimento fechado, taxonômico, que visou identificar nas mensagens dos atores envolvidos elementos que permitissem identificar e descrever esses processos de inovação, segundo categorias definidas *a priori*, com base no marco teórico de referência. Esse procedimento permitiu por a prova o pressuposto inicial da pesquisa.

Os textos foram considerados uma manifestação que contém índices que a análise interpretou para atribuir significados (BARDIN, 2009). O índice definido foi a menção a algumas das categorias descritas no Quadro 7. A análise seguiu abordagem interpretativa e contextualizada, em detrimento de abordagem sistemática quantitativa, apesar de terem sido quantificadas as menções aos temas.

4.5.1.2 Exploração do material

A exploração do material corresponde à aplicação sistemática das decisões adotadas na pré-análise e consiste em operações de codificação e enumeração (BARDIN, 2009, p. 127).

As categorias de análise são classes sob as quais se agrupam, com base em analogia, unidades de registro identificadas por diferenciação (FRANCO, 2008, p. 59). Representam variáveis na teoria do analista, compostas por sinais da linguagem, assinados por códigos (VALA, 1986).

As categorias que serviram para orientar a análise das entrevistas (Quadro 7) foram definidas com base no marco teórico de inovação em serviços e inovação no setor público (seção 3), 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.

Uma das limitações da criação de categorias *a priori* é a possível simplificação e fragmentação excessiva do conteúdo. Além disso, o pesquisador pode ser induzido a

forçar a classificação do conteúdo nas categorias (FRANCO, 2009). Esses riscos foram tratados mediante ampliação das categorias iniciais para além do modelo de Gallouj e Weinstein (1997), porém nos limites da revisão bibliográfica realizada e dos objetivos específicos da pesquisa.

Quadro 7 – Categorias da análise de conteúdo das entrevistas e respectiva fundamentação teórica

Categorias/Variáveis	Fundamentação	Definição operacional
Origens da RIUTI	Definição de inovação. Seção 3.	Motivação da implementação da inovação por necessidade de solucionar problema (interna) ou adequar-se às normas (externa)
Mudanças nas competências diretas dos prestadores [C]	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências diretas dos prestadores. Seção 3.1.1.2, Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).	Alterações em competências dos prestadores de serviço, como na forma de se relacionarem profissionalmente com os usuários, em suas competências profissionais, na forma de organizarem o serviço ou nos procedimentos não formalizados que seguem, em suas relações de poder e responsabilidade
Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes/usuários. Seção 3.1.1.2, Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).	Alterações nas formas de relacionamento dos médicos e enfermeiros assistentes com os pacientes e seus familiares
Mudanças nas competências técnicas [T]	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características técnicas materiais e imateriais. Seção 3.1.1.2, Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).	Alterações em recursos tangíveis usados na prestação do serviço, como equipamentos, materiais e medicamentos, bem como em recursos intangíveis como protocolos e softwares
Mudanças nas competências dos usuários [C']	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes/usuários. Seção 3.1.1.2, Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).	Alterações no perfil clínico ou socioeconômico dos usuários
Resultados esperados do processo de inovação em RIUTI	Inovação no setor público. Natureza convencional do produto do serviço. Resultado do serviço. Regulação assistencial. Seções 2.1.2, 3.1.1.3 e 3.2, Vargas (2006), Gadrey (2001), Windrum e García-Goñi (2008), Santos e Merhy (2006), Brasil(2004a), Castro (2002), Ferreira (2004), Nascimento et al. (2009)	Resultados identificados como sendo esperados em decorrência da implantação da RIUTI, a exemplo da melhoria ou da piora de eficiência, equidade, integralidade do atendimento ou do resultado político-eleitoral
Propulsores da implantação da RIUTI	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Seção 3.2.2, Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes	Fatores identificados na literatura que podem impulsionar a implantação da inovação, como mudanças

	(2005).	demográficas ou demandas por eficiência, respostas a eventos críticos, bem como motivações de base política ou ideológica
Obstáculos da implantação da RIUTI	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Seção 3.2.2, Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005).	Fatores identificados na literatura que podem interpor obstáculos à implantação da inovação, a exemplo de falta de recursos, de deficiência de software, de custos crescentes da implementação, problemas de comunicação, tamanho e complexidade das organizações, resistência de grupos, insuficiência de capacidade de gestão, problemas éticos
Mudanças nas características finais do serviço [Y]	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características finais. Seção 3.1.1.2, Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).	Alterações nas características finais dos serviços de intermediação de vagas, de atendimento ao paciente e de solicitação de vagas, que são prestados diretamente aos pacientes e seus familiares

Fonte: elaboração própria.

No método usado, nem toda a mensagem foi considerada, mas apenas os trechos que se referiam a uma das categorias de análise. Esses trechos, que constituíram as unidades de sentido, foram assinalados por meio de códigos (Quadro 8), que serviram de índices da ocorrência das categorias. Dessa forma, os códigos foram usados para recuperar e organizar as informações brutas contidas nas transcrições das entrevistas. Os índices também foram definidos *a priori*, com base no marco teórico usado, e posteriormente enriquecidos no processo de pré-análise e mesmo no decorrer da codificação dos textos. Assim, a grade para análise composta pelos códigos foi mista, pois incluiu categorias identificadas na literatura, mas também novas categorias, acrescentadas em razão da análise do material coletado. Não foram usadas para fins de análise informações sobre ordem de ocorrência ou de co-ocorrência de unidades de sentido.

Quadro 8 – Correspondência entre categorias de análise, códigos e sua descrição

Categoria de análise	Código	Descrição do código
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
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
	NAS	Não desenvolvimento de competências diretas de assistentes e

	CR ORG POD RES	reguladores Desenvolvimento de competências diretas dos reguladores Mudanças procedimentais e de organização do serviço Mudança das relações de poder Mudança das relações de responsabilidade
Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	ASU ASF	Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e usuários Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e familiares dos usuários
Mudanças nas competências técnicas [T]	MT IMT SFT	Uso de novos equipamentos, materiais e medicamentos Uso de novos protocolos Uso de novos softwares
Mudanças nas competências dos clientes/usuários [C']	SOC EPI	Mudança no perfil socioeconômico dos usuários Mudança no perfil clínico dos usuários
Resultados esperados do processo de inovação em RIUTI	EF+ EF- EQ+ EQ- IT+ IT- POL	Melhora da eficiência Piora da eficiência Melhora da equidade de acesso Piora da equidade de acesso Melhora na integralidade Piora na integralidade Melhoria no resultado político-eleitoral
Propulsores da implantação da RIUTI	DEM IDE CRI EFC	Mudanças demográficas Impulso de base política ou ideológica Impulso em resposta a eventos críticos Impulso para aumento de eficiência
Obstáculos à implantação da RIUTI	FRE CUS COM PLX PTC GES ETI BUG	Falta de recursos para implementar Custos crescentes após a implantação Problemas de comunicação e entendimento comum Tamanho e complexidade das organizações públicas Resistência de grupos políticos e de grupos de interesse Insuficiente capacidade de gestão Problemas éticos da operação do serviço Problemas causados por deficiência do software
Mudanças nas características finais do serviço[Y]	ITU ATD SOL	Mudanças nas características do serviço de intermediação Mudanças nas características do serviço assistencial Mudanças nas características do serviço de solicitação de vaga

Fonte: elaboração própria.

Exemplos mais evidentes do enriquecimento dos códigos para além da revisão sobre inovação em serviços são os códigos da categoria “resultados do processo de inovação em RIUTI”, que se originaram também da revisão bibliográfica sobre regulação assistencial e sobre inovação no setor público. A leitura flutuante contribuiu principalmente para a criação de códigos na categoria “obstáculos à implantação da RIUTI”, de modo a abranger a variedade dos discursos dos pesquisados sobre essa questão.

A regra de enumeração das unidades de registro foi a da presença (ou ausência). Assim, a presença ou ausência de certas unidades de registro, assinaladas por códigos, pode ser significativa para a análise, funcionando como um indicador (BARDIN, 2009, p. 134). 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. Assim, trechos nos quais o entrevistado combinava temas de códigos de uma mesma categoria ou de categorias distintas eram codificados segundo a categoria e códigos que melhor se associavam à questão abordada pelo entrevistado. Dessa forma, o material empírico foi tratado tentando captar o significado do fenômeno para os indivíduos, com as limitações da intervenção do codificador no estabelecimento do sentido do texto (VALA, 1986).

Os apêndices E a I apresentam as totalizações de menções por códigos, por categorias de análise e por serviço. Os apêndices E a G trazem a contagem de códigos de cada um dos documentos, com totalizações parciais, correspondentes às entrevistas transcritas. O apêndice I apresenta a contagem das menções por serviço elementar constitutivo da RIUTI e por estabelecimento. O código AVA, que figura logo abaixo da última categoria nos apêndices, não integra qualquer das variáveis. Foi criado para assinalar julgamentos de valor sobre aspectos fora do escopo da pesquisa e que serão apresentados posteriormente para os especialistas da Central de Regulação.

5 Resultados

Nesta seção são descritos os resultados da codificação das entrevistas, segundo as categorias ou variáveis da pesquisa. A apresentação inicia-se pelas variáveis que se mostram mais significativas e que refletem mudanças nos vetores de características dos serviços, seguidas da descrição das variáveis menos mencionadas pelos entrevistados. 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.

Os resultados são apresentados e interpretados, por meio de processo de inferência (BARDIN, 2009, VALA, 1986), baseado em fatos da organização do sistema de saúde, em informações de contexto e no marco teórico sobre inovação em serviços, com abordagem integradora (GALLOUJ, 2002), e orientado pelos objetivos da pesquisa (seção 1.2). A teoria de inovação em serviços é usada para analisar os serviços segundo a intensidade da relação (GADREY, 2001), o tipo de lógica do serviço (GADREY, 2001), as mudanças nos vetores de características (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, GALLOUJ, 2002) e o tipo de inovação (GALLOUJ, 2002). Trechos codificados das entrevistas são reproduzidos como evidências.

Vale lembrar que nesta dissertação a inovação no setor público é entendida como a implantação 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 (KOCH; HAUKNES, 2005).

Essa definição permite caracterizar a regulação 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 implantada 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 análise do processo de inovação no serviço de intermediação de oferta e procura por internação em leitos de UTI é operacionalizada por meio do modelo de representação do produto em termos de conjunto de vetores de características. Nesse caso, a inovação em serviço é entendida como o processo por meio do qual ocorrem variações nesses vetores que levam a alterações no produto do serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997, GALLOUJ, 2002).

5.1 Mudanças nas competências diretas dos prestadores [C] e clientes/usuários [C']

A variável que corresponde a mudanças no vetor de competências diretas dos prestadores [C] revelou-se como a que captou o maior número de menções dos entrevistados (38%). É também uma das variáveis com o maior número de códigos identificados na literatura (7).

Ela é analisada em conjunto com a variável correspondente a mudanças no vetor de competências dos usuários porque, como discutido adiante, as condições clínicas dos pacientes mobilizam as competências dos prestadores assistentes. Em menor número, também houve menções sobre necessidade de aperfeiçoamento de competências frente a mudanças no perfil socioeconômico dos pacientes. Pelo mesmo motivo, muitas menções sobre aperfeiçoamento de competências apareceram entrelaçadas a referências a mudanças nas competências dos usuários, no contexto de relatos sobre competências dos prestadores. Conforme o critério de codificação, que procurou preservar a exclusão mútua entre as categorias (BARDIN, 2009), esses temas eram associados à primeira variável, que correspondia ao contexto da fala do entrevistado. Essa é uma possível explicação para a baixa frequência das menções a essa última variável.

Quadro 9 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a mudanças nas competências dos prestadores e dos usuários

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
CAS	23	15	17	4		59
ASR	13	9	13	14	5	54
ORG	11	7	16	5	6	45
NAS	1	8	4	16		29

POD	7	4	1	3	2	17
CR				11	5	16
RES	5	4		2	1	12
Total	60	46	50	55	19	232
SOC	1	1				2
EPI	7	7	1	1		16
Total	6	8	1	1	0	18

Fonte: elaboração própria.

O código CAS refere-se ao desenvolvimento de competências diretas de assistentes. Entre os 38 códigos das 9 categorias, foi o segundo com maior número de menções, representado sozinho 10% delas. Ele se opõe ao código NAS, que foi criado para captar negativas explícitas ao desenvolvimento de competências. O código CR também se refere ao desenvolvimento de competências diretas dos prestadores, mas apenas aos prestadores reguladores, identificados com os serviços de intermediação, auditoria e supervisão médica.

O código ASR foi criado para captar mudanças nas formas de relacionamento entre assistentes e reguladores, considerando que a RIUTI é um serviço com múltiplos prestadores, atuando em diferentes organizações, o que poderia provocar um processo de solução de conflitos ou problemas (SBICCA; FERNANDES, 2005), que levaria ao desenvolvimento de inovações nas operações relacionais.

O código ORG reflete menções a mudanças procedimentais e de organização do serviço, que não foram formalizadas¹⁸. Esse código também reflete a definição do serviço como modo de organização (FREIRE, 2006). Os códigos ORG, CAS e ASR respondem conjuntamente por 26% do total de menções da pesquisa.

Os códigos POD e RES originam-se na revisão sobre modelos de inovação no setor público, que procuram explicitar o componente político no processo (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008, KOCH; HAUKNES, 2005). Assinalam respectivamente menções sobre mudanças nas relações e nos recursos de poder e de responsabilidade entre os diferentes prestadores de serviços na RIUTI, que foram associadas a mudanças nos vetores de suas competências diretas.

Como reflexo da amplitude da definição de competência direta dos prestadores no modelo de Gallouj e Weinstein (1997), a variável correspondente captou uma gama bastante variada de situações que provocaram mudanças que poderiam ser associadas a

¹⁸ Caso tivessem sido formalizadas, seriam classificadas como mudanças nas competências técnicas [T].

inovações. Serão destacadas as principais mudanças identificadas segundo a visão dos entrevistados, tendo em vista a teoria e os objetivos da pesquisa,

5.1.1 Inovação radical em serviços constitutivos da RIUTI

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 para os envolvidos em termos de tempo gasto com a comunicação e interferências políticas e de relações pessoais, como afirmam os entrevistados:

(...) 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)

Porque como é que funcionava antes um leito de UTI? Um colega de um hospital liga pro outro: “Pôxa, tô precisando de um leito de UTI, você me dá?” - “Tudo bem, eu te dou, mas você fica me devendo um favor”. Era uma coisa meio assim: “Ah, eu num tem leito” - “Pôxa, mas é prum parente de alguém aqui do hospital”. - “Peraí que eu vou dar um jeitinho”. Entendeu? Então, assim, o acesso ele acabava sendo muito, né? Pela relação que se tinha (...) (Esp4)

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)

Eu acho que melhorou, assim, mais por, por vaga, num tem aquele direcionamento que é amigo de fulano que de sicrano e tudo, que pega e consegue vaga (...) (Reg7)

(...) não conseguia mesmo, tinha que ficar pedindo pra gente ligar, pedindo favor. Então, a regulação permite que aquilo que é um favor político ou de poder, se torne, se traduza como um direito líquido e certo das pessoas. (Reg1)

A regulação centralizou o serviço de intermediação causando uma grande mudança em termos de procedimentos e criação de novas funções profissionais (médicos supervisores, enfermeiros analisadores e controladores), se a análise limitar-se ao vetor de competências neste primeiro momento:

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)

Ela é uma auditoria sistemática, mas de processo, tá? Num é uma auditoria específica de contas hospitalares (a auditoria médica), de procedimentos, não é, não tem, não tinha esse profissional. (Esp5, sobre a criação da função de enfermeiro analisador)

Porque era inviável o mesmo profissional médico fazer análise clínica e achar leito pro paciente, ou ele fazia uma coisa, ou ele fazia outra (...) (Esp5, sobre a criação da função de enfermeiro controlador)

(...) eu venho de uma formação, e o grupo compartilhou isso à época, que ou a gente define papéis bem elaborados dentro do, de um processo, ou as coisas começam a se misturar e ninguém sabe o que que cada um vai fazer. (Esp5, sobre a criação de novas funções profissionais)

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:

A regulação com a gente, por parte dos funcionários, não tem problema nenhum é mais informações mesmo, é eles ligar, confirmar o número de leitos, confirmar vaga, confirmar se o paciente chegou ou não, informar pra gente da onde o paciente vem, como é que ele vem, se é a SAMU que vai trazer ou se é através de uma ambulância de outro hospital, entendeu? É mais informação. (Enf2)

(...) a gente ia fazer via computador que requer um pouco mais de tempo, requer um relatório médico, tem que colocar todos os dados do paciente, (?) o diagnóstico do paciente, né? Histórico do paciente pra regulação tá ciente do que, da definição da, da gravidade desse, desse paciente.(Enf3)

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. Em pelo menos um caso, foi mencionado que a redução da responsabilidade teve um efeito indesejável, quando certos profissionais se isentam de esgotar os recursos locais antes de solicitar a internação em UTI: “Agora, com o sistema informatizado, ficou mais fácil apelar pra empurroterapia e, infelizmente, isso é uma coisa que acontece, né?” (Med2, Estab2a). 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 a regulação já não tem muito isso, ela já... Precisou de UTI, ela já..., é mais de empurrar, sabe? O médico questiona um pouquinho, mas,

mesmo assim, o médico questiona, mas não adianta, o paciente vem assim mesmo. (Enf2)

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)

Porque, agora, o que que é? Eles estão dominando mesmo, é a regulação que tá dominando, então seria, assim, quase que diminui um pouquinho a preocupação. (Enf2)

O relacionamento, no início, era mais tenso, não é? Porque até que, se sentia um pouco, digamos, é, assim, comandadas, né? (Med3)

Não tinha como a gente comprovar que tinha feito a solicitação da vaga porque todo contato era feito por telefone, e às vezes, até quando o próprio hospital negava a vaga, falava que não tinha vaga, a gente depois não tinha como provar. O pessoal do hospital falava que não e que ninguém havia ligado e perguntado por aquela vaga, quando isso causava da morte de algum paciente, e a gente ficava muito inseguro em relação a toda essa situação. (Enf4, sobre a insegurança do método anterior)

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)

A criação de novas competências, por meio da criação de novas funções, e a mudança substancial na organização do serviço, consequência de sua centralização, já permitem identificar a criação dos serviços de intermediação (S3), de auditoria de contas (S4) e de supervisão médica (S5) como inovações radicais no âmbito da RIUTI na SES/DF (seção 3.1.2). Mais evidências sobre essa questão surgirão ao longo da análise dos demais vetores de características.

5.1.2 Inovação incremental e de melhoria em serviço constitutivo da RIUTI

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. Essa mudança foi mais intensa nos serviços prestados nos hospitais privados e nas UTI 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. Um dos entrevistados apresenta uma possível explicação para o menor impacto no serviço de atendimento ao paciente na UTI pediátrica:

Relativamente bem, agora, é, em pediatria, a indicação de UTI é um pouco mais precisa pelas próprias patologias pediátricas, entendeu? Do que pra adulto, então, acho que é até mais fácil regular leito de pediatria do que regular leito de adulto, porque, assim, do ponto de vista técnico, num tem muita controvérsia em indicação de criança, sabe, pra criança, né? É, já pra adulto não, a coisa é meio controverso. (Med2)

No estabelecimento 2a, a UTI adulto passou de especializada em gineco-obstetrícia para UTI geral, o que provocou efeitos sobre as competências diretas dos prestadores do serviço de atendimento aos pacientes:

Nós não temos divisória entre um leito e outro, nós não temos leito de isolamento, então, até por isso, a vocação dessa UTI, a vocação dessa UTI não era pra atender o paciente geral, né? Era, tanto que ela era chamada de UTI da mulher, né? (Med2)

Mudou, os pacientes que vem pra cá são todos pacientes, na maioria das vezes, são pacientes que não têm volta, são pacientes crônicos (...) (Med2)

(...) tivemos que aprender a trabalhar com pacientes diferentes né? das nossas rotinas, tivemos que aprimorar nossos conhecimentos na UTI porque num era, a gente não recebia paciente tão grave como agora, a gente praticamente não tínhamos, assim, por muito tempo, paciente igual a agora, crônico, a UTI não era muito de receber pacientes crônicos (...) (Enf2)

(...) alguns conhecimentos mais técnicos, muitos diagnósticos variados, muitos diagnósticos diferentes, nós é é, até semana passada tínhamos aqui uma paciente, também com quadro crônico de porfíria hepática, eu em toda a minha vida de de ... tanto durante o curso superior, nunca tinha ouvido falar e nem durante a minha vida profissional, nunca tinha ouvido falar nessa doença. (Enf2)

No estabelecimento 2b, UTI pediátrica, o entrevistado confirmou a mudança no perfil clínico dos pacientes, mas minimizou seu impacto sobre o aperfeiçoamento de competências dos prestadores:

É, isso mudou. Em relação ao paciente, o perfil do paciente, por exemplo, antes, como o hospital, né, tinha o leito aqui, a gente admitia mais crianças com quadro de choque séptico, insuficiência respiratória, né? Agora a gente tem uma miscelânea maior, né? Porque a regulação às vezes ela termina não priorizando muito, digamos, essa referência e quando não tem vaga, por exemplo, no Base, vem paciente oncológico, vem paciente com trauma, né? Termina vindo pacientes de patologias, né? Mais diferenciadas, né? (Med3)

Não, não, porque isso aí a gente já era treinado, né? Pra todo tipo de paciente, né? Esses pacientes não demandou nenhum problema não. (Med3)

O estabelecimento 4a destacou um elemento diferente: a necessidade de aperfeiçoar competência emocional para se relacionar com pacientes economicamente vulneráveis¹⁹. Do ponto de vista clínico, o entrevistado não percebeu aumento na variedade dos casos, mas mencionou que os pacientes da regulação raramente chegam sem úlcera de pressão²⁰. Essa menção às condições dos pacientes em decorrência da deficiência nos cuidados de enfermagem foi repetida no estabelecimento 4b:

Tem, a gente tem que desenvolver o emocional, né? A gente trabalha com pessoas de baixo poder aquisitivo, né? Então tem essa questão que gente tem que ter muito mais cautela, muito mais forma de falar com a família, de ter um contato com a família, a gente tem essa dificuldade do, do uso, né? Dos materiais no paciente, que a gente num pode botar igual a gente tem o paciente conveniado (...) (Enf5, Estab4a)

De repente um médico, na questão de curativo mesmo, é uma questão muito difícil pra gente porque o paciente quando ele, aí é raro ele chegar sem úlcera de pressão (...) (Enf5, Estab4a)

Não, porque o nosso (paciente) é bem diversificado também, a gente recebe politrauma, a gente recebe neuro, a gente recebe ginecológico, a gente recebe, é, o que vem, não tem, assim, um, um, um parâmetro. (Enf5, Estab4a)

No estabelecimento 4b, foi citado que os pacientes encaminhados pela regulação são mais graves, com maior ênfase atribuída pelo enfermeiro, e que apresentam sinais de cuidados de enfermagem insuficientes. O impacto das condições clínicas dos pacientes sobre o aperfeiçoamento de competências não foi considerado importante:

(...) com o SUS os pacientes sempre são um pouquinho mais graves, né? Mais, prematuridade é mais baixa, maior número de respiradores, né? (Med5, Estab4b)

(...) é um paciente mais propenso ..., o que vem do SUS é um paciente realmente necessitado, ele vem mesmo morrendo. Ele vem mesmo, assim, precisando, né? Então, é um paciente que precisa de todos os cuidados. Muito diferente do nosso aqui, né? (Enf6, Estab4b)

(..) num tem, num tem um cateter, num tem um picc, num tem nada, então eles ficam puncionando o (?), e rapa a cabeça, aí pega, entendeu? Ele vem todo detonado, todo detonado, né? Eu acho que lá, como fica na espera, como não, num, num fica numa UTI, fica numa espera, então, num tem o tratamento adequado. Quando eles chegam a internar já estão, assim, no limite. (Enf6, Estab4b)

Não. Porque todos os médicos que trabalham aqui também trabalham na fundação, então a gente já tá acostumado, né? (Med5, Estab4b)

(...) adaptação eu digo no sentido de se acostumar mais com o paciente, a ter paciente grave na UTI, mas tecnicamente elas já estavam preparadas. (Med5, Estab4b)

¹⁹ As diferenças econômicas entre pacientes em hospitais privados faz emergir questões éticas que serão mencionadas mais adiante.

²⁰ A que, nos doentes acamados, se manifesta em partes do corpo (geralmente dorso e nádegas) prolongadamente em contato com o leito (HOLANDA FERREIRA, 2004).

Os entrevistados do estabelecimento 5 foram firmes em afirmar que a gravidade dos pacientes encaminhados pela regulação mobiliza e leva ao aperfeiçoamento de competências da equipe:

Assim, o perfil do paciente com certeza mudou, né? São pacientes que exigem infinitamente muito mais atenção, são pacientes críticos, já chega pra gente às vezes muito ruim e a gente tem que ter muita atenção em cima disso, porque antes era uma UTI muito tranquila, pacientes cirúrgicos, às vezes vinha de *home care*, então era pacientes estáveis, hoje não, já chega instável, ele já chega ruim pra gente (...) (Enf7)

(...) paciente cirúrgico ele difere muito do paciente do SUS, os dois tem que dar tratamento, só que o tratamento do paciente do SUS é só com drogas pesadas, é, acompanhamento intenso mesmo, mesmo acompanhamento cirúrgico tem aqui (?) o cirúrgico é um paciente que ele vem, ele chega estável, ele foi pro centro cirúrgico, recuperou o que ele tinha e veio pra cá pra passar apenas 24h em observação, ele chega estável, ele chega sem problema algum, agora o paciente SUS já chega grave, e pra isso tem que ter profissional competente, que saiba o que, é, esteja fazendo, muito treinamento a gente faz aqui, tanto enfermagem, quanto parte médica pra dar atenção ao profissional pra ele passar pro paciente. (Enf7)

Os pacientes que vinham pra cá eram de baixa complexidade. SUS ..., os pacientes do SUS são uma escola, uma escola. Porque eles tão muito largados, eles chegam aqui abandonados (Med6)

(...) e essa situação de regulação, SUS, passou com que a gente prestasse mais atenção nisso, trabalhamos todos na mesma sintonia, já que é um serviço muito corrido como eu passei...com o paciente crítico, então tem que tá todo mundo falando a mesma língua, então, essa interação, assim, acabô assim acho que aumentando. Pra melhor, em benefício do paciente. (Enf7)

Por causa da regulação, por causa, na verdade num é por causa da regulação, por causa da, da, dos pacientes críticos, né? Porque se eles trouxesse pacientes tranquilos aqui, talvez não haveria tanta necessidade de treinamentos e monitor e tudo mais. (Enf7)

(...) 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, que nem todos são intensivistas, né? (Med6)

No estabelecimento 6 também houve aumento na variedade dos casos clínicos. A necessidade de suprir o serviço com novas competências foi satisfeita com a contratação de pareceristas, por tarefa:

(...) com a abertura de leitos da SUS você tem um leque enorme, nós recebemos desde pacientes com, com, com choque cardiogênico, com enfarte, até mesmo pacientes que tem macro adenomas hipofisários, tá? Doenças neurológicas complexas, síndromes complexas, que são difíceis de você ver, tá? (Med7)

(...) isso é muito bom, tá? Até mesmo porque a nossa instituição, a gente tem um caráter acadêmico dentro dela, (...) porque a gente tem

dentro da filosofia da gente a, a, a aplicabilidade de atividades de ensino e pesquisa. (Med7)

(...) colocar em, digamos assim, escalas de parecer, tá? Como, por exemplo, assim, a gente tem um leque variado de especialidades, hoje eu tenho até mesmo de endocrinologistas, até mesmo neurocirurgiões que nos dão parecer (...) (Med7)

Por fim, o estabelecimento 1 não percebeu alteração no perfil de seus pacientes nem nas competências dos prestadores. Trata-se de um hospital público terciário para o qual já eram direcionados pacientes graves e que é referência para trauma:

Não, a mudança do perfil não, é, o que mudou foi a organização, né? (Med1)

Olha, mudança no perfil, assim, como os meus pacientes, que eu trabalho com trauma, eles são todos regulados, é, o perfil não mudou muito porque é um perfil do paciente grave politraumatizado, entendeu? (Enf1)

Assim, três estabelecimentos (2a, 5 e 6) relataram variações significativas no vetor de competências dos médicos e enfermeiros assistentes que modificaram o serviço de atendimento ao paciente (S22, S26 e S27). São casos de serviços prestados em UTI especializada que, após a regulação, passou a receber pacientes como UTI geral, e de serviços prestados em UTIs de hospitais privados que, antes da regulação, recebiam principalmente pacientes em recuperação de cirurgias eletivas. Nesses estabelecimentos, foi caracterizado o processo de inovação de melhoria, representado pelo aperfeiçoamento de competências profissionais dos prestadores do serviço de atendimento ao paciente. Os demais, apesar de notarem variação no vetor de competências dos usuários, não a relacionaram com mudanças em [C] ou porque as mudanças não foram significativas ou o pessoal já estava treinado ou já tinha experiência com pacientes do SUS em outros empregos (2b, 4a, 4b) (Quadro 11).

Nos estabelecimentos privados, a contratação dos leitos de UTI pela SES/DF provocou aumento significativo de demanda, com reflexos sobre o vetor de competências dos prestadores dos diferentes serviços [C]²¹, em termos de contratação de pessoal, às vezes seguida de maior divisão de trabalho. Essas situações caracterizam o modo de inovação de melhoria. No entanto, não houve criação de novas funções/serviços. Amostras dos relatos sobre o serviço de atendimento aos pacientes nos hospitais privados são apresentadas a seguir, por estabelecimento, todas como evidências do aumento de produção e do quantitativo de pessoal.

²¹ Houve também mudanças no vetor de competências técnicas [T], que serão analisadas adiante.

A gente teve. Teve porque, até então, a gente só utilizava 18 leitos então, a legislação diz que é um técnico pra dois né? e aí depois que tinha...que aumentou a regulação ...que deu uma aumentada a mais nos pacientes, aí abriu os 21 leitos que era o que a gente tinha então pra se deixar um técnico pra dois pacientes, um, um técnico pra dois a gente teve que contratar. (Enf5, Estab4a)

Assim, o que houve, é, a gente tá adequando, tá contratando mais funcionários, contrataram mais enfermeiras, que era só uma, era só uma, nós estamos, já somos em três, já tá tendo a assistência da enfermagem 24h praticamente, e estamos aumentando o número de funcionários, né? Porque com o SUS fica sempre lotado o serviço. (Enf6, Estab4b)

É, foi contratada a enfermeira pro turno da noite que não tinha, agora tem, antigamente não tínhamos enfermeira à noite, agora, com o maior volume de paciente, mais gravidade dos pacientes tem enfermeira à noite. (Med5, Estab4b)

(...) nós já tínhamos esses 14 leitos quando... e trabalhava com poucos pacientes, que a demanda nossa era muito pouco. Quando abriu pro SUS, é, praticamente lotou, aumentou a demanda aqui dos pacientes, e com isso houve sim a necessidade de contratar mais funcionários, mais enfermeiros, mais médicos também. (Enf7, Estab5)

Foi, foi. No começo, a nossa, a nossa UTI tinha pouco, tinha menos atendimento, bem menos e aí foi contratado todo um esquema... atendimento, questão de faturamento, teve mais pessoas pra dar conta da demanda, técnico de enfermagem, enfermeiro (...) (Adm5, Estab5)
Mas o fato da regulação ter entrado não, a regulação entrou, aumentou a quantidade leitos ocupados, isso foi uma coisa real que aconteceu. (Adm4, Estab5)

(...) talvez eu não estaria com a, com a, com todos os leitos ocupados se não tivesse o SUS, num sei, de repente pode ser(...) (Adm7, Estab6)
Nós nascemos com sete leitos e estamos indo pra vinte leitos agora.
Planejamen..., é, faz parte do planejamento estratégico da empresa (...) (Med7, Estab6)

Essa última menção de Med7, sobre a expansão do serviço estar conectada com o planejamento estratégico da empresa, suscitou questionamento sobre a motivação dos hospitais para firmar contrato com a SES/DF, o que poderia lançar nova luz sobre a forma de inovação que significou a entrada desses prestadores privados na regulação. Esse questionamento foi potencializado pelas notícias sobre crise entre esses prestadores e a SES/DF, em razão da falta de pagamento pela produção.

As falas significativas sobre essa questão foram de sócios diretores, diretores administrativos, financeiros e coordenador da UTI dos hospitais privados:

(...) pelo menos o paciente tá regulado, tá uma coisa certa e você tem um contrato que vai garantir você receber aquilo. Então, assim, eu acho que é por aí, eu acho que é o que dá tranquilidade, agora, em

relação ao pagamento, o paciente regulado ele tem pagado...pagou certinho. (Adm7, Estab6)

Porque a tabela que eles fazem é uma tabela boa, é, é, vai ali no, no limiar, cê vê que é abaixo de qualquer jeito ela num, ela tá abaixo de um convênio que paga baratinho (...). (Adm7, Estab6)

(...) 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)

(...) compensa se tiver uma grande quantidade pro convênio SUS pra poder superar, né? Pra poder, é, ter ônus, né? (Adm1, Estab4)

Esses relatos, mais informações de contexto sobre os sistema de saúde do DF, associados ao depoimento não gravado do administrador do estabelecimento 4, permitem identificar diversas possíveis causas para os hospitais privados firmarem contratos com a SES/DF e se submeterem à RIUTI.

Os estabelecimentos 4 e 6 tinham planos de expansão. O primeiro aumentou sua capacidade de realizar cirurgias e, proporcionalmente, precisou aumentar sua capacidade de internação em UTI. O estabelecimento 6 está em reforma para expandir de forma significativa o número de leitos de UTI e firmou parcerias para, no futuro, tornar-se estabelecimento de ensino. O estabelecimento 5 é um hospital de inauguração recente com atividades em expansão. Todos eles, portanto, podem ter visto a contratação como mais uma oportunidade de sustentar a expansão de suas atividades. Nesse sentido, nos termos de Schumpeter (1982), teria havido uma inovação de mercado. Cabe lembrar que a tipologia de inovação de Schumpeter (1982) não é incompatível com os modos de inovação identificados por Gallouj (2002). A situação aqui descrita é tão característica que a classificação de Schumpeter surge com força.

Além do fator expansão, 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 os pagamentos das internações por mandado estão atrasados desde 2009, 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 o recebimento dos pacientes não regulados (internados por mandado) e, por conseguinte, evitaria incorrer em despesas de difícil recuperação (Adm7).

Outro fator é que o paciente regulado é de maior complexidade que o paciente em recuperação de cirurgia eletiva. Esse paciente exige o uso de medicamentos, materiais e a realização de procedimentos que aumentam o faturamento do estabelecimento (Med6). Apesar de o pagamento da internação de paciente regulado demorar e ser bem inferior ao pago pelas empresas de serviço de saúde complementar, ele é realizado com o respaldo de um contrato e segundo uma tabela compensadora em razão do número e complexidade dos pacientes atendidos (Adm7).

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 hospitais²². Essa situação caracteriza a forma de inovação como de melhoria. Do lado da Central de Regulação, como já comentado, a criação desse serviço 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)

Tivemos que contratar gente pra limpeza de conta (...). (Adm1, Estab4)

O meu trabalho aumentou o volume, aumentou o volume. Era algo que eu não fazia e eu passei a fazer. (Adm5, Estab5)

São profissionais contratados somente pra fazer o mesmo sistema, o mesmo trabalho de pessoas que anteriormente fazia agora estão exclusivamente lá pro SUS. (Adm5, Estab5)

Em termos de aperfeiçoamento de competências profissionais, o pessoal da auditoria de contas nos estabelecimentos privados minimiza o impacto da regulação, reduzindo-o apenas ao conhecimento de cláusulas específicas de um novo contrato, como se fosse mais um convênio atendido pelo hospital (Adm5 acima, Adm6 e Adm7), ou à operação do software de registro do faturamento (Adm5). A pouca referência ao software pode ser interpretada como consequência de seu uso ser realizado em poucos dias do mês, de forma concentrada, e por ser de operação não problemática, talvez

²² O estabelecimento 6 afirmou que não contratou pessoal administrativo. Cabe lembrar que o estabelecimento é de pequeno porte, que está em reforma de ampliação e que o volume do atendimento aos pacientes regulados ainda não trouxe a necessidade de contratar pessoal adicional.

semelhante aos softwares usados por prestadores de saúde complementar²³. Essa situação não permite identificar um processo relevante de inovação no serviço interno de apoio à auditoria de contas nos estabelecimentos de saúde:

(...) a única coisa que a gente tem que aprimorar aqui é conhecer o contrato, né? Conhecer o contrato, conhecer qual é a tabela que lhe rege, que esse é o padrão que a gente faz pra todos. (Adm6)

(...) tive um treinamento com o pessoal da Secretaria que trabalha, que fica perto do Hospital de Base e posterior ainda tive dúvida quando eu tava alimentando o sistema, levei o, a CPU daqui pra gente, é, (?) de forma correta levamos a CPU e eles nos passaram o pessoal da regulação. (Adm5)

E, e, tudo isso a gente teve um treinamento, a gente fez curso na regulação (...). (Adm7)

O desenvolvimento do software TrakCare^{TM24} foi importante instrumento de viabilização da RIUTI e exigiu que os prestadores desenvolvessem competências para operá-lo. Em hospitais privados, sua operação às vezes foi atribuída a funcionários administrativos da UTI (Estab4b, Estab5). Nesses casos, os entrevistados médicos e enfermeiros não mencionaram explicitamente o desenvolvimento de competências e minimizavam a importância do tema no serviço de atendimento:

Entro (no sistema), mas existe uma secretária que é a (...) aqui, que ela fica mais com essa (atribuição), né? (Enf6, Estab4b)

Não. É a secretária. Ela entra no sistema, ela dá baixa no paciente, ela tem acesso à senha, eu nem sei a senha, eu não participo. (Med6, Estab5)

Em hospitais públicos, dependendo da organização do serviço, médicos e enfermeiros, às vezes apenas os últimos (Estab3) ou apenas os primeiros (Estab1), operam o sistema diariamente. Essa situação caracterizou o desenvolvimento de uma nova competência, provocando a adição de um componente no vetor de competências diretas dos prestadores do serviço de atendimento, o que configura uma inovação incremental. Essa situação se repetiu nos estabelecimentos privados 4a e 6:

Não, a única competência (que precisou ser desenvolvida) foi aprender a mexer no sistema, né? Porque o resto num, num, já é o trabalho da gente. (Med1, Estab1)

Não, normalmente quem está usando mais o sistema são os próprios plantonistas. (Enf1, Estab1)

Não o sistema sim, teve, teve treinamento sobre o sistema. Quando foi implantado o sistema, teve a equipe, né? De informática que veio mostrar como é que funcionaria esse sistema até porque sem a gente

²³ O software mencionado pelo pessoal do faturamento do serviço não é o TrakCare da SES/DF, mas o SISAIH do Ministério da Saúde.

²⁴ Além da RIUTI, o sistema abrange a regulação de medicamentos e o prontuário eletrônico.

saber como funciona não tem como você trabalhar com ele, né? Então, foi dada essa orientação, foi dado esse suporte durante alguns meses pra equipe, pra equipe aprender a lidar com esse, com esse sistema. (Enf3, Estab2b)

(...) (o treinamento foi) só mesmo como é que a gente faz pra fazer o uso do sistema, e como é que a gente faz pra dar alta, pra admitir paciente, e pelo telefone, que é o contato que a gente tem, via regulação. (Enf5, Estab4a)

Houve um treinamento, eles fizeram um treinamento, nesse treinamento participaram três pessoas daqui que serviram como vetores para as outras, como agentes multiplicadores. Então, o treinamento nos foi dado, se eu não me engano, nossa relação tinha nove ou dez nomes, apenas três foram treinados, e esses três agiram como agentes multiplicadores da, da, do treinamento do resto da, das pessoas. (Med7, Estab6)

Entre os estabelecimentos públicos, a exceção ao desenvolvimento de competências em razão da necessidade de operação do sistema informatizado foi o estabelecimento 2a. O Med2 não gosta de usá-lo: “Não, num tive treinamento, assim. É, primeiro o, o, o, teve um rapaz aí que vinha, ah, qualquer dúvida o senhor nos informa, mas o programa é muito ruim, sabe?” e também não usa o sistema: “É, eu acho que o, o (TrakCare™) eu conheço, a gente não usa ele aqui na UTI (...)”. O Enf2 minimizou o efeito do treinamento e a necessidade de uso do sistema, vez que mantém contato telefônico frequente com a Central de Regulação:

Não. Treinamento, assim, profundo, acho que nem precisou, né? Pra nós da enfermagem não porque, como se diz... Tem aí os sites que a gente entra e acessa e fica sabendo quantos leitos e tudo, até o nome dos pacientes tem. (Enf2, Estab2a)

Nem precisa preocupar tanto, a gente sabe que a regulação vai ligar querendo saber se tem ou não vaga, quais os nomes dos pacientes, se tem previsão de alta. (Enf2, Estab2a)

Apesar de limitado à enfermagem, que precisou se qualificar para operar o TrakCare™, o serviço de solicitação de vaga também passou por processo de inovação incremental:

Quem faz essa inserção é a enfermagem. Ele faz um relatório no formulário e o enfermeiro que faz a inserção no sistema. (Med4, Estab3)

(...) o problema maior foi que foi o primeiro contato que a gente teve com a parte de informatização, então muitos colegas nunca tinham visto um computador, assim, mexido num computador, então, o medo do desconhecido (...). (Enf4, Estab3)

E aí às vezes eles preferiam até ir pro telefone pra não ter que acessar o programa. (Enf4, Estab3)

(...) foi feito treinamento e foi sanado esses problemas, hoje a gente não tem grande dificuldade. (Enf4, Estab3)

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 o 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)

No serviço de supervisão, um dos médicos acompanhou a implantação da RIUTI desde seu início, usa o TrakCareTM diariamente, mas não percebeu a operação do sistema como desenvolvimento significativo de competência. O outro médico, no entanto, que tem apenas quatro meses de experiência na função, discorreu longamente sobre seu processo de desenvolvimento de competências tanto na operação do sistema quanto em aspectos relacionados com o funcionamento da regulação e da supervisão. Assim, é possível interpretar o segundo caso como um processo de aprendizagem de um novo funcionário que inicia nova função, mas não uma nova competência do serviço que melhora ou modifica as características do produto.

5.1.3 Lógicas e operações de serviço

A análise das lógicas de serviço presentes na RIUTI é realizada nesta seção, pois se relaciona com a intensidade da interação entre prestadores e usuários, representada no modelo conceitual pela relação entre competências de prestadores [C] e clientes/usuários [C'] (GADREY, 2001). Os relatos que abrangem a descrição das relações de serviço e o grande número de menções relacionadas às variáveis em análise nesta seção também fornecem elementos para se discutir a natureza das operações de serviço, pois revelam os suportes sobre os quais os serviços atuam (GALLOUJ, 2002). A análise das lógicas e operações de serviço ajuda a caracterizar e melhor entender a natureza dos serviços elementares constitutivos da RIUTI. Por sua vez, a conjugação das duas análises torna o relato mais conciso.

O plano de análise da pesquisa abrangeu uma variável específica para captar o desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários (Quadro 10). Essa variável é composta dos códigos de desenvolvimento de novas

formas de relacionamento entre assistentes (médicos e enfermeiros) e usuários (ASU) e entre assistentes e familiares dos usuários (ASF). Esses dois códigos corresponderam a 4% das menções dos entrevistados.

Houve menções sobre o relacionamento entre assistentes e usuários conscientes e orientados na UTI, mas no contexto de resultados da RIUTI sobre a integralidade do serviço de saúde no DF. Assim, elas foram codificadas e relacionadas com a variável correspondente a resultados do processo de inovação, o que levou à baixa frequência do código ASU (Quadro 10).

As variáveis definidas na pesquisa foram pensadas para analisar a dinâmica do processo de inovação na RIUTI. Além disso, o modelo conceitual pode ser aplicado a cada um dos serviços elementares constitutivos. Assim, os temas codificados como indicativos de desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e familiares (ASF) e entre assistente e reguladores (ASR), da variável de mudanças nas competências diretas dos prestadores (Quadro 9), podem ajudar a compreender a lógica de serviço em serviços elementares nos quais esses atores atuam como clientes/usuários e prestadores.

Quadro 10 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes ao desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
ASF	9	4	7	2		22
ASU			1			1
Total	9	4	8	1		23

Fonte: elaboração própria.

A lógica de serviço é definida pela combinação entre o modo pelo qual o cliente/usuário aciona o prestador e o tipo de capacidade predominantemente aplicada na produção (GADREY, 2001). O modo de acessar o serviço varia em um *continuum*. Em uma extremidade, está a solicitação de demanda interativa, com intensa relação verbal, contatos diretos e trocas pessoais durante todo o processo produtivo, chegando a caracterizar a coprodução. Na outra, existe fraca interação, limitada à relação de troca, na qual o cliente/usuário decidiria usar um serviço posto à sua disposição. O tipo de capacidade aplicada e com a qual o cliente/usuário entra em contato também varia em um continuum entre a capacidade humana do produtor ou a capacidade técnica do artefato tecnológico usado na produção (3.1.1.1 e Figura 3).

O serviço de solicitação de vaga é prestado pelo hospital solicitante na pessoa do médico solicitante, com interveniência da enfermagem. O médico precisa examinar o paciente e elaborar um laudo que demonstre a urgência da internação em UTI (Figura 2): “(o formulário do) TrakCare™ é o estado do paciente naquele momento, se ele tá em ventilação espontânea, se ele tá entubado, se ele tá com o uso de drogas vasoativas, o resultado dos exames que foram feitos, ou seja, o que que justifica uma vaga de UTI.” (Enf4). Além disso, preenche um relatório com o histórico do paciente, incluindo informações sobre o tratamento que lhe foi aplicado: “(...) no relatório médico ele bota o histórico do paciente inteiro e não o quadro do paciente naquele momento.” (Enf4). O médico solicitante pode ser chamado pelo médico regulador a esclarecer essas informações: “Na hora que eles pegam lá, se eles tiverem alguma dúvida ou se não tiver os dados necessários, tiver faltando dado, aí eles ligam e pede pra falar com o médico.” (Enf4). A enfermagem insere o laudo no sistema de regulação, quando o paciente entra na fila de espera: “(...) essa responsabilidade é transferida para a enfermagem, aonde a enfermagem coloca, ou seja, insere o paciente no sistema, o sistema de regulação (...)” (Med4).

As menções aqui reproduzidas descrevem o serviço de solicitação de vaga como atuando sobre informações acerca da situação e do histórico do paciente. O médico solicitante atua sobre o paciente para obter informações que alimentarão o processo de solicitação de vaga. O serviço de solicitação não visa provocar uma alteração no estado do paciente, o que é objetivo do primeiro atendimento, que procura estabilizar o paciente grave. O serviço de solicitação é mediado por um sistema informatizado no qual as informações padronizadas são inseridas e codificadas. Tal dinâmica revela um serviço baseado em operações informacionais.

A descrição do processo também demonstra a aplicação de competências humanas, representada pela competência médica em caracterizar a situação clínica do paciente e elaborar laudo convincente sobre a necessidade de internação em UTI.

O paciente, em razão de seu estado de saúde, está impossibilitado de ele mesmo tomar a iniciativa de acessar o serviço de solicitação de vaga de UTI. Em geral, os familiares não têm informação qualificada que os permita decidir por acessar o serviço. O próprio hospital solicitante inicia os procedimentos de solicitação de vaga. No entanto, as famílias, dependendo de suas competências [C’], podem influenciar o processo (Med6). Como já foi visto, antes da regulação as famílias podiam influenciar, por meio de relações pessoais, a obtenção de vagas em UTI. Após a implantação da

regulação essa influência pessoal foi reduzida significativamente, mas os familiares ainda pressionam diretamente o médico solicitante (Reg2) ou recorrem ao Poder Judiciário:

(na obtenção de vaga em UTI) as famílias articuladas são privilegiadas, minha leitura. (Med6)

O próprio hospital precisa ter às vezes uma estrutura pra que ele consiga reter um paciente que está em estágio terminal, por exemplo, que não vai se beneficiar numa UTI, mas a família não aceita e aí o médico, muitas vezes pressionado pela família, ele pede a UTI, às vezes até manda relatório pro Ministério Público pra gerar mandado judicial (...). (Reg2)

todos apavorados querendo mandado judicial, mandado judicial. E a gente tenta agora acalmar, né? Pra tentar esperar um pouco mais, mas num tem jeito, né? Eles agora já estão esclarecidos quanto a isso, mas, a maioria das vezes quando fala em regulação, já dá um, a gente vê que já dá uma calma, uma acalmada melhor, é como se dissesse assim “já num tô mais só, né? (Reg8)

De ordinário, o modo de recorrer ao serviço de solicitação de vaga envolve fraca interatividade, mas, conforme a articulação e o esclarecimento das famílias sobre o processo, o modo de acesso pode passar por relação mais intensa, como comprova o surgimento do fenômeno da judicialização do acesso à saúde. No caso de a família obter mandado judicial de internação, o paciente passa a ter prioridade, sem se subordinar à ordem na fila de espera de internação. Assim, a lógica de serviço neste caso localiza-se em um dos quadrantes inferiores do diagrama da Figura 3, mas é difícil classificá-la exatamente, mesmo porque elas não são mutuamente exclusivas. Considerar a lógica de serviço como de intervenção solicitada, com fraca interatividade parece ser a opção que melhor caracteriza a realidade.

O serviço de atendimento ao paciente é prestado por médicos e enfermeiros assistentes no hospital executante. No outro polo da relação de serviço, o familiar responsável “contrata” o serviço de atendimento para que o prestador produza o serviço, tendo o paciente como suporte. No setor público a relação não é contratual, mas o familiar responsável é o interlocutor do prestador na relação de serviço.

O serviço de atendimento abrange a recepção do paciente e os cuidados médicos e de enfermagem. Trata-se de um serviço de emergência e intensivo totalmente focado em cuidar do paciente e retirá-lo da situação que o levou à UTI. O paciente é medicado, examinado, procedimentos médicos são realizados, além de serem oferecidos cuidados de fisioterapia e nutrição, entre outras ações. O suporte do serviço claramente é o paciente, o que configura operações relacionais:

(...) quando você recebe um paciente e esse paciente precisa de um tratamento intensivo, o próprio nome diz que é tratamento intensivo, são cuidados especiais imediatos (...). (Med4)

Porque, sabe, a UTI tem várias especialidades, não é só o cuidado intensivo (...) e fazer, o reanimar o paciente, botar ele no respirador e ele respirar. Depois tem a evolução, ele tem que ser tratado pra sair da UTI, pra melhorar. (Enf2)

O ambiente de UTI é caracterizado pela presença marcante de diversos equipamentos tecnológicos, como monitores, respiradores, eletrocardiógrafos e outros. Além disso, a internação é um serviço que recorre a grande número e variedade de profissionais: médicos intensivistas, médicos especialistas na doença específica do paciente, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos. Os cuidados prestados pelos profissionais são ofertados com grande frequência ao longo das 24hs. Assim, apesar de mediados em certos casos por artefatos tecnológicos, a capacidade predominantemente aplicada no serviço é fundada em competências humanas, isto é, nas competências dos profissionais envolvidos.

O modo de acesso ao serviço tem fraca interatividade com o usuário em razão da situação de saúde do paciente e do limitado contato entre familiares e assistentes. Os assistentes tomam as decisões sobre o que fazer, com poucas situações de consulta aos familiares. No entanto, a intensidade da interatividade tem variações. Nos hospitais privados e nas UTI adulto, os familiares têm contato com pacientes e assistentes apenas durante a visita, com restrições ao número de visitantes e ao horário, o que, por vezes, gera conflito. O contato entre assistente e familiar é visto como ocasião de fornecimento unilateral de informações e não como momento de troca interpessoal:

O relacionamento eu acho até que bom, sabe? Eles quando precisa de alguma informação chegam até a gente, ninguém se recusa informar, dentro dos nossos conhecimentos, e tem também a liberdade de falar com o médico se quiser saber mais detalhes (...). (Enf2, Estab2a)

(...) pra mim que é aqui na frente que a gente teve que se preparar pra receber a família, né? Porque tem horário de visita, foi bem complicado porque umentou muito o número, né? (Adm2, Estab4)

(...) a gente, a gente tem uma dificuldade muito grande de trazer os, os, é, os parentes pra vir visitar o bebê, as mães. Às vezes, muitas vezes, porque no hospital particular(...) não tem lugar pra mãe, entendeu? (Enf6, Estab4b)

Porque às vezes o familiar chega lá em baixo também – “Ah, porque meu pai internou aqui tem dois dias e num tô sabendo e eu quero informação agora” - no meio do plantão, encerrando plantão, num é horário de visita e os médicos num, né? (Adm4, Estab5)

Eu num me recuso a conversar, eu num me recuso a mostrar registro, eu num me recuso a mostrar prontuário, eu num me recuso a mostrar exame, eu num me recuso a explicar o pouco que a gente sabe do

paciente, eu num me recuso a falar nada, mas por telefone eu não dou informação. (Med2, Estab2a)

(...) às vezes o atrito que tem com familiares é porque tem número limitado de visitas, e às vezes tem pessoas que querem insistir e trazer quase a família toda (...). (Enf2, Estab2a)

Nas UTI pediátricas em hospitais públicos do DF são permitidos e às vezes solicitados acompanhantes que ficam 24hs com o paciente. Para viabilizar o acompanhamento, são fornecidas refeições, instalações e auxílio ao transporte. No estabelecimento 6 houve relato espontâneo de um atitude organizacional que favorece o contato mais intenso entre assistentes, familiares e, quando possível, pacientes:

(...) na pediátrica, é, a gente já tem um, um programa de humanização mais antigo, então, os pacientes, antes mesmo da regulação, já têm direitos, direito a acompanhante 24h por dia (...). (Med1, Estab1)

(...) os recém-nascidos pós-cirúrgicos que estão sedados e tudo, às vezes, não há necessidade de que fique um acompanhante se essa mãe e esse pai não pode ficar, a gente aceita que não fique, mas, crianças maiores que pós-cirurg., de cirurgia cardíaca que estão conscientes e tudo, esses precisam, então, quando o pai e a mãe não podem, a gente solicita que eles deixem uma pessoa que tenha um, um relacionamento bom com a criança (...). (Med1, Estab1)

(...) a gente trabalha com uma demanda global de um paciente, né? O indivíduo com todas as suas limitações, a sua problemática de vida, a sua, as suas emoções, que, com certeza, estão abaladas, então tem pais que chegam mais estressados, tem pais que estão mais, mais tranquilos, então, assim, depende de cada um, né? Então o relacionamento da equipe é, é tentar prestar a melhor assistência possível, né? Em todos os ângulos, então a gente tem um, uma psicóloga que presta assistência aqui com a gente, a gente tem uma terapeuta ocupacional, a gente tem fonoaudiólogo, então, assim, a gente tem uma equipe realmente multidisciplinar que não tem pediatra. (Enf3, Estab2b)

(...) nós oferecemos serviço de psicologia gratuitamente para todos os nossos pacientes, desde que estejam, digamos assim, lúcidos e para os familiares, você veio agora, agora é hora de visita, existe uma psicóloga que está com a família agora no horário de visita (...). (Med7, Estab6)

(...) existe a, a, digamos assim, a conversa entre o médico e a família, não só o médico, mas de toda a equipe que presta serviço àquela família, e essa, essa apresentação num é feita isoladamente, é feita à beira do leito do paciente, caso o paciente esteja lúcido e orientado, ele vai acompanhar, tá? As perguntas e discussões entre os familiares e, e o médico acerca do, do, da patologia dele ou do estado de saúde dele. Isso foi uma, digamos assim, é uma premissa da instituição, tá? Em fazer esse trabalho, então, essa integração é parte do nosso objetivo estratégico. (Med7, Estab6)

(...) o trabalho da psicologia foi extremamente fundamental, porque o importante da mensagem num é ela ser transmitida, é ela ser interpretada. (Med7, Estab6)

Em geral, o modo de recorrer ao serviço de solicitação de vaga envolve fraca interatividade, mas, em alguns estabelecimentos existe o propósito de incluir os familiares em relação mais intensa. Principalmente os acompanhantes 24hs, dependendo de suas competências, podem questionar e discutir os procedimentos, tornando o modo de recorrer mais interativo. Dessa forma, a lógica de serviço do serviço de atendimento localiza-se em um dos quadrantes inferiores do diagrama da Figura 3, mas varia em seu grau de interatividade podendo ser fraca ou moderada.

O serviço de intermediação de vaga é prestado pela Central de Regulação, tendo por prestadores os médicos reguladores e os enfermeiros controladores. Nesse serviço, os hospitais solicitantes e executantes assumem o papel de usuários. Os enfermeiros controladores verificam a existência de vagas no sistema eletrônico e o atualizam por meio das informações repassadas pelos hospitais executantes, mediante contato telefônico: “(...) a regulação, ela, ela sempre entra em contato conosco na UTI pra confirmar, todos os dias a regulação liga confirmando os leitos, né?”(Enf3). Os médicos reguladores analisam os laudos inseridos no sistema pelos médicos solicitantes e priorizam o caso. Com base nas informações do sistema sobre existência de vagas, o médico regulador encaminha o paciente para o hospital executante.

A descrição do serviço evidencia que a intermediação tem por suporte dados padronizados, inseridos em sistema de informação, que são complementados, se necessário, por meio do uso de sistema de comunicação. A análise desses dados permite priorizar e encaminhar os pacientes, efetuando a intermediação entre a procura por vagas pelos hospitais solicitantes e a sua oferta pelos hospitais executantes. Assim, o processo caracteriza um serviço baseado em operações informacionais.

Os enfermeiros controladores monitoram as vagas de UTI por meio do sistema eletrônico e atualizam as informações em contato telefônico. A disseminação do prontuário eletrônico para todos os hospitais executantes reduzirá paulatinamente o contato telefônico e, no limite, pode tornar desnecessária a função de enfermeiro controlador. Nesse caso, a aplicação predominante é de capacidade técnica do artefato tecnológico:

(o contato com os hospitais) É muito, assim, é muito, é, como é que eu vou dizer, é muito formal, né? (Reg5, controlador).

(...) já não tenho mais dificuldade em relação à UTI do HRAN pra eu fazer esse controle de leitos. Por quê? Porque eu sei que tá informatizado, eu vejo que o sistema tá ok, tá atualizado, então, se tem vaga eu vejo, se tem alta eu vejo, eu visualizo no sistema, então eu não preciso mais usar telefone, foi ótimo. (Reg6, controlador)

O médico regulador precisa aplicar suas competências profissionais para determinar a priorização do caso correspondente ao laudo inserido no sistema. Por vezes, é necessário esclarecer informações com o solicitante:

E eu percebi que, ao longo do tempo, além dessa comunicação ter melhorado, eles melhoraram, também, o conteúdo da comunicação, então já vem com a informação mais ou menos pronta, já tá mais ou menos acostumado que que é que a gente pergunta, que que a gente precisa saber. (Reg2)

No lado da oferta, o médico regulador também faz contato com o executante para repassar o caso que ele receberá. Além disso, eventualmente atua para apressar a liberação de vagas de pacientes com alta médica, mas ainda internados na UTI:

(...) eles encaminham o paciente, faz contato com o médico do plantão, passa o caso, é, quando tem algum paciente de alta que precisa de remoção, demora muito o hospital de origem transferir o paciente, então, eles ajudam muito na, nesse intermédio aí com o hospital de origem, eles também cobram, às vezes os pacientes que vêm sem mandado judicial, a regulação tem o mandado, passa pra gente por fax, eles viabilizam tudo o trabalho (...). (Adm4, Estab5)

A situação delineada revela um serviço com forte aplicação de recursos tecnológicos e de comunicação para viabilizar a gerência das vagas em UTI nos diferentes hospitais executantes públicos e privados em tempo real, o que viabiliza a intermediação entre oferta e procura. No entanto, no DF, a classificação dos casos por nível de risco pelo médico regulador é fator determinante. Além disso, a insuficiência de informações nos laudos médicos inseridos pelos hospitais solicitantes e a incerteza quanto à atualização de vagas no sistema pelos hospitais executantes ainda exigem a discussão de casos e a atualização de dados via telefone por médicos e enfermeiros. Sendo assim, parece ser mais realista a localização do serviço nos quadrantes inferiores da Figura 3, onde predomina a aplicação de competências humanas.

Os elementos de discussão abordados já permitem discutir o modo de recorrer ao serviço pelos usuários. Sem dúvida, os solicitantes precisam tomar a iniciativa de requerer a vaga e devem cuidar para que as informações do laudo médico demonstrem a necessidade da internação e o nível de risco envolvido. Por sua vez, os executantes precisam inserir no sistema a oferta de vaga e participar com o médico regulador da discussão do caso que receberá. Assim, o modo de acionar o prestador da intermediação é por demanda, o que, em conjunto com a discussão sobre as capacidades aplicadas, leva a caracterizar a lógica de serviço como de intervenção solicitada.

O serviço de auditoria de contas é prestado pela Central de Regulação por intermédio do enfermeiro analisador. O usuário é a SES/DF, que precisa de garantia sobre a correção das cobranças feitas pelos hospitais privados executantes. O serviço consiste em comparar os comprovantes de despesa apresentados pelos hospitais com o contrato firmado entre eles e a SES/DF e com o histórico médico dos pacientes para verificar a correção da cobrança com relação aos valores e à sua justificativa de necessidade. O resultado da comparação é sintetizado em um relatório que registra os valores devidos. Os valores rejeitados são glosados da conta a ser paga pela SES/DF:

(...) tem uma conta muito grandes que eu tenho que olhar folha por folha, prescrição por prescrição, medicação por medicação, evolução por evolução tanto de médico como enfermeiro, tudo. Técnicos de enfermagem, eu tenho que ter um trabalho que requer até muito tempo (...). (Reg7)

(...) cada hospital vai ter o seu contrato e geralmente o SUS é unificado e tudo, então a gente tem que pegar e ler o contrato pra saber que a tabela que eu vou utilizar é essa, o material é essa tabela e tudo e só, num tem segredo. (Reg7)

É uma folha padrão. Somando toda a conta, somando toda a minha glosa e faço aquela folha, vem na frente da conta, pra Secretaria que é a prova que a gente chama até de RA, é através daquele RA que eu vou... (Reg7)

A descrição revela que o suporte do serviço são os dados referentes aos comprovantes de despesa e à evolução dos pacientes, registrados em papel em um processo administrativo. Apesar de não serem usados sistemas eletrônicos de processamento de informações nem de comunicação, a operação do serviço é informacional.

A prestação do serviço de auditoria de contas aplica predominantemente a competência profissional dos enfermeiros analisadores. Eles interagem com auditores internos, faturistas e, eventualmente, assistentes, em discussões sobre questões técnicas relacionadas com a aplicação do contrato de internação em UTI firmado com a SES/DF:

A gente já tem um relacionamento com o grupo, eles já sabem minha forma de trabalhar, já conhece, sabe das regras do, da Secretaria de Saúde, então não tem problema nenhum. É diferente de começar um, um, um hospital que começou o contrato agora (...) Mas, no dia-a-dia, na hora que a gente pega a conta a, o, a fatura e vai vendo, e vai analisando, e vai mostrando pra eles, eles vão estranhando (...). (Reg8)

Agora, dos relacionamentos com todos os hospitais é um relacionamento bom, tem, assim, a hora de discutir (?) às vezes increspa um pouquinho, mas depois... tem um bom relacionamento. (Reg7)

(...) E eles (os enfermeiros analisadores) num são não são fraco não, eles pegam pesado. (Adm7)

O serviço de auditoria de contas não é demandado caso a caso pela SES/DF. Trata-se de um procedimento previsto no contrato de internação em UTI, o qual a Central de Regulação supervisiona. O serviço é prestado por determinação das normas que regem a RIUTI. Sendo assim, a lógica de serviço envolvida pode ser classificada como de intervenção solicitada com fraca interatividade.

O serviço de supervisão médica é prestado pela Central de Regulação por intermédio do médico supervisor. O usuário é a SES/DF, que precisa da garantia de que os tratamentos prestados pelos hospitais privados executantes são adequados ao praticado na rede pública e são econômicos. O serviço abrange a discussão dos casos com os médicos assistentes, a autorização para a realização de exames e procedimentos, bem como para o uso de medicamentos de alto custo. Os médicos supervisores têm autoridade sanitária para determinar a remoção de pacientes de estabelecimentos privados para públicos, caso as condições dos pacientes permitam, visando economia ou uso mais adequado do leito de UTI:

(...) veio uma diretora de um hospital contratado que tava com um paciente na UTI e veio questionar porque a paciente é uma idosa, mandado judicial pra se internar e que ela era a favor de fazer cirurgia cardíaca numa senhorinha de 94 anos, aí o médico supervisor falou assim: “Não. Não vou tirar daqui, ela precisa de suporte clínico, ela não tem teto pra operar, ou seja, não tem condições operatórias, se ela entrar pra mesa cirúrgica ela morre” (...). (Esp5)

É, mas já tivemos casos em que o colega quis manter o paciente lá, paciente bom, e o supervisor: ‘Não. Esse paciente vai, vai sair, já arrumamos um outro leito’. (Esp5).

Existe relação com o serviço de auditoria, mas é realizado diretamente na UTI, em relação com os médicos assistentes, e não sobre processos compostos de comprovantes de despesas. Aliás, os médicos supervisores são mais conhecidos como auditores pelos médicos assistentes:

Discute. Quer saber as informações sobre o bebê, quem é que tá mais grave, se melhorou, é, lê o prontuário. Tranquilo. (Med5, Estab4)

Minha relação é muito boa com o supervisor, muito boa. O (...) é acessível, ligo pra ele por telefone, ele atende sempre, se não atende ele me liga. É um cara comprometido com o paciente, se eu esbravejo com ele aqui no sentido de falar: “Cara, tem que dar alta pra esse paciente”, ele se empenha porque tem gente precisando, e eu me empenho porque eu preciso desocupar esse leito. Aí ele liga, vai, briga. Ele é comprometido pra caramba com o paciente (...) (Med6, Estab5)

Ah, então, então beleza. Então ele vem. Então, se é essa pessoa, ele vem todos os dias, todos os dias, é. Mas eu ... nós tratamos como auditor, então não sei o que que é. (...) Ele vem em função do, do, do tratamento, “doutor, olha, eu preciso de uma tomografia de crânio

desse paciente?”. Ele vai e autoriza, ou não autoriza, ele autoriza a maior parte das coisas, são bem indicadinhos, é médico também, já trabalhou com paciente grave (...). (Med6, Estab5)

Tem. A gente num chama de médico supervisor, é médico auditor, tá? Existe o médico auditor que vem todos os dias em dias úteis, eles não vêm final de semana e não vêm em feriados, então, todos os dias, dias úteis, eles vêm, discutem as condutas, (?) faz o papel realmente de auditor, discute condutas, discute, digamos assim, procedimentos, autoriza procedimentos, todo procedimento, a, existe uma relação, tá? Que delimita valores e, e, e, de tratamentos, qualquer exame que custe mais de (...) é obrigatório ser, ser autorizado previamente antes do seu início, qualquer medicação que custe mais que (...) a dose também é obrigatória a, a autorização prévia (...) existe essa relação, na realidade é uma relação de auditoria, né? (Med7, Estab6)

O serviço de supervisão médica envolve muita discussão com os médicos assistentes e muito bom conhecimento sobre o estado dos pacientes, o que é conseguido tanto por meio de contato direto com eles quanto mediante consulta ao prontuário. A relação do médico supervisor com o assistente é intensa e diária, mas não visa diretamente tratar o paciente, o que é responsabilidade do assistente, mas obter informações para fins de auditoria médica. Assim, o suporte do serviço são os dados sobre o paciente, o que permite caracterizar a operação de serviço como informacional.

A experiência dos médicos supervisores na assistência a pacientes graves é importante e é valorizada em razão da necessidade de discussão qualificada dos casos com os médicos assistentes. Seu contato é direto e diário com os plantonistas, sem intermediário tecnológico. Sendo assim, a capacidade aplicada no serviço é predominantemente fundada em competência profissional:

Mas, o perfil em geral dos nossos servidores são todos intensivistas, com exceção de dois, mas são excelentes, têm uma crítica clínica de primeira qualidade e eles têm essa, essa postura de se posicionar mesmo diante da, duma terapêutica errada (...). (Esp5)

A facilidade é o seguinte, primeira coisa eu fiz a montagem de uma equipe que é todo mundo que trabalha em UTI, o pessoal que trabalha em UTI é uma maneira mais fácil de você entrar em contato com os colegas que é da mesma área e sabe que você é da área, então eles te transmite informação muito mais rapidamente e, também, chega a concordar e dialogar com você com maior facilidade. (Reg3)

Semelhante ao caso do serviço de auditoria de contas, a supervisão médica não é demandada caso a caso pela SES/DF. O serviço é prestado por determinação das normas que regem a RIUTI. A interatividade é forte no processo de obtenção de informações, mas é fraca na forma pela qual o serviço é acessado. Assim, é possível identificar uma lógica de serviço de intervenção solicitada com fraca interatividade.

Quadro 11 – Descrição da RIUTI, por estabelecimento e serviço elementar constitutivo, considerando as variáveis mudança nas competências diretas dos prestadores [C] e clientes/usuários [C’]

Organização	Serviços elementares	Lógica de serviço	Operação de serviço predominante	Mudança vetorial	Forma de inovação
Hospital solicitante (estab3)	Solicitação de vaga (S1)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C]	Incremental
Hospital executante (estab1)	Atendimento ao paciente (S21)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C]	Incremental
Hospital executante (estab2a)	Atendimento ao paciente (S22)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior variedade de situações clínicas dos pacientes [C’]	De melhoria em [C]
Hospital executante (estab2b)	Atendimento ao paciente (S23)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Maior variedade de situações clínicas dos pacientes [C’]	Incremental
Hospital executante (estab4a)	Atendimento ao paciente (S24)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aumento de pessoal e de produção do serviço [C] Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C]	Incremental De mercado
Hospital executante (estab4b)	Atendimento ao paciente (S25)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aumento de pessoal e de produção do serviço [C] Maior gravidade da situação clínica dos pacientes [C’]	De mercado
Hospital executante (estab5)	Atendimento ao paciente (S26)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior gravidade da situação clínica dos pacientes [C’] Aumento de pessoal e de produção do serviço [C]	De melhoria em [C] De mercado
Hospital executante (estab6)	Atendimento ao paciente (S27)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior variedade das situações clínicas dos pacientes [C’] Aumento de pessoal e de produção do	Incremental De melhoria em [C] De mercado

				serviço [C] Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C]	
Central de regulação	Intermediação de vaga (S3)	Intervenção solicitada	Informacional	Criação de novas funções/serviços [C]	Radical
Central de regulação	Auditoria de contas (S4)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Mudança na organização do serviço [C] Criação de novas funções/serviços [C] Aumento de pessoal e de produção do serviço [C]	Radical De Melhoria em [C]
Central de regulação	Supervisão médica (S5)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Criação de novas funções/serviços [C]	Radical

Fonte: elaboração própria com base em Djellal e Gallouj (2005).

O Quadro 11 registra os resultados da análise sobre as lógicas de serviço e as operações de serviço que caracterizam os serviços constitutivos da RIUTI, bem como as mudanças nos componentes dos vetores [C] e [C']. Esses resultados serão complementados na seção 5.2 pela análise das mudanças nos componentes do vetor [T].

5.2 Mudanças nas competências técnicas [T]

A variável que corresponde a mudanças no vetor de competências técnicas [T], tangíveis e intangíveis, captou 13% das menções dos entrevistados.

Quadro 12 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a mudanças nas competências técnicas

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
SFT	5	1	6	20	1	33
MT	12	5	8	4		29
IMT	3	4	1	7	1	16
Total	20	10	15	31	2	78

Fonte: elaboração própria.

O código SFT refere-se ao uso de novos softwares na prestação do serviço. Insere-se no vetor de competências técnicas porque o software é visto aqui como um artefato, uma ferramenta pronta e acabada colocada à disposição de usuários e

prestadores para ser usada no processo de prestação do serviço, logo uma característica técnica tangível. Foi criado código específico para o software porque o sistema eletrônico de regulação é fundamental para viabilizar a gestão em tempo real dos leitos de UTI e a própria RIUTI.

O código MT capta o uso de novos equipamentos, materiais e medicamentos nos diferentes serviços, isto é, características técnicas tangíveis. O código IMT assinala menções ao uso de novos protocolos, criados em função da RIUTI e para sustentá-la, logo uma característica técnica intangível.

No vetor de competências técnicas, a grande inovação, mas não a única, foi o uso por todos os hospitais próprios e contratados incluídos da RIUTI do sistema TrakCareTM, desenvolvido pela empresa multinacional Intersystems. O sistema não foi objeto de investigação detalhada da pesquisa, mas algumas de suas características foram mencionadas pelos entrevistados.

O sistema abrange três módulos: 1) o de regulação de leitos de UTI, 2) o de dispensação de medicamentos e 3) o do prontuário eletrônico. Junto com o sistema, foi disponibilizado um serviço de atendimento gratuito ao usuário do tipo 0800.

A implantação do prontuário eletrônico nos estabelecimentos públicos de saúde no DF é uma iniciativa que não está diretamente relacionada com a RIUTI, mas que vem impactando seu desenvolvimento. Os efeitos da informatização do prontuário atingem em especial o serviço de intermediação e, em menor grau, o de atendimento ao paciente, porque as movimentações dos pacientes também são feitas no TrakCareTM, o que permite sua visualização pelos enfermeiros controladores. Essa integração entre módulos confere maior segurança aos controladores sobre a atualização das informações de ocupação e liberação de leitos. Assim, diminui ou elimina a necessidade de telefonar diariamente, nos três turnos, para conferir as vagas em UTI da rede própria. O mesmo não ocorre com a rede contratada, a qual não usa o prontuário eletrônico do TrakCareTM. A implantação do prontuário eletrônico ocorreu em 5 hospitais da rede²⁵, todos com leitos de UTI, perfazendo 44% dos leitos regulados e 38% do total da rede própria (Tabela 1).

Entre as razões mencionadas para a SES/DF ter desenvolvido um novo software no lugar de usar o Sisreg, que é gratuitamente distribuído pelo MS, encontram-se a possibilidade de integração de vários módulos aplicativos de um mesmo sistema, a

²⁵ HRAN, HRSam, HRSM, HRPa e HRG.

possibilidade de aperfeiçoar o sistema mais rapidamente por ser um sistema local, a ineficiência do Sisreg para tratar dados de todo o Brasil:

(...) o programa do Sisreg ele não permitia, ele não tinha, ele não dava, ele não tinha recursos que o Trak teria e dificultaria a evolução dele, do programa em função do fato de ser nacional e nosso é local. (...) E que a rede aqui era uma rede grande, própria e que iam conseguir fazer interface de tudo. (...) Agora eu acho que o, o grande problema do Sisreg, que tem em outros estados também, que a gente observa, é a questão do, da grande unidade de usuários ao mesmo tempo, tentativa de, de otimização (?) faz o sistema travar, e o nosso não (...). (Reg1)

Na seção 5.1.2 já foram transcritas menções que evidenciam o uso do TrakCare™. Cabe ainda evidenciar que os entrevistados o percebem como um artefato tecnológico tangível sobre o qual se têm pouca possibilidade de modificação:

(...) mas não houve, a gente num adicionou um formulário novo, num adicionou um campo novo (...) Não houve alteração nenhuma, eu, desde, aqui quando já tô trabalhando, nunca houve alteração nenhuma. (...) Continua o mesmo, o workflow é o mesmo, as telas são as mesmas. (...) Não pediram (modificação), porque, tudo aqui é por demanda, então, se eles, se eles pedem a gente altera. Não houve solicitação nenhuma pra isso. (Reg9, um dos desenvolvedores do TrakCare™)

Não (percebi nenhuma mudança no sistema). (Enf4, Estab3)

Ou seja, o sistema ele vem pronto. (Med4, Estab3)

Eu nunca solicitei nenhuma alteração no Trak, e nem sei dessa possibilidade, entendeu? Não, não sabia dessa possibilidade de solicitar... (Adm4, Estab5)

O TrakCare™ como artefato tecnológico pode ser considerado adição de componente no vetor de características técnicas [T], caracterizando a inovação incremental nos serviços elementares constitutivos da RIUTI. A exceção é o serviço de auditoria de contas, que não o utiliza.

Na rede contratada, surgiu a necessidade de passar a usar o Sistema Gerador do Movimento das Unidades Hospitalares (SISAIH), distribuído pelo Ministério da Saúde (MS). Trata-se de sistema descentralizado utilizado mensalmente pelas unidades hospitalares contratadas para transcrição dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) e envio dos dados às Secretarias de Saúde. Nas unidades da rede própria é usado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), desde a década de 1990²⁶.

Apesar de ser possível reconhecer o uso do SISAIH como uma inovação para os hospitais contratados, essa questão não é tratada pela pesquisa, pois se encontra fora de seu escopo. O sistema é usado apenas pela área administrativa desses estabelecimentos

²⁶ Antes disso as AIH eram criadas no sistema em pólos de digitação.

como uma obrigação imposta pelas normas do SUS. Não se relaciona diretamente com nenhum dos serviços constitutivos da RIUTI tratados aqui, nem mesmo com a auditoria de contas, que opera sobre os diferentes comprovantes de despesas de internação e não sobre as AIH: “Tem um sistema assim, eu, pessoalmente, quase num uso, quem usa são os faturistas. É um sistema que eles têm que a AIH, eles têm que fornecer (...)” (Adm1, auditor no Estab4).

Houve incorporação de novos equipamentos na UTI do estabelecimentos 5, em quantidade e qualidade, em razão da necessidade de tratar os pacientes encaminhados pela regulação, que apresentam quadro de maior gravidade, em comparação com seus rotineiros pacientes em recuperação pós-cirúrgica. Apesar de ter havido menção à incorporação de medicamentos e materiais, não foi possível identificar exatamente quais. Esse processo ocorreu em paralelo com o já comentado (seção 5.1) aperfeiçoamento de competências profissionais dos prestadores do serviço de atendimento em hospitais contratados:

É, entre outros instrumentos (comprados) como a PAI que é a pressão arterial invasiva que é um aparelho que quando o paciente entra com uma droga vasoativa (...) Tivemos que crescer. Agora, o vigileo não tinha, ventilador de transporte também que ante a necessidade de o paciente estar em ventilação aqui, muitas vezes com parâmetros altos ventilatórios e ele tem que fazer uma tomografia, e num vai fazer porque não tem ventilador (...) É, foi comprado um ventilador pra poder também fazer esse transporte (...) Sim, devido à gravidade e pra tentar melhorar o, o risco do paciente, também, de vida, né? (Enf7, Estab5)

(...) quanto do ponto de vista de recurso, que recurso é a incorporação de tecnologias e de medicamentos, de materiais, muito do hospital, porque os pacientes são muito graves. (Med6, Estab5)

No estabelecimento 4, a incorporação de equipamento foi relativizada pelo médico e pode ser interpretada como consequência da inovação de mercado, realizada no âmbito de planos de expansão e de defesa contra o aumento de créditos de difícil recebimento:

(...) compramos mais equipamentos, mais isolete ..., pra poder ficar de acordo com o que a Secretaria exigia, né? (Enf6, Estab4)

Aumentou o número de respiradores, mas isso já era uma coisa que tava prevista aumentar mesmo e que coincidiu com a entrada dos pacientes do SUS, mas o setor de compra já tinha informado que iam chegar mais respiradores. (Med5, Estab4)

O estabelecimento 6 tem poucos leitos contratados e, segundo um dos diretores, já foi criado como UTI tipo 3, o que a torna suficientemente equipada para receber os pacientes encaminhados pela RIUTI. Dessa forma, pelo menos no estabelecimento 5,

pode ser caracterizada a adição de novos componentes no vetor [T], correspondendo à inovação incremental.

A incorporação de novos computadores foi negada ou minimizada pelos entrevistados, que não se lembravam ou não tinham certeza sobre a conexão entre sua chegada e a RIUTI. Uma possível explicação é a de que o sistema de regulação é acessado via WEB e não precisa de computador exclusivo. Além disso, não houve relatos de incorporação de novos equipamentos pelos demais serviços constitutivos.

No âmbito das competências técnicas imateriais, foi investigado o surgimento de novos sistemas de competências formalizadas e codificadas, identificadas nesta pesquisa com os protocolos de regulação. A análise documental, corroborada por menções de entrevistados, revela que existem basicamente três protocolos em vigor na RIUTI. O primeiro é a Portaria nº 41/2006, que cria a CRIH e também define atribuições e algumas atividades de médicos reguladores, enfermeiros controladores, médicos supervisores, médicos assistentes nas unidades solicitantes e unidades executantes. Estabelece também o fluxo operacional da CRIH (DF, 2006a).

O segundo protocolo é a Portaria nº 42/2006, que estabelece as diretrizes para admissão e alta da UTI, cria três níveis de priorização de internação, estabelece parâmetros clínicos orientadores da priorização e critérios de alta (DF, 2006b).

O terceiro é a Portaria nº 187/2010, que normatiza critérios para remoção de pacientes após alta médica da UTI e avança na organização da referência e da contrarreferência. Esta última tem implicações sobre a integralidade do atendimento e a eficiência do sistema, como discutido adiante.

Os assistentes mostram desconhecimento ou conhecimento impreciso sobre o protocolo que estabelece critérios de admissão e alta em UTI:

(...) em termos de protocolo, a gente sabe que existe protocolos pra admissão em UTI, tá? Agora, isso deve ser passado pro regulador (...) eu sei que tem protocolo é, é, como é que chama? Categoria 1, categoria 2, categoria 3, categoria 4, né? Por exemplo, na categoria 4, só pra te dar uma ideia, categoria 4 é o paciente bom demais pra UTI, ou ruim demais pra UTI. (Med2, Estab2)²⁷
Existe um, um, um protocolo, o fluxograma dentro da Secretaria existe, num é? Se ele, da, da maneira como ele é seguido num sei, mas existe, o fluxograma existe em qualquer área dentro da área de saúde existe fluxograma, num é? (Med4, Estab3)

Quando questionados em pergunta aberta, os assistentes mencionavam os procedimentos da regulação, relacionados com as ligações da Central de Regulação, a

²⁷ Existem apenas 3 níveis de prioridade (DF, 2006a).

inserção de informações no sistema, o transporte de pacientes e outros. Identificavam os procedimentos como forma de organização do trabalho, mencionando a existência dos protocolos, sem identificá-los.

Protocolo mesmo, cê fala, o que, da rotina? (...) É, paciente que tá de alta a regulação normalmente já liga ou a gente entra em contato pra avisar que o paciente tá de alta. (Enf1, Estab1)

(...) foi feito esse treinamento, né? tá? Em relação ao protocolo da regulação em si, né? E alta, né? De receber, de inserir o paciente, inserir a alta, né? O protocolo de usar, né? A regulação. (Med3, Estab2)

O protocolo da regulação é ele, é definir qual é o paciente, no caso, de quem vai mandar o paciente, se ele realmente precisa desta vaga, de inserir esse paciente na regulação, passar todos os dados pra regulação. E quem vai receber o paciente, vai receber da regulação os dados a respeito dos pacientes, então é tudo via regulação, a regulação recebe de quem vai mandar e nós recebemos da regulação. Então, né? É todo um, um, uma organização pra tá recebendo esses pacientes. (Enf3, Estab2)

Não. A gente não tem nenhum protocolo, a regulação não tem nenhum protocolo. (...) mas a regulação não nos passou nenhum protocolo, o único protocolo que eles passou pra gente é que a gente tem que tá falando com eles de manhã, de tarde e de noite. (Enf5, Estab4)

Protocolo? (...) Não, de cabeça assim não lembro não. (Enf7, Estab5)

Não (não foram criados protocolos). (Enf4, Estab3)

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. Sobre o serviço de solicitação, a última menção transcrita (Estab3) demonstra que 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 desse serviço são os que mais aplicam os protocolos e demonstram maior conhecimento sobre eles. Além disso, mencionam orientações da gerência como sendo um tipo de protocolo. Exceto quanto à menção reproduzida sobre como proceder com casos judicializados (Reg5), também mencionado por assistente e que é uma orientação escrita mais formal, as orientações da gerência são repassadas de modo informal e se referem a situações

específicas e temporárias, como procedimentos para registro de casos de colonização por bactéria KPC, registro de internação em razão de dengue e outras.

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 que que ele precisa, o médico informa o que que ele precisa pro tratamento e ali você, então cê classifica o doente em prioridade um, dois ou três. (Reg1)

Protocolo de regulação, a gente usa as portarias, tem duas portarias que a gente utiliza (...) a gerência determina do protocolo da própria regulação, orientações da gerência, né? Mas é tudo baseado na portaria, nas duas portarias. (Reg2)

Não, é uma rotina feita no início na criação da, da Central de Regulação, foi feito uma rotina que a gente seg..., segue esta rotina. (Reg6)

Tem alguns protocolos daqui, né? De, dos casos que são judicializados, a gente tem que, é, como é que fala, registrar na, na, implantar no paciente, né? O número do processo, quem assinou, de qual Vara, é, como eu falei, geralmente quem tá de manhã faz a busc..., faz a, é, retificações dos chefes de equipes, né? Ou avisa a, as altas, né? Que mais? (Reg5)

(...) agora a KPC parece que tá mais ou menos controlada, então a gente já num tá tendo ... é coisa nova que a gente tem que ...na época da, da dengue ou da rubéola, às vezes tem um surto, a gente teve que, paciente foi internado em UTI a gente tem um papelzinho lá que a gente tem que colocar o nome dele, em qual UTI que ele foi internado (...). (Reg5)

A única central reconhecida pelo Ministério da Saúde que tem aplicação de protocolos de regulação que, o que que é protocolo de regulação? É aplicar protocolo clínico e protocolo de fluxo, é o DF. (Esp5)

O serviço de supervisão médica também passou por processo de inovação por formalização. Os médicos supervisores usam e conhecem os protocolos de regulação e, assim como os prestadores da intermediação, produzem procedimentos informais de conduta, que podem vir a ser formalizados no futuro.

(...) cê me pegou aqui com a portaria do dia 19 que eu tô marcando, eu tô marcando os pontos e grifando os pontos que interessam. (Reg4)²⁸

Olha, existe um protocolo basicamente assim que nós fizemos, nós criamos, esse tipo de protocolo, em termos, assim, de condutas para o médico pra evitar ele, ferir a nossa ética médica, entendeu? (...)Teve um processo escrito, hoje em dia é mais orientação oral. (Reg3)

Em contraste, a auditoria de contas sequer é mencionada nas portarias que regulamentam a regulação. Esse serviço é atividade estável, disseminado no mercado pelos prestadores de serviço de saúde complementar. Os enfermeiros analisadores já

²⁸ O médico supervisor tinha em mãos a Portaria n° 187, de 18/11/2010 (DF, 2010b). A entrevista não havia sido marcada com antecedência.

tinham experiência como auditores nessas empresas, trabalham em rodízio de equipe e de estabelecimento de saúde e mantêm comunicação entre si, o que favorece a criação de procedimentos mais ou menos comuns, porém não escritos.

Isso (a portaria não menciona o enfermeiro analisador). Foi uma figura que nós planejamos porque realmente havia necessidade do profissional auditor de contas e... (Esp5)

Não. Num passou (protocolo), e nós resolvemos, (?) a gente se comunica até entre nós mesmos, pra tentar fazer isso sempre falar a mesma língua de cada hospital porque muda cada característica de cada hospital. (Reg7)

Não (não tenho que usar nenhum tipo de protocolo escrito). Só o sistema. (Reg8)

Quadro 13 – Descrição da RIUTI, por estabelecimento e serviço elementar constitutivo, considerando as variáveis mudança nas competências diretas dos prestadores [C], dos clientes/usuários [C'] e técnicas [T]

Organização	Serviços elementares	Lógica de serviço	Operação de serviço	Mudança vetorial	Forma de inovação
Hospital solicitante (estab3)	Solicitação de vaga (S1)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização
Hospital executante (estab1)	Atendimento ao paciente (S21)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização
Hospital executante (estab2a)	Atendimento ao paciente (S22)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior variedade de situações clínicas dos pacientes [C'] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização De melhoria em [C][C']
Hospital executante (estab2b)	Atendimento ao paciente (S23)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Maior variedade de situações clínicas dos pacientes [C'] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização De melhoria em [C']
Hospital	Atendimento ao	Intervenção	Relacional	Aumento de pessoal e	Incremental

executante (estab4a)	paciente (S24)	solicitada, com interatividade fraca		de produção do serviço [C] Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Formalização De mercado De melhoria em [C][C']
Hospital executante (estab4b)	Atendimento ao paciente (S25)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aumento de pessoal e de produção do serviço [C] Maior gravidade da situação clínica dos pacientes [C'] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização De mercado De melhoria em [C][C']
Hospital executante (estab5)	Atendimento ao paciente (S26)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior gravidade da situação clínica dos pacientes [C'] Aumento de pessoal e de produção do serviço [C] Uso do TrakCare™ e incorporação de novos equipamentos [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização De melhoria em [C][C'] De mercado
Hospital executante (estab6)	Atendimento ao paciente (S27)	Intervenção solicitada, com interatividade moderada	Relacional	Aperfeiçoamento de competências profissionais [C] Maior variedade das situações clínicas dos pacientes [C'] Aumento de pessoal e de produção do serviço [C] Desenvolvimento de competência na operação de sistema informatizado [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização De melhoria em [C][C'] De mercado
Central de regulação	Intermediação de vaga (S3)	Intervenção solicitada	Informacional	Criação de novas funções/serviços [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização Radical
Central de regulação	Auditoria de contas (S4)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Criação de novas funções/serviços [C] Aumento de pessoal e de produção do serviço	De Melhoria em [C] Radical

				[C] Mudança na organização do serviço [C]	
Central de regulação	Supervisão médica (S5)	Intervenção solicitada, com interatividade fraca	Informacional	Criação de novas funções/serviços [C] Uso do TrakCare™ [T] Sistematização documentada de procedimentos e critérios [T]	Incremental Formalização Radical

Fonte: elaboração própria com base em Djellal e Gallouj (2005).

O Quadro 13 registra os resultados da pesquisa sobre as lógicas de serviço e as operações de serviço que caracterizam os serviços constitutivos da RIUTI, bem como as mudanças nos componentes dos vetores de características dos produtos desses serviços e os correspondentes modos de inovação, conforme a análise realizada neste capítulo. As implicações desses resultados, em confronto com a teoria de inovação em serviços, serão discutidas no capítulo seguinte. As seções finais deste capítulo abordam as menções dos entrevistados sobre os resultados da inovação em RIUTI, bem como sobre os propulsores e obstáculos à sua implementação. Esses resultados não alteram a síntese feita no Quadro 13.

5.3 Resultados do processo de inovação em RIUTI e mudanças nas características finais do serviço [Y]

As variáveis referentes aos resultados do processo de inovação e às mudanças nas características finais do serviço guardam relação com a discussão de Gadrey (2001) sobre o horizonte temporal de referência na definição do produto do serviço.

A primeira relação refere-se aos resultados pretendidos pelo cliente/usuário. Nesta pesquisa, identifica-se com os resultados desejados pela SES/DF mediante a implantação da RIUTI. A segunda refere-se aos produtos diretos dos serviços constitutivos da RIUTI. As características finais do serviço [Y] são as utilidades dos produtos, percebidas pelos usuários dos serviços elementares constitutivos. Nos serviços de solicitação de vagas, bem como no de atendimento ao paciente, os usuários são os pacientes e seus familiares. No serviço de intermediação de vagas, os usuários são os hospitais solicitantes e executantes. Como os serviços de supervisão médica e auditoria de contas não existiam antes da RIUTI, não foram criados códigos para eles.

Os códigos da variável que correspondem aos resultados do processo de inovação foram criados com base na revisão da literatura sobre inovação no setor público e sobre regulação assistencial. No setor saúde, espera-se que a RIUTI tenha como resultado a maior eficiência no uso dos recursos disponíveis, principalmente dos leitos de UTI, a maior equidade no acesso, proporcionada pela priorização por critérios de criticidade e pela minimização da interferência da influência pessoal na obtenção de vagas, bem como a promoção da integralidade do atendimento nos diferentes níveis de complexidade. Além desses, segundo uma abordagem macro e fundada na visão mais comum da teoria da escolha pública, os agentes públicos introduziriam inovações no setor público em busca de maximização do resultado eleitoral.

Os códigos da primeira parte do

Quadro 14 captam menções dos entrevistados aos resultados esperados da RIUTI. As menções associadas a esses códigos corresponderam a 18% do total. Na segunda parte do Quadro estão os dois códigos que captam menções a mudanças nas características finais dos serviços de intermediação de vaga (ITU), de solicitação de vaga (SOL) e de atendimento ao paciente (ATD). Esses códigos corresponderam a apenas 1% das menções.

Quadro 14 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes às variáveis “resultados esperados do processo de inovação em RIUTI” e “mudanças nas características finais do serviço [Y]”

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
IT-	8	23	4	3		38
EF+	9	1		7	6	23
EF-	4	12	2	5		23
EQ+	2	6	1	4	3	16
EQ-	5	2		2		9
IT+			1			1
POL						0
Total	28	44	8	21	9	110
ITU	3					3
ATD	3	1				4
SOL						0
Total	6	1				7

Fonte: elaboração própria.

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, conforme já comentado na análise das variáveis anteriores, o que também contribui para a redução do tempo durante o qual o leito fica vago:

(...) inclusive, nessa época (antes da regulação) os leitos ficavam mais vazios do que agora (...) E é muito relativo, sabe? Tinha vez que não tinha vaga nem pra cá (...) a procura aqui não era tão grande. Então sobrava leitos, ficava mais tempo vazio. (...) a regulação ela tá cobra mais, cobra mais, assim, o fato de ter o leito disponível e ter que ceder a vaga(...) Quase não tá ficando mais leito disponível não. A procura é grande. (Enf2, Estab2a)

Olha, a questão que ficou um pouco mais, é, complicada porque a regulação solicita a vaga, entendeu? Mas há questões internas, porque às vezes naquele momento X de repente não dá pra admitir dependendo da situação, então às vezes, é, não tem material suficiente, não tem material para, para montagem do leito naquele momento, então, há sempre essa questão, e há uma certa pressão para admitir (...). (Enf1, Estab1)

(...) 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:

A regulação ela, eu acredito assim, é um dos instrumentos de gestão mais poderosos que a Secretaria pode ter. Por quê? Eu consigo mostrar como é que as coisas estão acontecendo, né? (Esp4)

(...) então acho que tem um controle melhor das vagas do que antes, né? (Reg5)

Hoje em dia é mais fácil, é como se tivesse mais organizado, né? (Reg8)

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

Não, não existia uma fila única, né? Mas existia um controle de cada hospital, então, se eu quisesse a informação em tempo real eu não teria, eu teria que mandar uma circular e fazer um levantamento (...). (Esp5)

Outra melhoria na eficiência do processo foi a redução do excessivo tempo gasto na procura por vagas pelos estabelecimentos solicitantes. A melhoria do processo de busca por vagas também teve reflexo positivo sobre a equidade de acesso, como relatado adiante:

Eu acho que acaba ficando mais fácil porque antes você tinha que pegar o telefone e ligar pra todos os hospitais da rede pra saber se tinha vaga e, depois, dependendo se o paciente entrasse no Ministério Público ligava pros hospitais particulares pra saber se tinha vaga, né? (Enf3, Estab2)

Porque antes (da regulação) a gente ficava horas no, no telefone e não conseguia vaga, era muito difícil.(...) E isso, graças a Deus, melhorou bastante. (Enf4, Estab3)

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 fica 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 ligava e a gente falava que o paciente tava de alta e eles nunca conseguiram enfermaria para esse paciente. (Enf5, Estab4)

Tem pacientes que vão de alta pra casa porque o hospital de origem num vem buscar e é impossível cê segurar um paciente consciente e orientado dentro de UTI, todo mundo tá sedado, todo mundo, né? E ele fica ali, só naquele cantinho dele, no leito dele. É meio complicado, mas... (Adm4, Estab5)

Além disso, nos estabelecimentos privados existe uma questão econômica relevante, porque o paciente em alta ocupa leito que poderia estar com um paciente em condição de maior complexidade e que geraria maior faturamento. São justamente esses

hospitais que têm maior dificuldade de conseguir a contrarreferência, pois os pacientes precisam ser aceitos de volta pelos hospitais públicos de origem e não podem ser transferidos para a enfermaria do hospital privado por falta de cobertura contratual. Assim, a falta de garantia de contrarreferência contribui para diminuir tanto a eficiência quanto a integralidade do sistema:

(...) isso é muito difícil pra gente, a gente tem que ficar ligando todos os dias porque às vezes o médico precisa do leito, o leito tá ocupado, o paciente mais nem, nada que fazer, então, aí a gente tem a pressão da direção, o paciente não tem mais necessidade de UTI, a gente tem a pressão da família, e a gente tem a pressão dos médicos, que o médico precisa do leito, UTI tem a rotatividade, tem que ter, né? (Enf5, Estab4)

(...) os particulares só recebem pacientes de hospital público, num é o deles, num é do hospital deles, porque quando o paciente público tem alta, ou ele é do próprio hospital e já vai mais rápido, né? Ou às vezes até eles dão um jeito de arrumar uma vaga lá, e no particular não, fica dependendo, né? De, de voltar pro hospital e, e a gente conseguir a, a vaga. (Reg5)

(...) a gente fica com um acúmulo de recém-nascidos que não necessária, não necessariamente estariam ... que ficar lá. Então a gente não consegue fazer a contrarreferência, né? (Med5, 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 tenham indicação, em desacordo com o protocolo da Portaria nº 42/2006:

(...) a UTI não era muito de receber pacientes crônicos então, assim, o número de altas, admissões e altas, era até maior, mais frequente, vamos dizer. (Enf2, Estab2a)

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)

(...) pacientes crônicos mesmo, muito paciente idoso indo pra UTI, né? Infelizmente, num é, num é culpa da regulação, nem nossa, né? É formulário judicial, né? E que são crônicos e que vão lá e que ficam e que tão levando assim eles muito, muito, muito. (Reg8)

O terceiro fator citado como prejudicial à eficiência da RIUTI foi 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)

Eles tavam esperando o SAMU, que tava enrolado, que não tinha chegado ainda. Então, gente também acompanha a chegada do paciente, né? (Reg5)

(...) a gente libera uma vaga às oito horas da manhã, o paciente é regulado às oito e quinze, oito e vinte e a gente vai receber esse paciente doze, quatorze horas depois. Existe, inclusive, o prejuízo até mesmo financeiro, porque a instituição ela, uma vez liberado o leito, ela num ocupa esse leito com nenhum outro paciente, tá? (...) não houve, digamos assim, a adequação do SAMU para, para esse excesso de demanda (...). (Med7, Estab6)

O nosso problema com o SAMU é em função da quantidade de ambulâncias insuficiente. Então às vezes consegue a vaga no, na UTI e o paciente fica horas aí, porque eles têm uma, duas ambulâncias pra atender o DF inteiro. (Enf4, Estab3)

O serviço de transporte realizado pelo SAMU está fora do escopo da pesquisa, mas foi citado como um fator que diminui a eficiência da RIUTI. Esse problema pode se agravar caso seja colocado em prática o art. 6º da Portaria 187/2010 (DF, 2010b) sem o correspondente aumento de recursos para o serviço. A Portaria atribuiu ao SAMU o transporte inter-hospitalar de pacientes em alta de UTI para suas unidades de origem, o que ainda não havia sido efetivado por ocasião da coleta de dados da pesquisa. Na prática, esse serviço ainda era realizado pelas ambulâncias dos hospitais de origem.

Com relação ao resultado da RIUTI sobre a equidade do sistema, o fato mais mencionado pelos entrevistados foi que se passou a priorizar os pacientes por critérios de gravidade. O objetivo de aumentar a equidade no acesso é um dos mencionados nos documentos do MS e da SES/DF, o que contribuiria para fortalecer um dos princípios doutrinários ou éticos do SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

(...) (o médico regulador) discute o caso com o médico, porque aí ele prioriza a gravidade, prioriza o paciente, ou seja, estabelece uma gravidade, o que que ele precisa, o médico informa o que que ele precisa pro tratamento e ali você, então cê classifica o doente em prioridade um, dois ou três. (Reg1)

(...) vai ser avaliado a cronicidade desse paciente a emergência que ele tem, o quadro que ele tem, aí a necessidade de UTI que ele tem, então, são critérios clínicos, são critérios médicos e aí quem precisa mais e chegou primeiro vai, né? (Esp4)

É, até foi bom porque, antigamente, tinha a questão um pede a vaga, o outro passava na frente, né? Então num tinha uma priorização de vagas e agora existe isso, né? (Med1, Estab1)

Olha, eu a, na minha opinião, eu acho que melhorou bastante, assim, porque, é, ficou uma coisa que, realmente, o paciente mais grave é encaminhado, né? É definido por prioridade, porque poderia, antigamente, ter um paciente menos grave conseguir a vaga antes, vamos supor, antes do, porque antes, foi entrado em contato antes, a regulação, ela define a prioridade de gravidade do paciente e ele é encaminhado pra melhor unidade de referência, dependendo do, do, da, da patologia da criança. (Enf3, Estab2b)

(...) porque sem a regulação, por exemplo, termina que quem tá mais próximo de uma UTI terminava tendo mais chances, não é? De conseguir um leito pro seu paciente porque vinha, o local tinha vaga já fazia esse processo. Então, às vezes um, um, uma criança que tava num hospital mais longe, né? Que demorava a telefonar, né? Tinha, terminava, é, em desigualdade de competição. (Med3, Estab2b)

Apesar de a priorização ser vista como positiva pelos entrevistados, ela não deixa de ser problemática. Parte dos informantes argumenta que os médicos reguladores não teriam condições de priorizar o caso sem examinar o paciente ou que a priorização, por vezes, é realizada com base em informações insuficientes, o que leva a erros. Outro fator que influenciaria erros na priorização seria uma posição conservadora dos médicos reguladores, que classificariam pacientes em níveis maiores de priorização para evitar prejudicá-los:

(...) a prioridade colocada pelo médico regulador era sempre questionada pelo médico intensivista, entendeu? (...) Hoje sim. Tem muito mais aceitação, a regulação tem muito mais aceitação agora, já é entendido o trabalho que é desenvolvido, então houve certa mudança sim, pra melhor. Mas há muito questionamento ainda em termos de prioridade, né? O que é natural. (Reg6)

Assim, em princípio, só o paciente com prioridade 1 deveria ir pra UTI, 1 ou 2 quando muito, entendeu? Mas aqui a gente recebe paciente 4 direto. Por quê? Porque os caras não tão vendo o paciente, eles tão confiando, e tem que ser, né? (Med2, Estab2a)

Insegurança mesmo do profissional, tanto o médico assistente que pede a vaga como o regulador, em, às vezes, classificar esse paciente, então, esse é um fator que tem, inclusive, melhorado, mas que ainda é falho (...) É, e são dados insuficientes pra classificar, digamos, né? A prioridade. E com isso a gente vê que tem muitos erros, né? Nessa priorização da internação, então tem muitos, a gente vê que tem muitos reguladores que terminam indicando todos os pacientes que estão pedindo vaga às vezes até com receio, né? (...). (Med3, Estab2b)

De forma análoga ao que ocorreu com a dimensão de eficiência do sistema, segundo os entrevistados, há fatores que afetam negativamente a equidade em decorrência de situações criadas após a implantação da RIUTI. Nos estabelecimentos privados, há diferença no tratamento entre pacientes encaminhados pela regulação e os demais em razão de a SES/DF não pagar certos materiais usados em pacientes encaminhados por planos de saúde complementar. Os entrevistados afirmam que essa diferença não é fundamental, mas diminui o conforto do paciente SUS, com relação ao que poderia ser oferecido.

Não pode fazer o uso de curativo, de placa, de alginato de cálcio, de carvão ativado, de hidrocolóide de o adaptivo nada. A gente pode usar o Dersani que a família tem que trazer. A questão, também, de evitar outras úlceras, a gente não pode usar o colchão que a gente pede aqui pro paciente do convênio, porque a Secretaria não cobre. (Enf5, Estab4)

(...) o que você me perguntou, é possível a gente ter duas, é, dois níveis de assistência? É. Porque o SUS não paga tudo, o SUS não paga muita coisa que já existe disponível. (...) Ocorre. Ocorre, ocorre, mas não pra aquilo que é fundamental, mas ocorre, claro que ocorre. (Med6, Estab5)

(...) alguns pequenos ajustes que não têm impacto em mortalidade propriamente, mas tem impacto em qualidade de assistência eu num consigo utilizar porque eu sei que o SUS num paga. (...) Então, nós temos um problema terrível com relação à, à formação de bolhas. A gente tenta fazer isso com umidificação, maior número de nebulização, mas, mesmo assim, se a gente tem certeza que é a presença do filtro (para umidificador), como a gente tem em outros pacientes esse filtro, tanto que, às vezes, a gente utiliza filtros mesmo sabendo que a Secretaria não vai cobri-los, tá? (Med7, Estab6)

Outro fator que afeta negativamente a equidade no sistema de saúde é a judicialização da internação em UTI no DF. Não é um fenômeno exclusivamente local, nem provocado pela RIUTI, mas merece citação porque afeta negativamente o resultado da regulação, segundo os entrevistados. Quando o judiciário concede um mandado para internação, o beneficiado passa na frente dos demais da fila, mesmo que ele seja prioridade 3 e existam diversos pacientes prioridade 1, com maior necessidade de internação:

Aí às vezes a gente recebe um ou outro que cê vê que tá (?) não tem o que fazer mas é mandato tem que internar. (Enf1, Estab1)

(...) o mandado ele tem funcionado contra esse direito, né?, de igualdade das pessoas. O paciente que vai e consegue um mandado ele termina segurando sua vaga em detrimento do outro que não tem mandato (...). (Med3, Estab2b)

(...) porque a comunidade que é articulada, que tem acesso ao poder público é privilegiada, os que não tem acesso ao poder público, mais uma vez os desfavorecidos, morrem na fila. (Med6, Estab5)

(...) o juiz vai e determina, a regulação não, ela faz um trabalho concreto, quer dizer, “- Esse paciente aqui, ele precisa urgente, agora, se não ele vai morrer, esse aqui num tem”, agora o mandado não, quem chegar na frente pega a vaga. (Med7, Estab6)

E muitas das vezes vem criança, assim, que, mandado judicial, tem que receber e muitas das vezes não tinha nem indicação de estar ali, teria criança mais grave pra entrar no local, mas é mandado judicial e eu sou obrigada a, a atender. (Reg7)

A judicialização é uma questão polêmica porque alguns entendem que o juiz atua com base na indicação de internação expedida pelo médico assistente da rede de saúde pública, que teria competência técnica para precisar a necessidade de internação. Além disso, se há fila para internação, então é porque haveria insuficiência de leitos. Logo, o problema não seria a iniquidade provocada pela judicialização, mas a falta de integralidade da assistência causada pela deficiência no número de leitos de UTI. Os entrevistados também mencionam a falta de leitos:

Eu acho que o que falta é vaga, né? Com a falta de vaga às vezes o sistema num vai funcionar porque tem a, as priorizações, tem a lista de pacientes, tem pra onde ele precisa ir, mas num tem a vaga, né? (Med1, Estab1)

(...) o juiz dava o mandado em dez minutos saía com o leito de UTI, hoje nem isso mais funciona. (...) eles (a regulação) num podem também fazer milagres, num tem jeito, eu acho que você, você olhando hoje que a, o número de, de leitos em UTI, é, não é condizente (...). (Med4, Estab3)

Não, eu acho que a regulação funciona muito bem, eu acho que o grande problema é a falta de leitos, né? De UTI. (Enf4, Estab3)

(...) falta leito, porque às vezes a gente também num tem. Eu acho que não, não teria que precisar de outros hospitais, eu acho que a rede pública mesmo já deveria ter uma quantidade de leitos suficiente (...). (Adm2, Estab4)

(...) a questão dos leitos, ou o GDF teria mesmo que aumentar os leitos de alguma forma, ou, se ficar no hospital privado (...). (Adm7, Estab6)

Individualmente, as menções referentes à falta de integralidade no sistema de internação foram as mais numerosas da variável “resultados do processo de inovação em RIUTI”. As limitações à integralidade do sistema também não são resultado direto da RIUTI, mas são associadas a ela pelos entrevistados. Os assistentes, responsáveis pelo maior número de menções, demonstraram ficar frustrados em não poder prestar assistência aos pacientes encaminhados pela regulação porque o hospital não tem retaguarda para certos tipos de necessidades dos pacientes e porque a regulação de exames e procedimentos não funciona bem, principalmente em razão de problemas para realizar o deslocamento dos pacientes. Como sugere o nome “sistema”, no SUS, os

diferentes serviços e a estrutura dos diferentes estabelecimentos afetam a prestação da assistência.

(...) que é difícil nossa UTI receber porque o paciente não vai ser bem assistido por falta de apoio, que a regulação entendesse isso e não mandasse os pacientes que aqui não têm condições de ser bem assistidos (...) tem que pensar na melhoria dele, na possibilidade de alta dele. Então, socar só dentro da UTI não é a solução, tá bom? (Enf2, Estab2a)

(...) Eu não vou ter retaguarda hospitalar pra esse paciente, então fica difícil desenrolar os casos, né? (...) Num dá pra eu ficar mandando paciente de UTI pro Base, né? Até porque é um médico só na UTI, não dá pra acompanhar, e você encaixar o SAMU com uma consulta do Base não é uma coisa factível, né? (...)então, é, é, é paciente que, muitas vezes, acaba cronificando aqui sem que você tenha condição de tirar o doente daqui (...). (Med2, Estab2a)

(...) no caso do paciente regulado é muito difícil, o paciente entra aqui precisando fazer um cateterismo ele fica 4, 5 dias aqui ansioso, nervoso, esperando até a regulação conseguir marcar o lugar, quando marca o lugar, quando marca o lugar a gente só pode ligar pro SAMU no mesmo dia faltando duas ou três horas pro exame. (...) e aí ainda corre o risco da gente ligar e eles falarem assim, a gente não tem nenhum, nenhuma unidade aqui pra poder fazer essa, essa remoção, então às vezes tem paciente que perde, também, o exame (...). (Enf5, Estab4)

Isso daí é muito precário mesmo. A gente tem o paciente (...). Ele tá de alta (...) ele precisa de um isolamento, mas desde o dia cinco de novembro num tem nenhum isolamento pra ele. (Adm4, Estab5)

Apesar de previsto pela teoria (WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008) como um dos objetivos da inovação no setor público, o código correspondente à melhoria no resultado político-eleitoral não recebeu nenhuma menção. Isso não significa que esse objetivo não estivesse presente quando da decisão pela implantação da RIUTI. O objetivo político eleitoral não é mencionado nos documentos examinados, surpreendente seria se o fosse, tendo em vista a natureza normativa e gerencial dos documentos. Além disso, os entrevistados foram basicamente técnicos ou técnicos em funções de direção, com algum contato com a esfera política. Assim, a natureza da função dos entrevistados pode explicar sua falta de acesso à formulação de objetivos políticos ou mesmo seu desinteresse por eles. A investigação mais detalhada desta questão requereria que o modelo de análise da pesquisa abrangesse procedimentos de coleta de dados específicos para a investigação de resultados políticos eleitorais.

Explicação semelhante pode ser dada para a baixa frequência de menções associadas à variável “mudanças nas características finais do serviço [Y]”. O foco da pesquisa não foi a percepção dos usuários sobre os produtos dos serviços, mas o processo de inovação em RIUTI. Um dos aspectos do processo de inovação são

mudanças no vetor [Y], mas os procedimentos de coleta de dados não incluíram entrevistas com pacientes e familiares nem perguntas específicas sobre o tema. Além disso, mudanças nos produtos dos serviços de solicitação e intermediação de vaga foram associadas aos seus resultados indiretos, como maior eficiência e maior equidade do sistema, sendo absorvidos pelos respectivos códigos da variável “resultados do processo de inovação em RIUTI”. A preferência em codificar menções que poderiam simultaneamente ser associadas às duas variáveis com códigos desta última segue o princípio da exclusão mútua em análise de conteúdo (BARDIN, 2009, p. 147-148), de forma a evitar ambiguidades.

5.4 Obstáculos à implantação da RIUTI

A variável que corresponde a obstáculos à implantação da RIUTI no DF não está diretamente relacionada com a descrição do processo de inovação, entendido como mudança nos elementos constitutivos dos vetores de características dos serviços, mas contribui para entender melhor sua dinâmica e os riscos à sua sustentabilidade.

Uma limitação para sua investigação é a necessidade de confiar na memória dos entrevistados, bem como a natureza da função deles. Apenas os especialistas e alguns reguladores mais antigos viveram os primórdios da regulação. Por isso, obstáculos que ainda persistem, como deficiências de comunicação entre os atores, receberam menções mais significativas.

A percepção da inovação em RIUTI como um processo é essencial à interpretação dessa variável porque a implantação não é vista como um evento isolado e circunscrito no tempo e espaço, mas como parte do processo. A RIUTI é construída continuamente, repensada, aperfeiçoada e reconstruída pelos diversos atores participantes. A dinâmica da regulação no dia a dia influencia seus rumos, sua expansão para os demais serviços de saúde e sua legitimação junto aos profissionais, aos usuários, ao Poder Judiciário, à imprensa. Essa variável foi a segunda em número de menções, com 19% do total.

Quadro 15 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes a variável “obstáculos à implantação da RIUTI”

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
COM	18	23	4	23		68
PTC				17	5	22
BUG	1	5		4		10
FRE				4	2	6
ETI		2			4	6
PLX	2	1				3
GES		2		1		3
CUS		1				1
Total	21	34	4	49	11	119

Fonte: elaboração própria.

O código COM refere-se a problemas de comunicação e entendimento comum que podem apresentar-se como obstáculo à implantação da RIUTI. As menções assinaladas por esse código foram feitas no contexto da discussão de diferentes situações, algumas já tratadas aqui, por isso não se apresenta exaustivamente todos os problemas citados.

Um problema de comunicação bastante mencionado pelos assistentes foi o que ocorria entre médico executante e médico regulador quando da indicação do paciente para a UTI. A indicação de internação era entendida como imposição e a conexão entre os profissionais era ruim, o que dificultava a discussão dos casos médicos. Essa questão foi mencionada também no contexto de falas sobre relações de poder. No entanto, houve também menções ao fato de que os problemas entre médicos assistentes e reguladores foram reduzidos ao longo do tempo. A maior parte das menções refere-se ao tema com verbos no passado.

(...) houve muita dificuldade (...) Então, esse, existiu um, um período em que houve um, um certo desgaste, né? (Med1, Estab1)

Acho que os médicos da regulação têm que ter uma comunicação melhor com os médicos daqui pra entender, né? Os daqui saber realmente o que... o que os pacientes tem é isso mesmo, se ele realmente tem essa indicação. (Enf1, Estab1)

(...) no começo eu quebrava muito o pau (...) E aí quando você começava a questionar a vinda desse doente pra cá, o colega se embravecia, né? (Med2, Estab2a)

(...) havia resistência dos próprios hospitais em discutir. Como é que o médico que tava aqui (na Central de Regulação) vai discutir o caso? (Reg1)

(...) difícil a comunicação, difícil eles aceitarem que a gente fizesse contato, deles virem nos atender no telefone. (Reg2)

(...) o médico regulador e o controlador, sempre com muita dificuldade de comunicação com as UTIs. Houve, a princípio, sim uma barreira. (Reg6)

O procedimento de atualização das informações dos leitos de UTI via telefone pelos enfermeiros controladores é foco de desgaste na comunicação entre estes e os médicos e enfermeiros executantes. Os primeiros dizem que o sistema eletrônico, que deveria ser suficiente, não é atualizado pelos executantes e os segundos não entendem porque a atualização telefônica ainda é necessária.

Fica um contrassenso (...) mesmo tendo a informação ali (no sistema) o pessoal precisa ligar pra confirmar leito, pra confirmar quem tá no leito, então, era um retrabalho, num é não? (Med2, Estab2a)

(...) eles ligam de manhã, de tarde e de noite pra ver se a gente tá atualizando o sistema, se tá tudo atualizado, se realmente há vaga e confirmam os pacientes que, que são do SUS. (Enf6, Estab4b)

Não, não. Recebemos, é, três telefonemas por dia, obrigatoriamente deles. E ligam até mesmo pra perguntar se o sistema está atualizado, ou seja, mesmo você fazendo a parte eletrônica (...). (Med7, Estab6)

(...) muito pessoal da assistência acham um porre ter que ficar atendendo pra ficar passando lista, pra saber quem tá de alta e tudo. Além da, das enfermeiras, do próprio, até muitos médicos que nos trabalhos de regulação acham o fim da picada “Não atendo não” (...) Eles acham que “Ah, que saco, a regulação ficar ligando pra ficar sabendo se tem leito” (...) O médico não vai querer fazer isso ... (Reg7)

Não, não, não, não. Não atualizam os dados. (...) Aí isso é feito via telefone, e aí é exaustivo, é cansativo e é muito corrido. (Reg6)

Nos estabelecimentos privados, diversas menções referem-se a deficiências no fluxo de comunicação com os hospitais de origem dos pacientes. Um problema se sobressai na fala dos entrevistados: os pacientes são encaminhados aos estabelecimentos privados sem documentação ou informações de contato com familiares ou responsáveis. Isso dificulta muito o contato com as famílias para tratar de visitas, procedimentos de alta para o hospital de origem ou decorrentes do óbito. Esses hospitais não recebem cópia dos prontuários dos pacientes:

Quando o paciente chega aqui pra gente, a gente só tem o nome completo dele, que é o que tá na ficha, e um relatório médico que é o que o médico lá faz. Então, pra nós aqui não é, num chega nenhum, nenhum documento com endereço, nenhum documento com telefone pra gente entrar em contato (...) Já teve paciente nosso que foi a óbito e ficou doze horas aí esperando a família chegar porque a gente num tinha telefone, num tinha contato. (Enf5, Estab4a)

Não, não. Contato, o contato também (é difícil) porque, muitas vezes vem só o bebê, então, a mãe fica internada, né? Então pra mãe vir, essa, essa primeira visita, quando ela vem a gente consegue colher todos os dados, mas às vezes demora. Tem mãe que às vezes, a gente teve um bebê, uma vez, que morreu e a gente não tinha com quem falar, o bebê ficou aqui quinze dias, a gente teve que entrar na ..., junto com o estatuto da criança pra poder alguém vir resgatar o corpinho. (Enf6, Estab4b)

(...) o paciente chega aqui sem familiar, chega sem, só chega com o nome e com o data de nascimento porque tem no Trak, agora, o resto a gente não sabe. Aí o paciente entrou hoje, porventura, morre amanhã, a gente não sabe o telefone de família, a gente não sabe de nada, entendeu? (...) Teve paciente que veio a óbito aqui no hospital, que a gente tentou transferir pro hospital de origem, o hospital de origem não quis receber porque não tinha nenhum documento do paciente. (Adm4, Estab5)

As menções ao código PTC referem-se a relatos de resistência política contra a RIUTI por parte de grupos de servidores, principalmente. Essas menções associam-se às falas referentes ao código POD (alterações nas relações de poder) já exploradas na seção 5.1.1. Elas receberam codificação diferente porque foram produzidas no contexto de um discurso sobre resistência política à regulação, enquanto que as anteriores inseriam-se em relatos sobre perda de poder de profissionais após a implantação da regulação:

Todas as empresas ou, ou órgão públicos que, que têm algum sistema, ou sistema de supervisão ou de regulação, eles são, são, a princípio eles são rejeitados. Normalmente eles não, eles procuram, primeiro gerar o descrédito, haver resistência, tentativa de dissimulação, tentativa de contornagem (...) o corporativismo dos servidores públicos, a resistência de algumas classes e a tentativa de fazer do serviço público uma, um, obter algum tipo de vantagem do serviço público, não pecuniária, mas alguma vantagem de ter algum controle, são os pequenos feudos que existem no serviço público, então há uma certa resistência. (Reg1)

(...) geralmente a maior resistência que a gente encontra são, é, resistência à mudança dos próprios servidores, né? (Esp5)

(resistência a) uma pessoa decidindo quem ia pra UTI deles, né? Porque muitas pessoas têm essa, essa visão. Minha UTI. (Reg2)

(...) é ruim pro Base, que era quem detinha o poder?, mas é bom pra todos os outros porque agora vão ter acesso a um leito que não é do Base, é da Secretaria de Saúde, é pro paciente do DF, né? (Esp4)

Essas menções consideram as resistências dos profissionais e dirigentes das UTIs como evidências de corporativismo e de tentativa de obter algum proveito pessoal na situação anterior. São todas menções de entrevistados que trabalham na Central de Regulação, muito próximos dos responsáveis pela implementação da RIUTI. Esse fato pode trazer algum viés no sentido de atribuir aos implementadores da ponta a culpa por algumas das dificuldades enfrentadas, sem considerar a possível contribuição ou omissão dos dirigentes do sistema de saúde. Deve-se notar entretanto que essas menções são consistentes com aquelas associadas ao código POD, que foram produzidas tanto por reguladores quanto por médicos e enfermeiros assistentes, o que reforça a evidência.

O código BUG sinaliza menções sobre problemas causados à implantação da RIUTI por deficiências no software de regulação. As menções foram conflitantes. Médicos e enfermeiros assistentes relataram falhas no sistema, assim como médicos reguladores. Em contraste, enfermeiros controladores e médicos supervisores ou minimizaram os problemas ou disseram que eles diminuiriam no decorrer do tempo. No entanto, o número de citações e de entrevistados que mencionaram o tema é reduzido para que seja feita uma análise por serviço elementar constitutivo da RIUTI e estabelecer relação entre a gravidade dos problemas e os diferentes serviços.

É, a gente usa ele intermitentemente. Por quê? Porque muitas vezes dá problema, né? Então, sai do ar, as, às vezes a gente num con, consegue, é, acessar (...). (Med1, Estab1)

O sistema também não é muito bom, falha muito, muito mesmo. Então, às vezes a gente tenta contato com o sistema e não consegue, tem que ficar por telefone, né? tá? O sistema ainda não é o ideal, né? Ainda precisa melhorar. (Med3, Estab2b)

(...) às vezes a gente vai tentar dar alta no paciente, ou então, admitir o paciente e o, e o sistema trava, se o sistema trava a gente fica com a vaga ... fica difícil a gente sinalizar a alta do paciente ou não. (Enf5, Estab4a)

(...) paciente que aparece no sistema e a gente num sabe por que, num é por solicitação de UTI, então, surge paciente com solicitação, mas o relatório num entra, então, coisas do tipo, paciente que entrou uma vez com mandado judicial, foi cumprido, saiu dali, saiu e volta pra lista com a sinalização de mandado, mas é sinalização antiga. (Reg2, médico regulador)

Olha, eu, logo comece..., que eu comecei a gente tinha muitos problemas, às vezes assim, de cair o sistema ficar algum tempo ..., mas agora já tenho, mais de ano que eu num tenho ..., ele é um pouco lento às vezes, mas, não chega a atrapalhar não, né? (Reg5, enfermeiro controlador)

Olha, nós não temos grandes dificuldades não, no início ele realmente podia quebrar, fazer alguma... agora ele roda bem redondo, sem problema nenhum, é, raro alguém ter alguma dificuldade pra poder colocar suas, suas evoluções ou seu relatório no, no TrakCareTM. (Reg3, médico supervisor)

Mas o sistema eu acho que funciona bem, né? Tem algumas coisinhas, assim, quando você dá alta de paciente, aí ele sai totalmente do hospital, ele num volta pro hospital, tem que clicar de novo pra voltar no hospital, coisas assim, detalhes que talvez melhorasse, só que mais rápido, mas num atrapalha também não. (Reg5, enfermeiro controlador)

Três entrevistados (Reg1, Reg2 e Esp5) mencionaram obstáculos relacionados com a falta de recursos para a implantação da RIUTI. A falta de local de instalação e de software foram superadas com o aluguel de prédio e a terceirização do desenvolvimento do software. O código ETI assinala menções relacionadas com questões éticas que poderiam ser obstáculo à RIUTI. Dois entrevistados (Med2 e Esp5) tocaram nessa

questão. Dois entrevistados (Reg1 e Med4) mencionaram deficiências de gestão (código GES) como obstáculos para que o sistema de saúde do DF preste bom serviço. As menções foram direcionadas especificamente para a RIUTI. Dois entrevistados (Enf2 e Med1) mencionaram que a Central de Regulação não conhece particularidades da organização dos estabelecimentos e insiste em enviar pacientes para os quais não haveria condições de prestar assistência adequada. Essas menções foram assinaladas com o código PLX, referente a obstáculos causados pelo tamanho e complexidade das organizações públicas. Não obstante, esse tema também foi objeto de menções assinaladas com o código IT-, que já foram exploradas na seção 5.3. O código CUS, referente a custos crescentes após a implantação da RIUTI, obteve apenas uma citação no contexto de especulações sobre como resolver o problema da ocupação de leitos de UTI por pacientes crônicos. Como essas questões não foram desenvolvidas por outros entrevistados, nem citadas em documentos ou foram superadas, carecem de fundamentação para que sejam feitas maiores considerações.

5.5 A origem e os propulsores da RIUTI no Distrito Federal

Análogo ao que já foi dito sobre a variável “obstáculos à implantação da RIUTI” (seção 5.4), as variáveis que captaram menções sobre a origem e os propulsores da RIUTI não estão diretamente relacionadas ao exame de mudanças em vetores de características dos serviços. Além disso, a investigação é limitada pela necessidade de confiar na memória dos entrevistados e na escassez de documentos sobre esses temas. Os códigos dessas variáveis corresponderam, cada uma, a apenas 2% das menções. Apesar da baixa fundamentação das duas variáveis nas falas dos entrevistados, algumas considerações podem ser feitas sobre os resultados.

Quadro 16 - Síntese da contagem dos códigos correspondentes às variáveis “origem da RIUTI” e “propulsores da implantação da RIUTI”

Código	Enfermeiros	Médicos	Administrativo	Reguladores	Especialistas	Total
MS				3	3	6
BLM	3	1		2		6
Total	3	1		5	3	12

EFC		1		6	2	9
IDE					2	2
DEM						0
CRI						0
Total		1		6	4	11

Fonte: elaboração própria.

Como já mencionado, entre os entrevistados, apenas o grupo de especialistas e de alguns reguladores mais antigos viveram os primeiros movimentos de implantação da RIUTI no DF. O grupo dos entrevistados em estabelecimentos privados tem pouco a dizer, pois a regulação, para a parte deles que não trabalha simultaneamente na SES/DF, está identificada com o início do contrato de prestação de serviço de internação. Assim, era esperado que o maior número de menções dessas variáveis fosse produzido no primeiro grupo, como demonstrado no Quadro 16.

Dois terços das poucas menções da variável “origens da RIUTI” foram produzidas por especialistas e reguladores. Entre os dois assistentes (Med3 e Enf2) que se manifestaram, a percepção é a de que a origem da implantação da regulação estaria em um processo de solução de problemas (BLM), o que está mais próximo à realidade deles, no enfrentamento das dificuldades de prestação do serviço de atendimento ao paciente. Os problemas mencionados pelos assistentes foram a falta de leitos e a falta de priorização da indicação de internação: “a necessidade de número de leitos na UTI tava muito grande”(Enf2), “colocação de um paciente que num tem indicação, por isso que a regulação é interessante, porque (...) ela põe um terceiro agente na indicação de UTI (...) que tá aí fora que pode ser o fator moderador (...) (Reg1).

Os quatro reguladores e especialistas (Reg1, Reg3, Esp4 e Esp5) que opinaram compartilham uma visão mais institucional, associando a implantação da RIUTI a uma resposta a diretrizes do SUS (MS): “o Ministério estava exigindo essa regulação, que a regulação fosse feita” (Reg1), “A política de regulação ela é um, né?, um, foi o Ministério que instituiu, então, (?) ‘Olha, vocês têm que fazer’ ” (Esp4).

A variável “propulsores da implantação da RIUTI” obteve a quase totalidade de suas menções no código referente ao impulso para aumento da eficiência (EFC), produzidas por cinco entrevistados (Med2, Reg1, Reg7, Reg9 e Esp5). Associações do resultado do processo de inovação a ganhos de eficiência formaram a maior parcela de menções, o que é coerente com as menções ao impulso para aumento da eficiência. A

necessidade de aumento da eficiência foi identificada pelos entrevistados com o melhor uso dos leitos disponíveis e a melhor organização do sistema de saúde: “no começo se disse assim, não, porque os leitos de UTI ficavam ociosos, e por isso se criou a Central de Regulação, pra aproveitar os leitos 100%.” (Med2), “(...) você identificar os, os agentes, listar os pacientes, classificá-los de acordo com a sua gravidade e o seu local de origem e tentar distribuir na unidade (...) que atenda as suas necessidades.” (Reg1). Novamente, a maior parte das menções foi de reguladores ou especialistas, que tiveram maior contato com as origens da RIUTI.

As duas menções associadas ao código IDE se referem a um único entrevistado e não serão descritas em razão de sua baixa fundamentação no conjunto dos informantes.

6 Discussão

Nesta seção, os resultados são discutidos em confronto com a fundamentação teórica sobre a abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, considerando o estudo de caso único integrado, representado pela regulação de internação em UTI no DF. A discussão tem por base os resultados sintetizados nos Quadros 13, 17 e 18.

Quadro 17 – Mudanças nos vetores de características da RIUTI, por serviço elementar constitutivo e estabelecimento.

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

Fonte: elaboração própria, com base no Quadro 13.

Sintetizando os resultados da pesquisa, o Quadro 17 apresenta as principais mudanças nos vetores de características dos serviços elementares constitutivos (DEJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI. Considerando a definição de Gallouj (2002) da inovação como variações nos componentes desses vetores, foi possível elaborar o Quadro 18, que detalha os diferentes modos de inovação que ocorrem no processo de inovação em RIUTI.

Com base na análise das variações nos componentes dos vetores de características dos produtos dos serviços elementares (Quadro 17), é possível identificar que houve a criação de novas funções e serviços no processo de inovação em RIUTI (S3, S4, S5), o que é identificado com o modo radical de inovação (Quadro 18). Esse é o modo mais significativo de inovação, pois representa a criação de novos serviços no sistema de saúde do DF.

Quadro 18 – Formas de inovação na RIUTI, por serviço elementar constitutivo e estabelecimento.

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

Fonte: elaboração própria, com base no Quadro 13.

Três dos cinco serviços elementares foram criados para viabilizar a regulação: a intermediação centralizada, a auditoria de contas e a supervisão médica. No entanto, a interpretação de que a inovação radical limitou-se à criação desses serviços é conservadora. Outros autores também considerariam o serviço de solicitação de vaga como caso de inovação radical. Esse serviço sofreu transformação profunda, adotando nova tecnologia, reduzindo drasticamente o custo de comunicação e o desgaste provocado pelas interferências de relações pessoais e políticas na obtenção de vagas. O serviço ainda pode ser reconhecido pelos usuários, mas as modificações conjuntas na qualidade do serviço [Y] e em suas características técnicas [T] foram tão significativas que seria aceitável classificar como radical esse processo de inovação (WINDRUM; GARCIA-GOÑI, 2008; GALLOUJ, 2002).

Como consequência e para viabilizar a RIUTI, surgiram processos de inovação incremental, por formalização e de melhoria. As inovações incrementais são entendidas como adição ou substituição de componentes dos vetores por novas características. As por formalização identificam-se com a sistematização documentada das características do produto, tornando-as mais visíveis e padronizadas. Por fim, inovações de melhoria envolvem mudanças na qualidade dos componentes dos vetores de características dos produtos (GALLOUJ, 2002).

A análise do Quadro 17 revela que o acréscimo de novas competências e características e a formalização de procedimentos e critérios foram modos disseminados de inovação nos serviços constitutivos da RIUTI. Sobressaem-se a introdução do sistema eletrônico de regulação TrakCareTM e a sistematização de procedimentos e critérios a serem seguidos pelos diferentes prestadores e usuários da RIUTI.

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 normatizam a RIUTI, caracterizando a inovação por formalização.

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. Esses processos caracterizam inovações incrementais.

As duas inovações mencionadas abrangeram quase²⁹ todos os serviços elementares, independentemente do tipo de estabelecimento prestador de 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.

Os diferentes operadores da RIUTI tiveram que aprender a usar o sistema eletrônico de regulação, mas muitos deles reportaram o processo como sendo não problemático e não reconheceram o desenvolvimento dessa nova competência como um processo de inovação.

As situações aqui descritas permitem entender a RIUTI como um processo de centralização do serviço de intermediação de vagas, viabilizado pela informatização dos serviços elementares, pela normatização de procedimentos e pela criação dos serviços de auditoria de contas e de supervisão médica.

Além disso, 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 um serviço mais especializado.

Nos estabelecimentos privados, a contratação dos leitos representou uma inovação de mercado (SCHUMPETER, 1982), pois abriu o SUS ao serviço de atendimento ao paciente em UTI (S24, S25, S26 e S27). A correspondência entre a inovação de mercado e os modos de inovação de Gallouj (2002) pode ser melhor

²⁹ O serviço de auditoria de contas (S4) não usa o sistema de regulação.

identificada no Quadro 13. Nos mencionados serviços, a abertura de mercado exigiu uma série de inovações por formalização, incrementais e de melhoria. Respectivamente, essas inovações nos serviços responderam à necessidade de seguir novos procedimentos em vigor na RIUTI, de usar novos equipamentos e software, adquirir novas habilidades, bem como de aumentar pessoal e produção para atender a nova demanda. No setor privado, 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.

Os efeitos da inovação em RIUTI sobre os estabelecimentos privados iluminam 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.

Outra situação de interesse teórico corresponde à mudança na variedade e gravidade dos casos clínicos recebidos por estabelecimentos privados e por estabelecimentos públicos, anteriormente especializados. Esse evento provocou processos localizados de inovação de melhoria, representados pelo aperfeiçoamento de competências profissionais dos prestadores do serviço de atendimento ao paciente (S22, S26 e S27), e incremental, representado pela incorporação de novos equipamentos (S26).

Trata-se de caso particular de interações entre componentes do vetor de competências dos clientes/usuários [C'] com os 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 um curioso processo local de inovação, mobilizado pelas competências dos usuários, mas sem interação verbal intensa (GADREY, 2001), isto é, com relação de serviço fraca. A literatura associa a inovação decorrente da interação entre [C] e [C'] à relação de serviço intensa e ao modo de inovação *ad hoc*, caracterizado pelo processo de coprodução (GALLOUJ, 2002).

Na rede própria da SES/DF, a viabilização da inovação em RITI demandou a contratação de pessoal³⁰, bem como a criação de estrutura administrativa e física, cujo desenvolvimento encontra-se fora do escopo desta pesquisa. Nos mesmos serviços onde se observou o modo radical de inovação (S3, S4 e S5) foram observadas inovações incrementais, de melhoria e por formalização, necessárias à implantação dos serviços ou que foram consequência da criação deles. Nos serviços de intermediação de vaga (S3) e de supervisão médica (S5), foi necessário passar a usar o software de regulação (inovação incremental) e publicar protocolo de regulação (inovação por formalização). No serviço de auditoria de contas (S4), houve mudança na organização do serviço e aumento de pessoal e de produção, caracterizando inovações de melhoria.

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. Apesar dessa grande variedade de modos de inovação presente na implantação da RIUTI, observa-se a ausência de inovações *ad hoc* e por recombinação. Possíveis razões para esses fatos são, respectivamente, o ambiente de baixa interação verbal entre prestadores e pacientes e a importância da criação de novos serviços no DF para viabilizar a RIUTI, no lugar de combinar características de serviços pré-existent.

A análise da coluna de lógica do serviço no Quadro 13 demonstra que a RIUTI é um serviço que segue a lógica de intervenção solicitada, porém com interatividade fraca entre prestadores e usuários (GADREY, 2001). Essa situação também tem interesse teórico porque a lógica de intervenção solicitada é associada à forte interação verbal. A regulação compõe-se de serviços que empregam predominantemente capacidades humanas, porém, nos quais o usuário tem participação limitada na solicitação ou cuja solicitação está prevista normativamente. Entre as situações previstas em norma que acionam a prestação de serviço estão a alta de um paciente, no caso da auditoria de contas, e a internação, no caso da supervisão médica, ambos em estabelecimento contratado.

O serviço no qual existe maior interatividade entre prestadores e usuários é no 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

³⁰ A SES/DF contratou poucos novos profissionais para os serviços S3, S4 e S5, suprindo a necessidade com trabalho extra de servidores da secretaria de saúde.

reguladores, que são os prestadores, e os médicos solicitantes e executores, que são os usuários. Com os primeiros, os reguladores procuram informações para melhor priorizar a necessidade de internação do paciente. Com os segundos, os reguladores discutem o caso, preparando a equipe que receberá o paciente. 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 normatizados, 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” do Quadro 17 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 nesta pesquisa por ser o destino final do paciente regulado, mas que constitui o serviço assistencial propriamente dito, realizado tendo por suporte o usuário.

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, no período observado, nem sempre no sentido de aperfeiçoamento, conforme retratado na Figura 8.

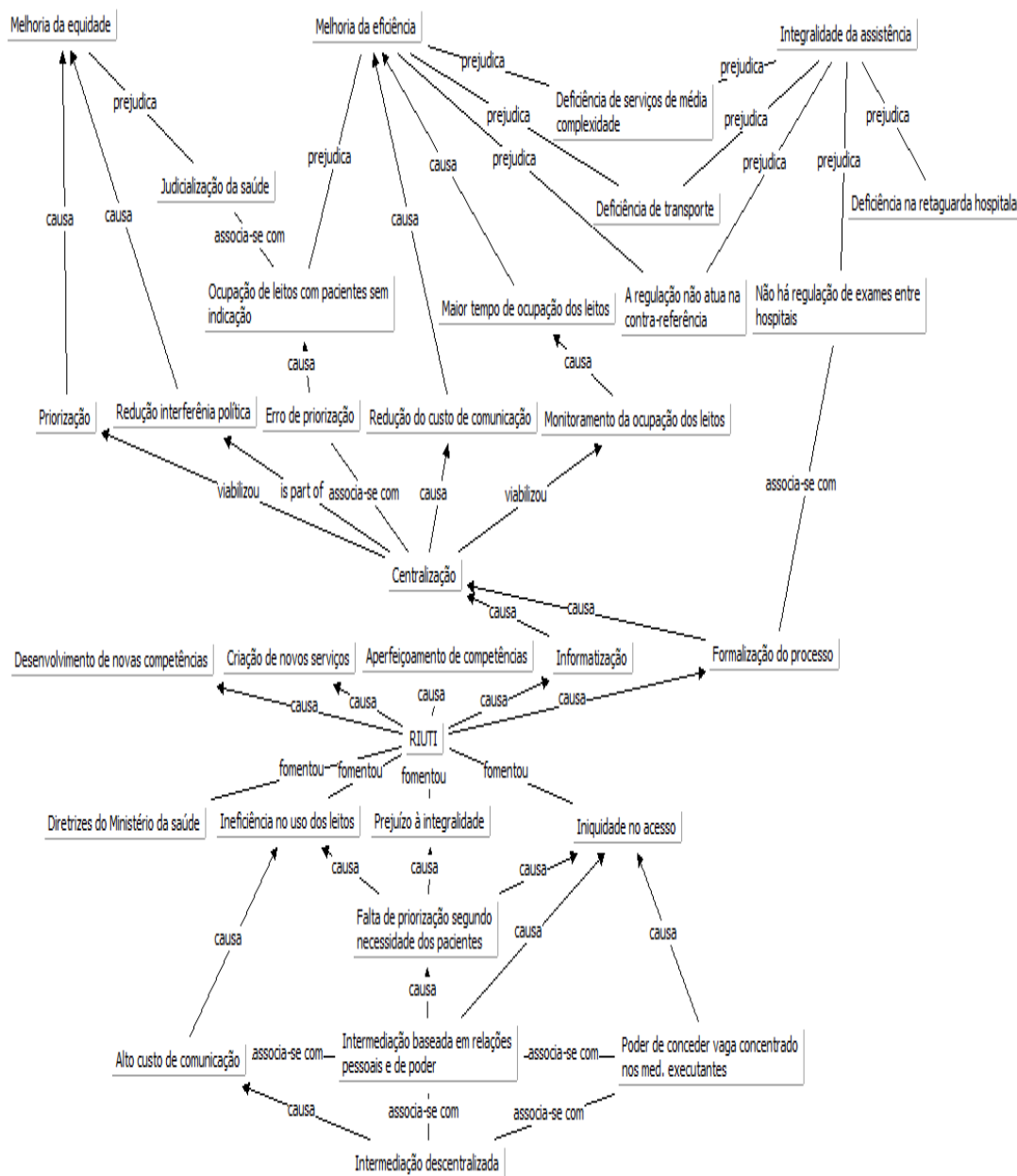


Figura 8 – O processo de inovação em RIUTI no DF
Fonte: elaboração própria.

A figura sintetiza a interpretação do pesquisador sobre o entendimento dos entrevistados a cerca do processo de inovação em RIUTI. Os constructos e suas ligações

foram descritos em detalhes na seção de resultados, mas cabe aqui uma síntese que una os muitos elementos das falas dos entrevistados e que explique a Figura 8 como um modelo empírico da origem, implantação e efeitos da RIUTI no DF.

A RIUTI surgiu como um processo de resolução de problemas (GALLOUJ, 2002), fomentado por diretrizes do SUS no sentido de incentivar a implantação da regulação assistencial no Brasil, inclusive com concessão de incentivos financeiros (NASCIMENTO et al., 2009). Assim, na Figura 8, a parte inferior, até o ponto de convergência na RIUTI representa as motivações que estiveram na origem do processo de inovação analisado. São problemas e fatores institucionais que não eram exclusivos do DF, mas tinham suas peculiaridades locais, como, por exemplo, a intensidade do déficit de oferta de serviços em UTI. A própria solução local para a regulação foi idiossincrática em diferentes aspectos, como a regulação apenas das internações em UTI e a contratação de software próprio de regulação.

A partir da base da figura, observa-se que, antes da implantação da regulação, a intermediação entre a procura e a oferta por vagas de internação em UTI era descentralizada. Os médicos e enfermeiros dos estabelecimentos solicitantes incorriam em alto custo de comunicação ao ligar para os estabelecimentos com UTI e explicar o caso até conseguirem vaga. Nesse processo, podiam ser submetidos a situações de incerteza pela falta de documentação do procedimento seguido e estarem sujeitos a constrangimentos causados pela necessidade de recorrer a relações pessoais. Os médicos executantes detinham o poder de conceder a vaga solicitada, o que lhes trazia prestígio, mas, em contrapartida, também estavam sujeitos a situações nas quais relações de poder lhes impunham certas ações.

Essa situação impedia que as demandas, também descentralizadas, fossem priorizadas segundo a necessidade dos pacientes por internação. O processo trazia prejuízos aos princípios doutrinários do SUS de equidade de acesso e integralidade da assistência, bem como ao princípio da eficiência na Administração Pública.

As principais inovações em decorrência da implantação da RIUTI estão representadas na parte intermediária da Figura 8. Foram a formalização de todo o processo, em especial dos critérios de priorização de pacientes segundo a gravidade do quadro clínico, a informatização e centralização da intermediação, o que viabilizou o monitoramento em tempo real dos leitos de UTI. Paralelamente, houve processos generalizados e localizados de desenvolvimento de novas competências e de aperfeiçoamento das existentes. Em alguns serviços contratados, houve expansão da

produção, do quadro de pessoal e a incorporação de equipamentos. Foram criados os serviços de supervisão médica, de auditoria de contas e a de intermediação centralizada de vagas. A teoria da inovação em serviços identifica essas mudanças nas características dos diferentes serviços constitutivos da RIUTI como inovações radicais, incrementais, de melhoria e de formalização (GALLOUJ, 2002).

Na parte superior da Figura 8 estão representados efeitos esperados e não esperados, desejados e indesejados da RIUTI. Os efeitos esperados e desejados pela SES/DF ao implantar a regulação foram construídos no processo de diagnóstico e discussão de soluções, desenvolvido nacionalmente no âmbito do SUS, e apropriados pela administração local, conforme explicitado nos normativos da regulação. Aliás, a própria RIUTI foi um novo serviço que surgiu no processo de interação entre os atores do SUS. Na teoria de inovação em serviços (GADREY, 2001), esses efeitos são identificados com os resultados da inovação, isto é, os resultados produzidos pelos produtos dos serviços, sejam eles novos ou modificados em suas características. A construção da RIUTI e de seus efeitos esperados, explicitada nos diferentes fóruns de discussão colegiada do SUS, acrescentam evidência ao caráter convencional do produto dos serviços (GADREY, 2001).

A inovação no serviço produziu efeitos no sentido de reduzir os problemas que a motivaram. A eficiência foi melhorada pela redução do custo de comunicação para a intermediação de vagas e pelo monitoramento dos leitos, o que permitiu aumentar o tempo de seu uso. No entanto, problemas estruturais e de organização do sistema de saúde do DF atuam no sentido oposto. A deficiência dos meios de transporte contribui para a demora excessiva na recepção dos pacientes nas UTI. A regulação não atua sobre a contrarreferência, o que aliado à deficiência nos serviços de média complexidade, contribui para que pacientes sem indicação permaneçam ocupando leitos de UTI.

A RIUTI expôs problemas que prejudicam a integralidade da assistência à saúde. Não existe regulação de exames para pacientes de UTI entre hospitais da rede, o que aliado à deficiência na retaguarda hospitalar para a UTI e à deficiência de transporte, faz com que alguns pacientes deixem de realizar exames e procedimentos indicados. Além disso, pacientes sem indicação de permanecer na UTI podem ter o tratamento interrompido por falta de vaga em serviços de menor complexidade.

Houve melhoria expressiva na equidade do acesso à internação em UTI pela supressão das influências pessoais e políticas na obtenção de vagas e pela aplicação de critérios de priorização de pacientes segundo a gravidade de seu quadro clínico. A

judicialização do acesso à internação em UTI por meio da expedição de mandados judiciais interfere na alocação de vagas por critério de necessidade. Contudo, pode também ser interpretada como reação à deficiência no número de vagas e como uma ação a favor da integralidade da assistência.

Dessa forma, o modelo representado na Figura 8 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.

7 Conclusões e recomendações de pesquisa

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

O objetivo geral da pesquisa foi o de descrever os processos de inovação desenvolvidos ao longo da implantação da RIUTI no DF nos serviços que a constituem. Para alcançá-lo, foram analisados e 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.

Interpretados por meio da abordagem integradora da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002), os estudos dos casos em cinco serviços elementares, prestados em estabelecimentos públicos e privados, executores, solicitantes e reguladores 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 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.

O estudo de caso da RIUTI acrescenta evidências sobre o papel de variações no vetor de competências dos usuários 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. Essas inovações se desenvolveram em

contexto de relação de serviço fraca. Essa situação de baixa interação verbal na área da saúde tem origem no fato de o serviço público de saúde estar sujeito ao princípio da legalidade. Nesse ambiente, os procedimentos são altamente normatizados, até mesmo no que tange a fatos que desencadeiam a prestação do serviço, sem solicitação expressa do usuário. Conforme o marco teórico usado, a lógica de serviço da RIUTI pode ser classificada como de intervenção solicitada, porém, as evidências são de que a intervenção muitas vezes é mandatória. Essa situação enseja oportunidade para que estudos sobre lógicas de serviço no setor público possam enriquecer os modelos existentes sobre o caráter interativo do setor serviços (GADREY, 2001).

A pesquisa 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. Essa situação sugere que pesquisas que incorporem referencial teórico que abranja as relações de poder no setor público poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno da inovação na economia 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).

Para os gestores, esta dissertação 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 dissertação como subsídio ao processo de tomada de decisão sobre quais providências são urgentes e poderão 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 adicionais 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).

O tamanho do setor público na área de saúde do Distrito Federal (ANS, 2009, PIRES et al., 2010) e o poder regulador distrital indicam 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 (RIDE) (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 resultados dos processos 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 polo.

Finalmente, ficou evidente também a oportunidade de pesquisa representada pela existência de bancos de dados detalhados sobre internação em UTI e procedimentos ambulatoriais regulados, formados a partir da informatização dessas áreas. 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.

8 Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos*. Rio de Janeiro: ANS, dez. 2009.

BARATA, Luiz Roberto Barradas, TANAKA, Oswaldo Yoshimi e MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, vol.13, no.1, p.15-24, 2004.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/18080.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/93 (NOB/93)*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica – SUS 01/96 (NOB/96)*. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1996a. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.043, de 11 de outubro de 1996*. Determinar a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC. Brasília, 1996b. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_cg/>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. *Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999*. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. *Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3496.htm>. Acesso em: 15 abr. 2010.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. *Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000*. Cria o Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de

Saúde. Brasília, 2000b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2000/PT-511.htm>. Acesso em 15 abr. 2010.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. *Instrução Normativa nº 1, de 6 de abril de 2001*. Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://www.sfc.planalto.gov.br/Legislacao/InstrucoesNormativas.asp>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001* (NOAS/2001). Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; 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, 2001b. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001*. Institui a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Brasília, 2001c. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P2.309_01informes.doc>. Acesso em: 15 abr. 2010.

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: <pnass.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 que 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. *Sisreg III: Manual do Operador Regulador*. Brasília, 2006c. Disponível em: <www.saude.al.gov.br/files/manual-operador-regulador>. Acesso em: 10 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Implantação de Complexos Reguladores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

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. *Decreto nº 6.860, de 27 de maio de 2009*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=378>. Acesso em: 28 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Saúde: direito de todos 2008-2011*. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa 2010: credenciamento de leitos de UTI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

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.

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*, v. 17, n. 4, p. 303-308, 2006.

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). Secretaria de Estado de Saúde. *Protocolos Assistenciais*. Brasília: 2010a. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Portaria nº 187, de 18/11/2010*. Normatização dos critérios de remoção de pacientes após alta médica nas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default_ctd.cfm>. Acesso em: 5 dez. 2010.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Portaria nº 189, de 7/10/2009*. Implantação do Complexo Regulador no Distrito Federal. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default_ctd.cfm>. Acesso em: 21 abr. 2010.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Decreto nº 28.011, de 30/05/2007*. 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.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal*. Brasília, 2007b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2010.

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.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 1, de 16/02/2006*. Institui a regulação em oftalmologia. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8548>. Acesso em: 13 mar. 2010.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 6, de 12/09/2005*. Institui a regulação em dermatologia. Brasília, 2005. Disponível em: <www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20serviço%20nº06.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2010.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Cartilha de Regulação Assistencial*. Brasília: SES/DF, 2004. Disponível em: <www.saude.df.gov.br/sites/300/311/.../cartilhaCORRIGIDA>. Acesso em: 13 mar. 2010.

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: WINDRUM, P.; KOCH, P. (Orgs.). *Entrepreneurship, Criativity and Management*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2008.
- DREJER, I. Identifying innovation in surveys of services: a Schumpeterian perspective. *Research Policy*, n. 33, p. 551-562, 2004.
- 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.
- FREIRE, Carlos Torres. Um estudo sobre os serviços intensivos em conhecimento no Brasil. In: DE NEGRI, J. A.; KUBOTA, L. C. (Orgs.). *Estrutura e dinâmica do setor de serviços no Brasil*. Brasília: Ipea, 2006.
- GADREY, Jean. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In Salerno, M.S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Editora 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.
- 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*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- GOMES, Marcelo B. Auditoria de desempenho governamental e o papel de Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS). *Revista do Serviço Público*, n. 2, p. 36-78, abr./jun. 2002.
- GOUVÊA, M.A.; KUYA, J. Qualidade de Atendimento do Sistema Hospitalar – o caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo. *Anais do IV Seminários em Administração – SEMEAD/FEA/USP*, São Paulo, SP, 1999.
- HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque. *Aurélio Século XXI*. 3a. ed., Curitiba: Regis Ltda, 2004.
- 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., Emílio. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região

Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 23, v. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas do Século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Economia da Saúde: Uma Perspectiva Macroeconômica 2000-2005*. Estudos & Pesquisas: Informação Econômica, n. 9, 2008. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/default.shtm>. Acesso em: 28 mar. 2010.

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.

INSTITUTO DE PESQUISAS APLICADAS (IPEA). *Presença do estado no Brasil : federação, suas unidades e municipalidades / organizador*. Brasília : Ipea, 2009.

INTERSYSTEMS COMPANY. *TrakCare – Central de Regulação de UTI*. Brasília: InterSystems, 200?.

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.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 1992.

LEONG, A. S-Y.; LEONG, F.J.W-M. Strategies for laboratory cost containment and for pathologist shortage: centralized pathology laboratories with microwave-stimulated histoprocessing and telepathology, *Pathology*, v. 37, n. 1, p. 5-9, 2005.

LOCKS, M.T.R. *Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal for Equity in Health*, Baltimore, v.1, n.1, 2002.

MELO, M. A. Governança e Reforma do Estado: o paradigma agente x principal. *Revista do Serviço Público*, v. 120, p. 67-82, jan./abr. 1996.

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*, v. 2, n. 14, p. 346-352, 2009.

NELSON, R.; WINTER, S. *Uma Teoria Evolucionária da Mudança Econômica*. Campinas: Unicamp, 2005.

NUNES, R.; REGO, G.; BRANDÃO, C. The Rise of Independent Regulation in Health Care. *Health Care Analysis*, n. 15, p. 169-177, 2007.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Manual de Oslo*. 3ª ed. Brasília: FINEP, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *The World Health Report 2000*. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf>. Acesso em: 17 fev. 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.

RESENDE, C. B.; SCARPEL, R. A. Importância das características na precificação de veículos nacionais. *Produção* [online], v.19, n.2, p. 345-358, 2009.

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], v.23, supl.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.

SISSON, Maristela Chitto. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

TREVISAN, Leonardo. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS. *Revista de Administração Pública*, v.41, n.2, p. 237-254, 2007.

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.

VERGARA, Sylvia Constant. *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2008.

WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, n. 37, p. 649-672, 2008.

WINDRUM, P.; DIAZ, C.; FILIOU, D. Exploring the relationship between technical and service characteristics. *Journal of Evolutionary Economics*, n. 19, p. 567-588, 2009.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.

Apêndice A – Leitos de UTI no Distrito Federal

Tabela 1 – Leitos de UTI em estabelecimentos de saúde da rede própria do Distrito Federal em setembro de 2010

Estabelecimento de Saúde	Vínculo com a rede	Total regulado/contratado	Total geral	% de regulação
HRSM	Próprio	50	50	100,0
HRAS	Próprio	46	46	100,0
HBDF	Próprio	26	36	72,2
HRC	Próprio	14	14	100,0
HRT	Próprio	13	20	65,0
HRSam	Próprio	10	10	100,0
HRAN	Próprio	9	10	90,0
HRPa	Próprio	7	8	87,5
HRS	Próprio	6	8	75,0
HRG	Próprio	5	10	50,0
Total da Rede Própria	-	186	212	87,7

Fonte: DIREG/SES/DF.

Tabela 2 – Leitos de UTI em estabelecimentos de saúde da rede contratada e conveniada do Distrito Federal em setembro de 2010

Estabelecimento de Saúde	Vínculo com a rede	Total regulado	Total geral (1)	% de regulação
Hospital Santa Helena	Contratado	18	61	29,5
Hospital Santa Marta	Contratado	16	35	45,7
Hospital Alvorada Taguatinga	Contratado	15	23	65,2
Hospital Brasília	Contratado	12	53	22,6
Instituto de Cardiologia do Distrito Federal	Contratado	11	41	26,8
Hospital Lago Sul	Contratado	10	28	35,7
Hospital São Francisco	Contratado	8	13	61,5
Hospital Dr. Juscelino Kubitschek	Contratado	8	14	57,1
HOME	Contratado	7	14	50,0
Hospital Maria Auxiliadora	Contratado	7	23	30,4
Instituto Médico Hospitalar Lago Sul	Contratado	5	8	62,5
Hospital São Lucas	Contratado	5	6	83,3
Instituto de Terapia Intensiva	Contratado	3	7	42,9
Total contratado	-	125	326	38,3
HUB	Conveniada	4	10	40,0
Total conveniada	-	4	10	40,0

Fonte: DIREG/SES/DF e (1) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, acesso em: 9/10/2010.

Tabela 3 – Leitos de UTI em estabelecimentos de saúde do Distrito Federal

Tipo de UTI	Total	SUS	Não SUS
UTI ADULTO - TIPO I	89	0	89
UTI ADULTO - TIPO II	379	176	203
UTI ADULTO - TIPO III	126	46	80
UTI PEDIÁTRICA - TIPO I	30	0	30
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	56	32	24
UTI PEDIÁTRICA - TIPO III	27	5	22
UTI NEONATAL - TIPO I	38	0	38
UTI NEONATAL - TIPO II	92	31	61
UTI NEONATAL - TIPO III	64	54	10
UTI DE QUEIMADOS	6	6	0
Total	907	350	557

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, acesso em: 9/10/2010.

Tabela 4 – Hospitais da rede própria do Distrito Federal sem leitos de UTI em setembro de 2010

Estabelecimento de Saúde	Vínculo com a rede
HRBz	Próprio
HRGu	Próprio
HAB	Próprio
HSVP	Próprio
HRPI	Próprio

Fonte: DIREG/SES/DF e www.saude.df.gov.br. Acesso em: 9 out. 2010.

Apêndice B – Roteiro de entrevista - Prestadores em estabelecimentos de saúde públicos e privados

Identificação

1	Nome
2	Cargo/função
3	Data da entrevista
4	Data de início do trabalho no estabelecimento (ano e mês)
5	Data de início do trabalho com regulação (ano e mês)

Origem da regulação de internação em UTI no DF

6	Você poderia descrever o processo de implantação da regulação de internação de UTI neste hospital? (motivação, barreiras, benefícios, atores)
---	---

Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre reguladores, prestadores e usuários

7	Desde a criação da Central de Regulação, como evoluiu o relacionamento profissional entre reguladores (médico supervisor, médico regulador, enfermeiro controlador, enfermeiro analisador) e prestadores (médicos assistentes, enfermeiros) com relação à interação entre a equipe, fluxo de informações e outros fatores?
8	Desde a criação da Central de Regulação, como evoluiu o relacionamento profissional entre prestadores (médicos assistentes, enfermeiros) e usuários?

Mudanças nas competências diretas dos prestadores

9	Quais habilidades e competências técnicas e pessoais os prestadores precisaram desenvolver em decorrência da implantação da regulação? Houve treinamento?
10	Foram criadas novas funções profissionais para viabilizar a regulação de internação em UTI?
11	Em quais aspectos as funções desempenhadas por prestadores no DF diferem das de outros estados e municípios em razão da regulação?
12	Em quais aspectos houve mudança na interação profissional entre o pessoal que trabalha na UTI?

Uso de novos equipamentos

13	Foram necessários novos equipamentos para viabilizar ou aperfeiçoar a regulação de internação em UTI?
14	Você poderia descrever como foi a implantação e como tem sido o uso dos equipamentos de informática e de comunicação necessários para o serviço de regulação (aquisição, instalação, operação, manutenção)?

Uso de novos protocolos e software

15	Foi necessário usar novos protocolos, procedimentos ou software para viabilizar ou aperfeiçoar a regulação de internação em UTI?
16	Em quais aspectos protocolos e procedimentos usados no DF diferem dos de outros estados e municípios?
17	Você poderia descrever a utilização dos sistemas de tratamento de dados e de comunicação usados na regulação da internação de UTI (treinamento, aquisição, instalação, operação, manutenção, conexão e transmissão de dados)?
18	Quando são solicitados aperfeiçoamentos no TrakCare™? Eles são implementados de forma eficaz e tempestiva?
19	Como é a qualidade do apoio à operação do TrakCare™?
20	Houve necessidade de modificação ou criação de procedimentos do SAMU para viabilizar a regulação de internação em UTI?

Resultados do processo de inovação

20	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou para os pacientes e suas famílias como resultado da regulação?
21	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou no seu trabalho como resultado da regulação?
22	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou para a gestão do serviço de internação em UTI como resultado da regulação?

Barreiras à implantação da regulação de internação em UTI

23	Na sua opinião, quais foram as principais dificuldades para implementar a regulação de internação de UTI?
24	Atualmente, ainda existem problemas atrapalhando o bom funcionamento da regulação de internação em UTI? (atores a favor e contra)

Apêndice C – Roteiro de entrevista – Prestadores na Central de Regulação

Identificação

1	Nome
2	Cargo/função
3	Data da entrevista
4	Data de início do trabalho no estabelecimento (ano e mês)
5	Data de início do trabalho com regulação (ano e mês)

Origem da regulação de internação em UTI no DF

6	Você poderia descrever o processo de implantação da regulação de internação de UTI no DF? (ano e mês do início, motivação, barreiras, benefícios, atores)
---	---

Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre reguladores, prestadores e usuários

7	Desde a criação da Central de Regulação, como evoluiu o relacionamento profissional entre reguladores (médico supervisor, médico regulador, enfermeiro controlador, enfermeiro analisador) e prestadores (médicos assistentes, enfermeiros) com relação à interação entre a equipe, fluxo de informações e outros fatores?
---	--

Mudanças nas competências diretas dos prestadores

8	Quais habilidades e competências técnicas e pessoais os reguladores precisaram desenvolver em decorrência da implantação da regulação? Houve treinamento?
9	Quais foram os fatores que levaram à criação de novas funções profissionais para viabilizar a regulação de internação em UTI no DF? (enfermeiro controlador e enfermeiro analisador)
10	Em quais aspectos as funções desempenhadas por reguladores no DF diferem das de outros estados e municípios?

Uso de novos equipamentos

11	Foram necessários novos equipamentos para viabilizar ou aperfeiçoar a regulação de internação em UTI?
12	Você poderia descrever como foi a implantação e como tem sido o uso dos equipamentos de informática e de comunicação necessários para o serviço de regulação (aquisição, instalação, operação, manutenção)?

Uso de novos protocolos e software

13	Foi necessário usar novos protocolos, procedimentos ou software para viabilizar ou aperfeiçoar a regulação de internação em UTI?
14	Em quais aspectos protocolos e procedimentos usados no DF diferem dos de outros estados e municípios?
15	Você poderia descrever a utilização dos sistemas de tratamento de dados e de comunicação usados na regulação da internação de UTI (treinamento, aquisição, instalação, operação, manutenção, conexão e transmissão de dados)?
16	Quando são solicitados aperfeiçoamentos no TrakCare™? Eles são implementados de forma eficaz e tempestiva?
17	Quais são as vantagens e desvantagens do TrakCare™ em relação ao Sisreg?
18	Como é a qualidade do apoio à operação do TrakCare™?
19	Como foi o processo de identificação da necessidade e de contratação do software de regulação?

Resultados do processo de inovação

20	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou para os pacientes e suas famílias como resultado da regulação?
21	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou no seu trabalho como resultado da regulação?
22	O que melhorou ou piorou ou apenas mudou para a gestão do serviço de internação em UTI como resultado da regulação?
23	O que você acha que melhorou ou piorou ou apenas mudou para a gestão do serviço de internação em UTI como resultado da regulação?

Barreiras à implantação da regulação de internação em UTI

24	Na sua opinião, quais foram as principais dificuldades para implementar a regulação de internação de UTI?
25	Atualmente, ainda existem problemas atrapalhando o bom funcionamento da regulação de internação em UTI?

Apêndice D – Roteiro de entrevista – Especialistas

Origem da regulação de internação em UTI

- 1- Você diria que a implantação da regulação assistencial teve um campeão no DF? (campeão é um indivíduo carismático que coloca seu peso sobre uma inovação, superando assim a indiferença ou a resistência que a nova ideia pode provocar em uma organização)
- 2- Existia receio de que a regulação expusesse as deficiências de oferta de serviços no DF?

Mudanças nas competências diretas dos prestadores

- 3- Quais foram as repercussões legais e práticas da edição da Portaria de implantação do complexo regulador do DF em 2009, considerando que já funcionava a regulação assistencial desde 2006 (Portaria 41, de 30/08/2006) ?
- 4- Quem ocupa a função de coordenador do complexo regulador?
- 5- Quem ocupa a função de administrador do complexo regulador?
- 6- Com o advento da regulação, como ficou o papel da figura do médico autorizador de AIH?
- 7- Há médicos reguladores fora da central? (art. 11 da Ordem de Serviço Conjunta 1/2006, nas Coordenações de Organização e Regulação Assistencial – CORA)
- 8- As CORA ainda existem?
- 9- O contato com a CORA ainda é feito por meio de telefone ou foi informatizado? (item 7 da Ordem de Serviço 6/2005)
- 10- Como se processa a atuação das equipes de supervisão?
- 11- As equipes de supervisão encontram-se fixas nos estabelecimentos de saúde?
- 12- Existem conflitos entre os profissionais envolvidos na regulação (médicos supervisores, médicos assistentes, médicos reguladores, enfermeiro controlador)? Eventuais conflitos são registrados e analisados para posterior adoção de medidas saneadoras?

Uso de novos protocolos e software

- 13- Quais são os protocolos clínicos e de regulação aplicáveis à regulação de internação em UTI, além da Portaria 42/2006?
- 14- Os procedimentos e parâmetros estabelecidos pela Portaria 42/2006 podem ser considerados como um protocolo de regulação e clínico (há critérios de alta)?

- 15- Os hospitais conveniados e contratados recebem os prontuários dos pacientes encaminhados? Caso negativo, por quê? (item 10 da Ordem de Serviço Conjunta 6/2005)
- 16- Como ocorre a avaliação da regulação de internação em UTI?
- 17- Quais são as metas da regulação de internação em UTI?
- 18- Existem relatórios de avaliação das metas?
- 19- O que mudou para o controle e a avaliação após a implantação da regulação de internação em UTI? Foi necessário desenvolver novas habilidades, novas competências? Gerou mais trabalho? Foram criados novos mecanismos de controle e avaliação?

Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e reguladores

- 20- Com a implantação da regulação de internação em UTI, o que mudou no relacionamento entre a SES/DF e os hospitais públicos? Ficou mais fácil, mais difícil? Novos atores surgiram?
- 21- Com a implantação da regulação de internação em UTI, o que mudou no relacionamento entre a SES/DF e os hospitais contratados e conveniados? Ficou mais fácil, mais difícil? Novos atores surgiram?

Apêndice E – Frequência dos códigos por entrevistado e categoria de análise

Código	Enf1	Enf2	Enf3	Enf4	Enf5	Enf6	Enf7	Tot_Enf
BLM	0	2	0	1	0	0	0	3
MS	0	0	0	0	0	0	0	0
Var1	0	2	0	1	0	0	0	3
ASR	1	4	2	1	2	1	2	13
CAS	1	3	1	4	4	3	7	23
NAS	0	0	1	0	0	0	0	1
CR	0	0	0	0	0	0	0	0
ORG	1	4	3	1	0	1	1	11
POD	2	4	1	0	0	0	0	7
RES	0	3	1	1	0	0	0	5
Var2	5	18	9	7	6	5	10	60
ASU	0	0	0	0	0	0	0	0
ASF	1	3	2	0	1	1	1	9
Var3	1	3	2	0	1	1	1	9
MT	0	4	0	1	1	3	3	12
IMT	0	0	0	0	0	1	2	3
SFT	0	1	0	3	0	1	0	5
Var4	0	5	0	4	1	5	5	20
SOC	0	0	0	0	0	0	1	1
EPI	1	1	0	0	1	2	2	7
Var5	1	1	0	0	1	2	3	8
EF+	0	5	1	2	0	1	0	9
EF-	1	1	0	1	1	0	0	4
EQ+	0	0	1	0	1	0	0	2
EQ-	1	0	0	0	4	0	0	5
IT+	0	0	0	0	0	0	0	0
IT-	0	2	0	1	4	1	0	8
POL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var6	2	8	2	4	10	2	0	28
DEM	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI	0	0	0	0	0	0	0	0
EFC	0	0	0	0	0	0	0	0
Var7	0	0	0	0	0	0	0	0
FRE	0	0	0	0	0	0	0	0
CUS	0	0	0	0	0	0	0	0
COM	2	1	1	3	9	2	0	18
PLX	0	2	0	0	0	0	0	2
PTC	0	0	0	0	0	0	0	0
GES	0	0	0	0	0	0	0	0
ETI	0	0	0	0	0	0	0	0
BUG	0	0	0	0	1	0	0	1
Var8	2	3	1	3	10	2	0	21
ITU	0	0	0	3	0	0	0	3
ATD	0	1	0	0	1	1	0	3
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var9	0	1	0	3	1	1	0	6
AVA	0	0	0	0	1	1	0	2
Total	11	41	14	22	31	19	19	157

Fonte: elaboração própria.

Apêndice E – Frequência dos códigos por entrevistado e categoria de análise (continuação)

Código	Med1	Med2	Med3	Med4	Med5	Med6	Med7	Tot_Med
BLM	0	0	1	0	0	0	0	1
MS	0	0	0	0	0	0	0	0
Var1	0	0	1	0	0	0	0	1
ASR	0	2	0	3	1	3	0	9
CAS	2	0	0	4	1	4	4	15
NAS	1	0	1	1	3	1	1	8
CR	0	0	0	0	0	0	0	0
ORG	1	2	0	0	0	3	1	7
POD	0	1	2	0	0	0	1	4
RES	0	3	1	0	0	0	0	4
Var2	4	8	4	8	5	11	7	47
ASU	0	0	0	0	0	0	0	0
ASF	1	1	1	0	0	0	1	4
Var3	1	1	1	0	0	0	1	4
MT	1	0	1	0	2	1	0	5
IMT	0	1	1	1	1	0	0	4
SFT	0	0	0	1	0	0	0	1
Var4	1	1	2	2	3	1	0	10
SOC	0	0	0	0	0	0	1	1
EPI	0	2	1	0	1	2	1	7
Var5	0	2	1	0	1	2	2	8
EF+	1	0	0	0	0	0	0	1
EF-	0	0	4	1	1	4	2	12
EQ+	2	0	3	0	1	0	0	6
EQ-	0	0	0	0	0	2	0	2
IT+	0	0	0	0	0	0	0	0
IT-	1	9	3	6	2	1	1	23
POL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var6	4	9	10	7	4	7	3	44
DEM	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI	0	0	0	0	0	0	0	0
EFC	0	1	0	0	0	0	0	1
Var7	0	1	0	0	0	0	0	1
FRE	0	0	0	0	0	0	0	0
CUS	0	0	0	1	0	0	0	1
COM	3	5	5	1	1	1	7	23
PLX	1	0	0	0	0	0	0	1
PTC	0	0	0	0	0	0	0	0
GES	0	0	0	2	0	0	0	2
ETI	0	2	0	0	0	0	0	2
BUG	1	0	1	0	0	0	3	5
Var8	5	7	6	4	1	1	10	34
ITU	0	0	0	0	0	0	0	0
ATD	0	0	0	0	0	0	1	1
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var9	0	0	0	0	0	0	1	1
AVA	0	13	4	3	1	0	0	21
Total	15	42	29	24	15	22	24	171

Fonte: elaboração própria.

Apêndice E – Frequência dos códigos por entrevistado e categoria de análise (continuação)

Código	Adm1	Adm2	Adm4	Adm5	Adm6	Adm7	Tot_Adms
BLM	0	0	0	0	0	0	0
MS	0	0	0	0	0	0	0
Var1	0	0	0	0	0	0	0
ASR	1	0	2	0	3	7	13
CAS	1	2	5	5	2	2	17
NAS	0	1	0	0	1	2	4
CR	0	0	0	0	0	0	0
ORG	6	4	2	0	3	1	16
POD	0	0	1	0	0	0	1
RES	0	0	0	0	0	0	0
Var2	8	7	10	5	9	12	51
ASU	0	0	1	0	0	0	1
ASF	0	4	3	0	0	0	7
Var3	0	4	4	0	0	0	8
MT	0	2	2	2	0	2	8
IMT	0	0	1	0	0	0	1
SFT	1	1	0	1	1	2	6
Var4	1	3	3	3	1	4	15
SOC	0	0	0	0	0	0	0
EPI	1	0	0	0	0	0	1
Var5	1	0	0	0	0	0	1
EF+	0	0	0	0	0	0	0
EF-	0	0	2	0	0	0	2
EQ+	0	0	0	0	0	1	1
EQ-	0	0	0	0	0	0	0
IT+	0	0	1	0	0	0	1
IT-	0	1	3	0	0	0	4
POL	0	0	0	0	0	0	0
Var6	0	1	6	0	0	1	8
DEM	0	0	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	0	0	0	0
CRI	0	0	0	0	0	0	0
EFC	0	0	0	0	0	0	0
Var7	0	0	0	0	0	0	0
FRE	0	0	0	0	0	0	0
CUS	0	0	0	0	0	0	0
COM	0	0	4	0	0	0	4
PLX	0	0	0	0	0	0	0
PTC	0	0	0	0	0	0	0
GES	0	0	0	0	0	0	0
ETI	0	0	0	0	0	0	0
BUG	0	0	0	0	0	0	0
Var8	0	0	4	0	0	0	4
ITU	0	0	0	0	0	0	0
ATD	0	0	0	0	0	0	0
SOL	0	0	0	0	0	0	0
Var9	0	0	0	0	0	0	0
AVA	1	0	0	0	0	0	1
Total	11	15	27	8	10	17	88

Fonte: elaboração própria.

Apêndice E – Frequência dos códigos por entrevistado e categoria de análise (continuação)

Código	Reg1	Reg2	Reg3	Reg4	Reg5	Reg6	Reg7	Reg8	Reg9	Tot_Reg
BLM	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
MS	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Var1	4	0	1	0	0	0	0	0	0	5
ASR	1	2	1	2	2	2	3	1	0	14
CAS	1	0	0	0	0	1	0	0	2	4
NAS	1	0	1	0	0	1	4	9	0	16
CR	0	3	1	5	2	0	0	0	0	11
ORG	0	2	1	0	1	1	0	0	0	5
POD	0	0	0	0	1	0	1	0	1	3
RES	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Var2	3	7	4	7	6	5	8	10	5	55
ASU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ASF	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Var3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
MT	0	1	1	0	0	0	0	0	2	4
IMT	3	1	0	1	1	1	0	0	0	7
SFT	4	3	1	1	0	2	0	1	8	20
Var4	7	5	2	2	1	3	0	1	10	31
SOC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EPI	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Var5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
EF+	4	0	0	0	1	1	0	1	0	7
EF-	1	0	0	0	4	0	0	0	0	5
EQ+	1	0	0	0	1	0	2	0	0	4
EQ-	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
IT+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IT-	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
POL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Var6	8	0	0	0	7	1	4	1	0	21
DEM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EFC	3	0	0	0	0	0	2	0	1	6
Var7	3	0	0	0	0	0	2	0	1	6
FRE	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
CUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COM	2	3	0	3	0	6	3	4	2	23
PLX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PTC	15	2	0	0	0	0	0	0	0	17
GES	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ETI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BUG	0	1	1	0	2	0	0	0	0	4
Var8	20	8	1	3	2	6	3	4	2	49
ITU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ATD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Var9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AVA	2	1	0	0	0	1	0	0	0	4
Total	47	22	8	12	16	17	17	17	18	174

Fonte: elaboração própria.

Apêndice E – Frequência dos códigos por entrevistado e categoria de análise (continuação)

Código	Esp4	Esp5	Tot_Esp	Tot_Ger
BLM	0	0	0	6
MS	1	2	3	6
Var1	1	2	3	12
ASR	2	3	5	54
CAS	0	0	0	59
NAS	0	0	0	29
CR	0	5	5	16
ORG	5	1	6	45
POD	1	1	2	17
RES	0	1	1	12
Var2	8	11	19	232
ASU	0	0	0	1
ASF	0	0	0	22
Var3	0	0	0	23
MT	0	0	0	29
IMT	0	1	1	16
SFT	1	0	1	33
Var4	1	1	2	78
SOC	0	0	0	2
EPI	0	0	0	16
Var5	0	0	0	18
EF+	5	1	6	23
EF-	0	0	0	23
EQ+	3	0	3	16
EQ-	0	0	0	9
IT+	0	0	0	1
IT-	0	0	0	38
POL	0	0	0	0
Var6	8	1	9	110
DEM	0	0	0	0
IDE	0	2	2	2
CRI	0	0	0	0
EFC	0	2	2	9
Var7	0	4	4	11
FRE	0	2	2	6
CUS	0	0	0	1
COM	0	0	0	68
PLX	0	0	0	3
PTC	3	2	5	22
GES	0	0	0	3
ETI	0	4	4	6
BUG	0	0	0	10
Var8	3	8	11	119
ITU	0	0	0	3
ATD	0	0	0	4
SOL	0	0	0	0
Var9	0	0	0	7
AVA	0	0	0	28
Total	21	27	48	638

Fonte: elaboração própria.

Apêndice F – Frequência dos códigos por serviço e categoria de análise

Código	S1 Estab 1	S21 Estab2a	S22 Estab2b	S23 Estab3	S24 Estab4a	S25 Estab4b	S26 Estab5	S27 Estab6
BLM	0	2	1	1	0	0	0	0
MS	0	0	0	0	0	0	0	0
Var1	0	2	1	1	0	0	0	0
ASR	1	6	2	4	2	2	5	0
CAS	3	3	1	8	4	4	11	4
NAS	1	0	2	1	0	3	1	1
CR	0	0	0	0	0	0	0	0
ORG	2	6	3	1	0	1	4	1
POD	2	5	3	0	0	0	0	1
RES	0	6	2	1	0	0	0	0
Var2	9	26	13	15	6	10	21	7
ASU	0	0	0	0	0	0	0	0
ASF	2	4	3	0	1	1	1	1
Var3	2	4	3	0	1	1	1	1
MT	1	4	1	1	1	5	4	0
IMT	0	1	1	1	0	2	2	0
SFT	0	1	0	4	0	1	0	0
Var4	1	6	2	6	1	8	6	0
SOC	0	0	0	0	0	0	1	1
EPI	1	3	1	0	1	3	4	1
Var5	1	3	1	0	1	3	5	2
EF+	1	5	1	2	0	1	0	0
EF-	1	1	4	2	1	1	4	2
EQ+	2	0	4	0	1	1	0	0
EQ-	1	0	0	0	4	0	2	0
IT+	0	0	0	0	0	0	0	0
IT-	1	11	3	7	4	3	1	1
POL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var6	6	17	12	11	10	6	7	3
DEM	0	0	0	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI	0	0	0	0	0	0	0	0
EFC	0	1	0	0	0	0	0	0
Var7	0	1	0	0	0	0	0	0
FRE	0	0	0	0	0	0	0	0
CUS	0	0	0	1	0	0	0	0
COM	5	6	6	4	9	3	1	7
PLX	1	2	0	0	0	0	0	0
PTC	0	0	0	0	0	0	0	0
GES	0	0	0	2	0	0	0	0
ETI	0	2	0	0	0	0	0	0
BUG	1	0	1	0	1	0	0	3
Var8	7	10	7	7	10	3	1	10
ITU	0	0	0	3	0	0	0	0
ATD	0	1	0	0	1	1	0	1
SOL	0	0	0	0	0	0	0	0
Var9	0	1	0	3	1	1	0	1
AVA	0	13	4	3	1	2	0	0
Total	26	83	43	46	31	34	41	24

Fonte: elaboração própria.

Apêndice F – Frequência dos códigos por serviço e categoria de análise (continuação)

Código	S3 Central	S4 Central	S5 Central	Tot_Esp	Tot_Ger
BLM	2	0	0	0	6
MS	2	1	0	3	6
Var1	4	1	0	3	12
ASR	9	3	15	5	54
CAS	11	0	10	0	59
NAS	3	1	16	0	29
CR	5	6	0	5	16
ORG	10	1	10	6	45
POD	3	0	1	2	17
RES	2	0	0	1	12
Var2	43	11	52	19	232
ASU	1	0	0	0	1
ASF	8	0	1	0	22
Var3	9	0	1	0	23
MT	7	1	4	0	29
IMT	7	1	0	1	16
SFT	18	2	6	1	33
Var4	32	4	10	2	78
SOC	0	0	0	0	2
EPI	1	0	1	0	16
Var5	1	0	1	0	18
EF+	6	0	1	6	23
EF-	7	0	0	0	23
EQ+	2	0	3	3	16
EQ-	0	0	2	0	9
IT+	1	0	0	0	1
IT-	7	0	0	0	38
POL	0	0	0	0	0
Var6	23	0	6	9	110
DEM	0	0	0	0	0
IDE	0	0	0	2	2
CRI	0	0	0	0	0
EFC	4	0	2	2	9
Var7	4	0	2	4	11
FRE	4	0	0	2	6
CUS	0	0	0	0	1
COM	17	3	7	0	68
PLX	0	0	0	0	3
PTC	17	0	0	5	22
GES	1	0	0	0	3
ETI	0	0	0	4	6
BUG	3	1	0	0	10
Var8	42	4	7	11	119
ITU	0	0	0	0	3
ATD	0	0	0	0	4
SOL	0	0	0	0	0
Var9	0	0	0	0	7
AVA	4	0	1	0	28
Total	162	20	80	48	638

Fonte: elaboração própria.