

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

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

**PALAVRAS-CHAVE:** inovação; regulação de acesso; sistema único de saúde; teoria da inovação em serviços.

**ABSTRACT:** Drawing on the integrative approach of the theory of service innovation, the innovation process to enable the service of access regulation to intensive care units (ARICU) in the Federal District (FD) has been studied considering the service 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. 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 public sector acted as a protagonist of the innovation process and induced innovations in the private sector. Significant improvements were found in the equity of access. Structural and management barriers remain and prevent further advances in the integrality of health care.

**KEYWORDS:** innovation; access regulation; unified health system; theory of innovation in services.

## INTRODUÇÃO

O objetivo geral desta monografia é analisar o processo de inovação na regulação de acesso ao serviço de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) no serviço público de saúde do Distrito Federal (DF). Essa análise é realizada com fundamento na abordagem integradora da teoria da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002).

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

implementadas sobre os serviços abrangidos pela RIUTI e sobre seus objetivos declarados no âmbito do DF.

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 desses estudos se ocuparem principalmente de inovação em firmas com regulação de mercado, tratando o setor público como caudatário e periférico nos processos de inovação (KOCH; HAUKNES, 2005; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008). Além disso, o próprio setor de serviços, comercial ou não, é tratado sob enfoque tecnicista e subordinado (GALLOUJ, 2002).

A maior parte das pesquisas sobre inovação refere-se à indústria de transformação ou usa uma estrutura conceitual nela fundamentada, como reconhece o Manual de Oslo (OCDE, 2005, p. 22). Ainda segundo o manual, suas diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação são voltadas para empresas comerciais. Apesar de concordar que a inovação também é importante para o setor público, o Manual afirma que pouco se sabe sobre inovação em setores não orientados ao mercado.

Do ponto de vista teórico, o setor saúde é objeto de estudo de diversos trabalhos sobre inovação em serviços, pois nele existem complexidades cuja análise permite compreender melhor as variáveis que atuam sobre os processos de inovação. Do ponto de vista da política de saúde, um dos problemas que ganharam relevância na agenda de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) 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. A restrição ao acesso é agravada pela falta de priorização do acesso segundo a necessidade de atendimento, com efeito negativo sobre a equidade do sistema (SANTOS et al., 2008).

A regulação assistencial, na qual se insere a RIUTI, tem sido apresentada (CONASS, 2007) como uma proposta que visa contribuir para a concretização dos princípios de acesso equitativo e atenção integral no SUS brasileiro, bem como alcançar ganhos de eficiência. Consiste na intermediação da oferta e da procura de serviços públicos de saúde por meio de centrais de regulação. A implantação de controles de acesso aos serviços de saúde caracteriza-se como mecanismo

racionalizador, mas sua efetividade está em discussão. Existe, portanto, campo para investigar como se desenvolve o processo de inovação em RIUTI no DF.

Esta monografia pretende lidar com essas questões com base em marco teórico que reconheça o setor público como protagonista do processo de inovação. No âmbito do tema inovação nos serviços públicos, adota-se perspectiva teórica neo-Schumpeteriana e integradora da inovação em serviços para pesquisar o processo de inovação na RIUTI no DF.

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

Os dados foram coletados por meio de pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas. Passaram por análise de conteúdo (BARDIN, 2009), apoiada pelo software Atlas.TI 5.0.

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

## **A REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI**

Esta monografia 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 será essa nossa abordagem. O recorte teórico apresentado, em razão do tema da monografia, aborda o setor público como regulador do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na regulação assistencial.

## **REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

A regulação do acesso à assistência também é chamada de regulação de acesso ou de regulação assistencial (BRASIL, 2008), sendo este último o nome que será usado daqui em diante. Trata-se de conceito que se insere no contexto da regulação em saúde e 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” (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. 348-349) 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. A discussão das finalidades da regulação assistencial é importante para se entender os resultados do processo de inovação na RIUTI sobre elas.

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; FERREIRA, 2004; NASCIMENTO et al., 2009). A regulação assistencial identifica-se especificamente com as finalidades de eficiência, integralidade e equidade.

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

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 necessidades. Cabe esclarecer que, por um lado, nem toda demanda é uma necessidade porque às vezes é gerada pela oferta de serviços. Mesmo nesse caso, a demanda requer respostas. Por outro lado, nem toda necessidade é demandada pela população, mas requer seu enfrentamento (CONASS, 2007).

O acesso é uma relação entre o conjunto de obstáculos 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 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 pesquisa.

O princípio da universalidade é entendido como igualdade de direito ao acesso às ações e serviços de saúde sem barreiras 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, 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 monografia, interessa a conexão entre integralidade e regulação assistencial. Nesse sentido, Giovanella et al. (2006) apresentam um conceito de integralidade que operacionaliza a dimensão da garantia de acesso 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.

## **MARCOS DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

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 Ministério da Saúde já financiava experiências locais de implantação de centrais de marcação de consultas no início da década de 1990. Nesse sentido, em 1991, o Ministério firmou convênio com o Estado de Santa Catarina para implantar a central de marcação de consultas da Grande Florianópolis (LOCKS, 2002).

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 procedimentos de alta complexidade e as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos (BRASIL, 2000). Esse foi o início do movimento federal de regulação assistencial. Em 2001, foi criada a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitassem de assistência hospitalar de alta complexidade em cardiologia, oncologia, ortopedia e neurologia. Esta foi a primeira estrutura federal operacional de regulação (BRASIL, 2001b).

A NOAS/2001 (BRASIL, 2001a) 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, 2001a).

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 urgência, a partir de 2004, o Governo Federal passou a oferecer apoio, inclusive financeiro, para a criação de serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU) em todo o país (BRASIL, 2004b).

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, através 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 esparso na legislação anterior (BRASIL, 2008).

## **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.

O Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b) 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 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 sistema informatizado e os protocolos. O software de regulação funciona através de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. É composto por dois módulos independentes, a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). É acessado em seus diferentes módulos pela unidade solicitante, a Central de Regulação e a unidade executante (BRASIL, 2006a). O Ministério da Saúde 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 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.

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. Contudo, refoge ao escopo desta pesquisa o exame de sua implementação.

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.

## **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 razoável no contexto do país. 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).

Os municípios da RIDE apresentam oferta de serviço de saúde bem pior do que a do DF (PIRES et al., 2010). 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.

No que se refere às UTI, no DF, há 341 leitos disponíveis para o SUS, sendo 62% na rede própria. Cerca de 92% dos leitos de UTI disponíveis para o SUS encontram-se regulados. O Ministério da Saúde (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 Ministério.

## **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 a confusão que havia entre os conceitos de regulação, controle, avaliação e auditoria. 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) (DF, 2007a).

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 implantação da 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 (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, quando constatou que o caso mais grave era o da dermatologia (DF, 2005), definiu quais seriam as unidades de saúde solicitantes e executantes, calculou a capacidade ambulatorial em dermatologia, 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 e tempo de espera para atendimento 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,

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 protocolo clínico e de regulação 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 (SES, 2010).

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. 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 prioridade, segundo o risco (DF, 2006a).

Simultaneamente, o enfermeiro controlador busca a vaga no sistema. Encontrada a vaga, o médico regulador identifica o médico que receberá o paciente e lhe repassa informações sobre as condições do paciente. O médico regulador comunica a alocação de vaga para a unidade solicitante, que chama o SAMU para realizar o transporte.

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

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 2006, 2006a; SES, 2010). 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, havendo previsão apenas de sanções 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 (FERREIRA, 2004; SANTOS; MERHY, 2006).

Apesar de o Manual de Implantação de Complexos Reguladores (BRASIL, 2006b) 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.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A fundamentação teórica desta monografia é a teoria da inovação em serviços, em sua abordagem integradora. 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 monografia é o processo de inovação no acesso a um serviço público, será abordada 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.

Complementarmente, deve-se destacar que a teoria de inovação no setor público, com fundamento em escolas de administração pública, vem se fortalecendo a partir de estudos financiados pela União Europeia. Neste contexto, Koch e Hauknes (2005, p. 9) apresentam uma definição de inovação no setor público que reconhece o caráter contextual da natureza do resultado da inovação: “Inovação é a implementação ou desempenho de uma nova forma específica ou repertório de ação social, implementada deliberadamente por uma entidade no contexto dos objetivos e funcionalidades de suas atividades”.

Essa definição permite caracterizar a 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 definição de inovação no setor público, associada à concepção de inovação como variação nos vetores de características do serviço (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), será usada nesta monografia por permitir melhor operacionalizar a análise do processo de inovação no setor público.

## **INOVAÇÃO EM SERVIÇOS**

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

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

A noção de relação de serviço refere-se a “interações de informação, interações verbais, contatos diretos e trocas interpessoais entre produtores e os beneficiários do serviço” (GADREY, 2001). Essa relação pode ser fraca, limitada exclusivamente à relação de troca (aquisição do bem ou serviço) ou pode ser intensa, presente ao longo de todo o processo produtivo, desde a concepção do produto, caracterizando uma co-produção. Gadrey (2001) associa a intensidade da relação de serviço ao modo pelo qual o cliente aciona o 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 essas duas noções, Gadrey (2001) apresenta sua definição de lógicas de serviço.

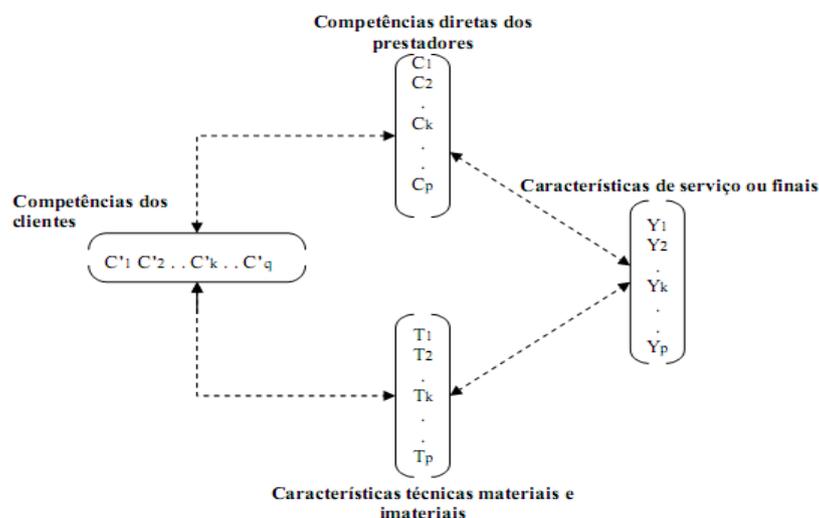
Na lógica de representação humana, o cliente decide usar, ou não, um serviço disponível, no qual o prestador emprega suas capacidades humanas. Na lógica de intervenção solicitada, o cliente solicita a intervenção ativamente, para que o prestador utilize suas competências em seu favor. Na lógica de oferta de competência técnica, um equipamento ou sistema é colocado à disposição do cliente, quer ele o use ou não, para efetuar operação técnica para sua utilidade.

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

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

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

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



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

Essa formulação permite abranger duas das especificidades do setor: a diversidade e o componente relacional dos serviços. O tratamento analítico dessa última ocorre pela incorporação de um vetor de competências dos clientes [C'] 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 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. Essas variações definem seis modos segundo os quais ocorre o processo de inovação (GALLOUJ, 2002).

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

A inovação de melhoria envolve mudança na qualidade das características do produto [Y], por meio de aperfeiçoamentos de componentes do vetor de competências diretas dos prestadores ou de características técnicas. A inovação

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

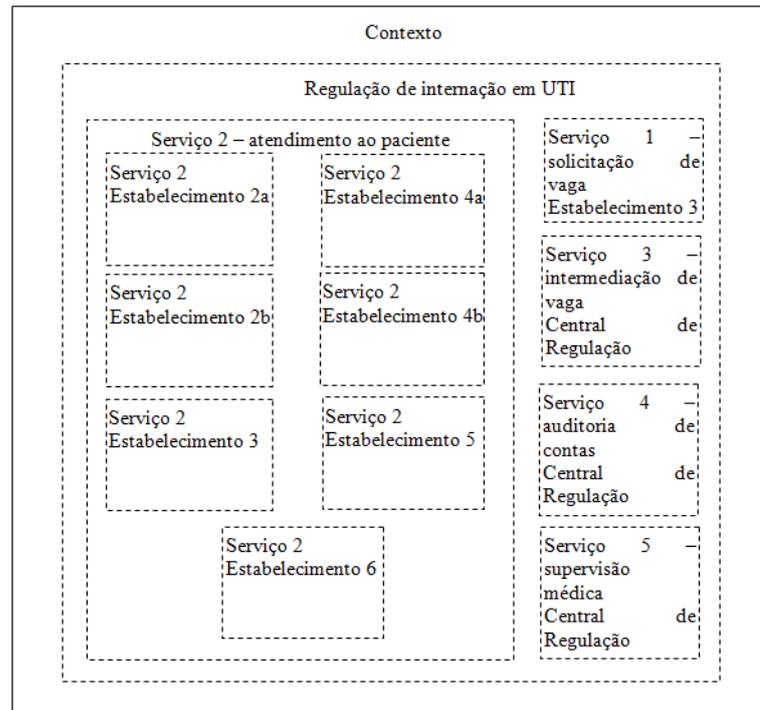
## MÉTODO

Esta pesquisa está registrada 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.

A pesquisa realizada é descritiva e qualitativa. Abrangeu entrevistas com 35 gestores/especialistas da SES/DF, bem como profissionais médicos e não médicos na central de regulação e em três estabelecimentos de saúde públicos e três privados, sobre a dinâmica do processo, as relações entre os atores envolvidos, seus conflitos e expectativas. As 15h e 17 min de áudio das entrevistas foram transcritas em 300 páginas de texto e analisadas por meio de análise de conteúdo (BARDIN, 2009; VALA, 1986), assistida pelo software Atlas TI 5.0. A análise identificou 618 menções, assinaladas pelos 38 códigos do Quadro 1.

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

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



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

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).

Para operacionalizar um plano de análise que abrangesse a multiplicidade de funções observadas e que pudesse ser combinado 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). Os serviços elementares constitutivos identificados nesta monografia são a solicitação de vaga ( $S_1$ ), o atendimento ao paciente ( $S_2$ ), a intermediação de vaga ( $S_3$ ), a auditoria de contas ( $S_4$ ) e a supervisão médica ( $S_5$ ). Esses serviços são as unidades integradas de análise, conforme a figura 2.

O modelo conceitual da pesquisa é a representação do serviço como conjunto de vetores de características (Figura 1). Trata-se da construção mental logicamente organizada que orientou o processo de investigação. Constitui abstração simplificadora da realidade que explicita os conceitos articulados pela abordagem da teoria da inovação de serviços usada nesta monografia. Dessa forma, cada um dos

serviços elementares constituintes (DJELLAL; GALLOUJ, 2005) da RIUTI (Si) pode ser entendido por meio de um conjunto próprio de vetores de características.

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

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

As categorias que serviram para orientar a análise das entrevistas foram definidas com base no marco teórico de inovação em serviços e inovação no setor público, o que garante aderência ao critério de pertinência (BARDIN, 2009, p. 148). Sendo assim, são categorias criadas por critério semântico (BARDIN, 2009, p. 145), pois reúnem temas agrupados por características comuns. De início, foram definidas categorias a priori com base no modelo de representação do produto do serviço em termos de conjunto de vetores de características (GALLOUJ; WEINSTEIN, 1997), que foram enriquecidas por posterior interação entre o material de análise e o marco teórico em leituras sucessivas.

Quadro 1 – Categorias de análise, códigos e respectiva fundamentação teórica

<b>Categorias/Variáveis</b>	<b>Códigos</b>	<b>Fundamentação</b>
Origens da RIUTI	BLM - A implantação da regulação como parte de processo de solução de problema MS - A implantação da regulação como resposta a diretrizes do SUS	Definição de inovação: Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências diretas dos prestadores [C]	ASR - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e reguladores CAS - Desenvolvimento de competências diretas de assistentes e reguladores	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências diretas dos prestadores. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e

	NAS - Não desenvolvimento de competências diretas de assistentes e reguladores CR - Desenvolvimento de competências diretas dos reguladores ORG - Mudanças procedimentais e de organização do serviço POD - Mudança das relações de poder RES - Mudança das relações de responsabilidade	Weinstein (1997).
Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre prestadores e usuários	ASU - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e usuários ASF - Desenvolvimento de novas formas de relacionamento entre assistentes e familiares dos usuários	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências técnicas [T]	MT - Uso de novos equipamentos, materiais e medicamentos IMT - Uso de novos protocolos SFT - Uso de novos softwares	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características técnicas materiais e imateriais. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Mudanças nas competências dos clientes [C']	SOC - Mudança no perfil socioeconômico dos usuários EPI - Mudança no perfil clínico dos usuários	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de competências dos clientes. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).
Resultados do processo de inovação em RIUTI	EF+ -Melhora da eficiência EF- -Piora da eficiência EQ+ -Melhora da equidade de acesso EQ- -Piora da equidade de acesso IT+ -Melhora na integralidade IT- -Piora na integralidade POL -Melhoria no resultado político-eleitoral	Inovação no setor público. Natureza convencional do produto do serviço. Resultado do serviço. Regulação assistencial. Vargas (2006), Gadrey (2001), Windrum e García-Goñi (2008), Santos e Merhy (2006), Brasil(2004a), Ferreira (2006), Nascimento et al. (2009)
Propulsores da implantação da RIUTI	DEM - Mudanças demográficas IDE - Impulso de base política ou ideológica CRI - Impulso em resposta a eventos críticos EFC - Impulso para aumento de eficiência	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005).
Obstáculos da implantação da RIUTI	FRE - Falta de recursos para implementar CUS - Custos crescentes após a implantação COM - Problemas de comunicação e entendimento comum PLX - Tamanho e complexidade das organizações públicas PTC - Resistência de grupos políticos e de grupos de interesse GES - Insuficiente capacidade de gestão ETI - Problemas éticos da operação do serviço BUG - Problemas causados por deficiência do software	Propulsores e obstáculos ao processo de inovação no setor público. Djellal e Gallouj (2008), Windrum e García-Goñi (2008), Koch e Hauknes (2005).
Mudanças nas características finais do serviço [Y]	ITU - Mudanças nas características do serviço de intermediação ATD - Mudanças nas características do serviço assistencial SOL - Mudanças nas características do serviço de solicitação de vaga	Abordagem integradora da inovação em serviços. Representação vetorial do produto dos serviços. Vetor de características finais. Gallouj (2002), Gadrey (2001), Gallouj e Weinstein (1997).

Fonte: elaboração do autor, com base na fundamentação teórica.

A regra de enumeração das unidades de registro foi a da presença (ou ausência). Foi criado um código específico (NAS) para assinalar falas que negaram

a ocorrência de desenvolvimento de competências diretas dos assistentes porque se entendeu que esse código facilitaria identificar diferenças no grau de mudança no vetor de competências diretas entre os profissionais da regulação. Dúvidas sobre a codificação de temas ou mesmo sobre sua categorização foram dirimidas pela observação do contexto no qual a fala se inseria e da ênfase aplicada pelo entrevistado.

## A EFETIVAÇÃO DA RIUTI NO DF

Nesta seção os resultados serão apresentados e discutidos em confronto com a abordagem integradora da teoria da inovação em serviços, considerando o estudo de caso único integrado, representado pela RIUTI no DF. A discussão terá por base os resultados sintetizados nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2 – 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 do autor, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

Sintetizando os resultados da pesquisa, o Quadro 2 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 3, 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 2), 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 3). Esse é o modo mais significativo de inovação, pois representa a criação de novos serviços no sistema de saúde do DF.

Quadro 3 – 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 do autor, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

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 2 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 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 todos os serviços elementares, independentemente do tipo de estabelecimento prestador de serviço, exceto a auditoria de contas (S4), que não usa o sistema de regulação. 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). 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 ilumina outra face do processo de inovação na economia, na qual o setor público atua como protagonista, induzindo inovação no setor privado (KOCH; HAUKNES, 2005). Essa é a situação contrária à destacada na literatura de inovação de abordagem tecnicista (GALLOUJ, 2002), na qual a indústria de transformação é protagonista e o setor público é coadjuvante.

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 o 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 com relação de serviço fraca (GADREY, 2001). Diferentemente, 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 pessoal, 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 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 e 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.

A intermediação de vaga (S3) é o serviço no qual existe maior interatividade entre prestadores e usuários. Neste serviço, ocorrem interações verbais e de informação, sem contato pessoal, mas por telefone e por meio do sistema eletrônico, entre médicos reguladores, que são os prestadores, e os médicos solicitantes e

executores, que são os usuários. 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 hospitais da rede tem o potencial de reduzir a interação entre prestadores e usuários, 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.

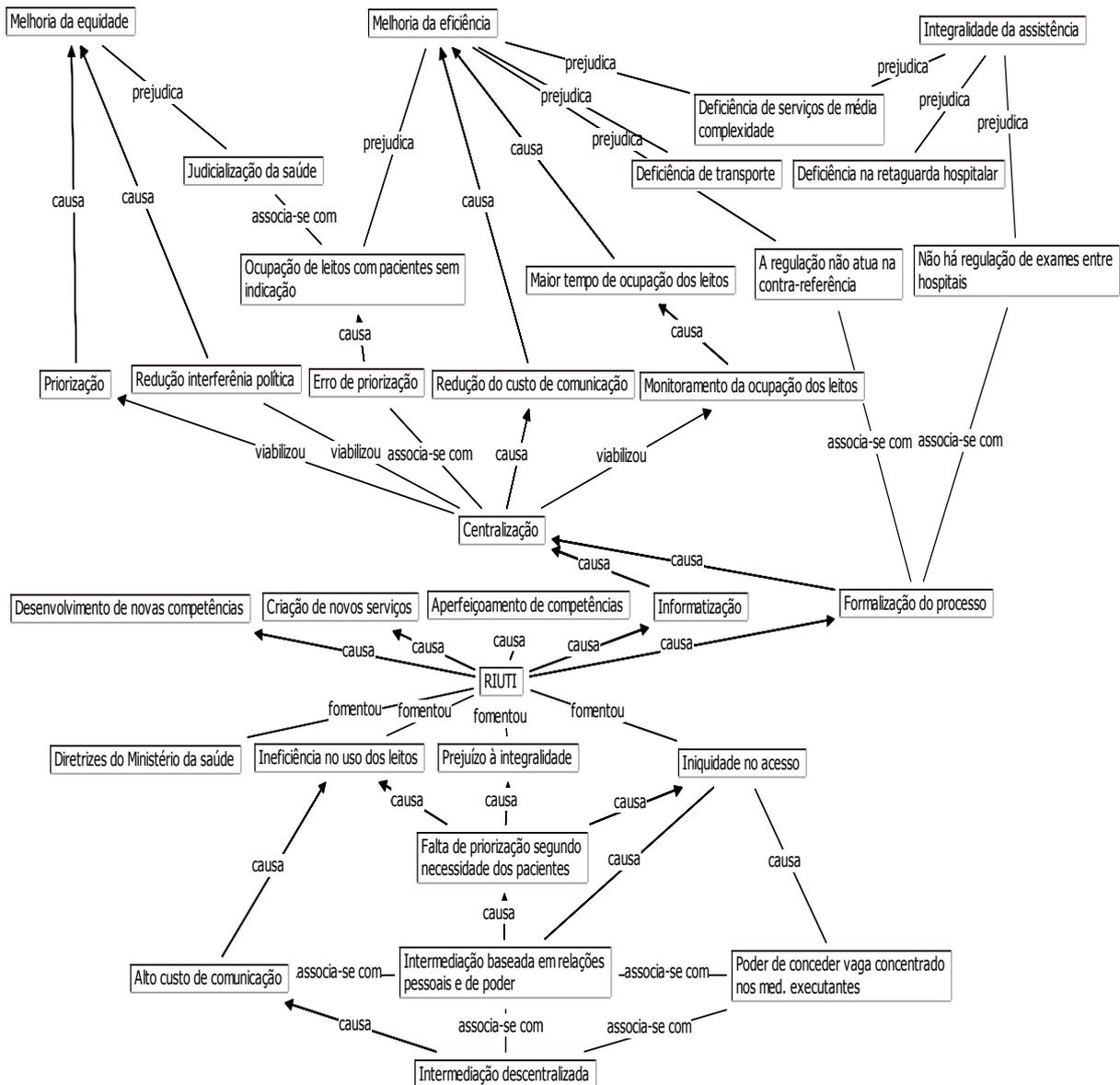
A análise da coluna “operação de serviços” do Quadro 17 permite afirmar que a RIUTI é um serviço de operações predominantemente informacionais (GALLOUJ, 2002). Os serviços S1, S3, S4 e S5 referem-se a atividades executadas sobre dados codificados, por meio do sistema eletrônico de regulação (S1, S3 e 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, nem sempre no sentido de aperfeiçoamento, conforme retratado na Figura 3.

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 já foram descritos, mas cabe aqui uma síntese que una os muitos elementos das falas dos entrevistados e que explique a Figura 3 como um modelo empírico da origem, implantação e efeitos da RIUTI no DF.

Figura 3 – O processo de inovação em RIUTI no DF



Fonte: elaboração do autor, com base na análise de conteúdo das entrevistas.

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 3, 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 interações em UTI e a contratação de software próprio de regulação.

A partir da base da figura 3, 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 3: 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 3 estão representados os 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 3 faz uma conexão entre a análise do processo de inovação na RIUTI no DF e a política de saúde local, representada por fatores que estavam na origem ou motivação da implantação da RIUTI e posteriormente nos seus resultados para o sistema de saúde.

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

Interpretados por meio da abordagem integradora da inovação em serviços (GALLOUJ, 2002), os estudos de caso 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. 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.

Para os gestores, esta pesquisa oferece uma descrição da percepção dos agentes envolvidos na regulação, tanto nos serviços de atendimento direto ao cidadão quanto nos serviços de suporte, nas esferas privada e pública. Apesar de não ter sido objetivo específico da pesquisa, há relatos sobre a qualidade dos diferentes serviços, bem como sobre obstáculos estruturais e de gestão à perseguição dos objetivos doutrinários do SUS. Os gestores podem usar esta pesquisa como subsídio ao processo de tomada de decisão sobre quais providências são urgentes e 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 al. (2002). Há indicações de que a solução ou redução do problema passa pelo aprofundamento do processo de regulação para os demais procedimentos ambulatoriais e hospitalares, pelo aperfeiçoamento do sistema de transporte, pela expansão da produção e da estrutura dos serviços de média complexidade.

A pesquisa suscitou questões que podem ser objeto de investigação em outros estudos. A RIUTI está inserida na regulação assistencial, que no DF vem sendo implantada se 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 indica que ganhos de qualidade e produtividade no setor têm grande potencial de impactar significativamente a

garantia do direito à saúde da população e a economia local, com reflexos sobre sua área de influência regional na 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 os resultados dos processos de inovação no setor com regulação de mercado, 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, cabe destacar que pesquisas que incorporem referencial teórico que abranja as relações de poder no setor público poderiam enriquecer a compreensão do fenômeno da inovação no setor público e possivelmente contribuir para a formulação de teorias localizadas sobre inovação, a exemplo dos estudos de Koch e Hauknes (2005) e de Windrum e García-Goñi (2008).

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (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. *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, 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3496.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3496.htm)>. Acesso em: 15 abr 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 (NOAS/2001)*. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001*. Brasília, 2001b. Institui a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Disponível em: <[sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM\\_P2.309\\_01informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P2.309_01informes.doc)>. Acesso em: 15 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002 (NOAS/2002)*. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4>>. Acesso em: 21 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10633.htm)>. Acesso em: 21 out. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002*. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Brasília, 2002c. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2004a.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5055.htm)>. Acesso em: 17 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sisreg III: Manual do Operador Regulador. Brasília, 2006a. Disponível em: <[www.saude.al.gov.br/files/manual-operador-regulador](http://www.saude.al.gov.br/files/manual-operador-regulador)>. Acesso em: 10 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Mais Saúde: direito de todos 2008-2011. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

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.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Regulação em Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: Conass, 2007.

DISTRITO FEDERAL (DF). *Portaria nº 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](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/default_ctd.cfm)>. Acesso em: 21 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. *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.

\_\_\_\_\_. *Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal*. Brasília, 2007b. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr\\_completo\\_df.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_completo_df.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2010.

\_\_\_\_\_. *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.

\_\_\_\_\_. *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.

\_\_\_\_\_. *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](http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8548)>. Acesso em: 13 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. *Ordem de Serviço Conjunta SUPLAN/SAS nº 6, de 12/09/2005*. Institui a regulação em dermatologia. Brasília, 2005. Disponível em: <[www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20serviço%20nº06.pdf](http://www.saude.df.gov.br/sites/.../ordem%20de%20serviço%20nº06.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. *Cartilha de Regulação Assistencial*. Brasília: SES/DF, 2004.

DJELLAL, F.; GALLOUJ, F. Mapping innovation dynamics in hospitals. *Research Policy*, n. 34, p. 817-835, 2005.

\_\_\_\_\_. Survey of research on health sector innovation. In: WINDRUM, P.; KOCH, P. (Orgs.). *Entrepreneurship, Criativity and Management*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2008.

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.

FERREIRA, Ana S. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*, n. 39, v. 171, p. 313-337, 2004.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In Salerno, M.S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac São Paulo, 2001.

GALLOUJ, Faiz. *Innovation in the Service Economy: the new wealth of nations*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2002.

GALLOUJ, Faiz; WEINSTEIN, Olivier. Innovation in Services. *Research Policy*, n. 26, p. 537-556, 1997.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M.; CUNHA, E.M. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002

IBANHES, Lauro C.; HEIMANN, Luisa S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, Roberta C.; PESSOTO, Umberto C.; CORTIZO, Carlos T.; CASTRO, Iracema E. N.; ROCHA, Jucilene L.; KAYANO, Jorge; LUIZ, Olinda C.; BARBOZA, Renato; TELES JR., 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). Estimativas de População para 1º de julho de 2009. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, DF, 14 ago. 2009.

KOCH, P.; HAUKNES, J. *Innovation in the Public Sector*. Publin Report n. D20. Oslo: NIFU STEP, 2005.

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.

NASCIMENTO, Adail A. M.; DAMASCENO, Ana K.; SILVA, Maria J.; SALES DA SILVA, Maria V.S.; FEITOSA, Aline R. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. *Cogitare Enfermagem*, n. 14, v. 2, p. 346-352, 2009.

NELSON, R.; WINTER, S. *Uma Teoria Evolucionária da Mudança Econômica*. Campinas: Unicamp, 2005.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Manual de Oslo*. 3ª ed. Brasília: FINEP, 2005.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1009-1019.

SANTOS, Fausto P.; MERHY, Emerson E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro - uma revisão. *Interface* (Botucatu), n. 10, v. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, 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*, Niterói, RJ, Brasil, 2005.

SCHUMPETER, J. *A Teoria do desenvolvimento econômico*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Economistas), 1982.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). Protocolos Assistenciais. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 10 maio 2010.

SISSON, M. C. 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, L. 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, UFRGS, Porto Alegre, 2006.

WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy*, n. 37, p. 649-672, 2008.

YIN, Robert. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010.