



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

LUCIANA BEZERRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES
PERNAMBUCANAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
(UPAE) TIPO II, 2016**

RECIFE

2017

LUCIANA BEZERRA DA SILVA

**Avaliação do Desempenho das Unidades Pernambucanas de
Atenção Especializada (UPAE) Tipo II, 2016**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira - IMIP como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em
Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientador: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa

Coorientador: Monik Silva Duarte

RECIFE

2017

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

S586a Silva, Luciana Bezerra da

Avaliação do desempenho das unidades pernambucanas de atenção especializada (UPAE) tipo II, 2016 / Luciana Bezerra da Silva. Orientadora: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa; Coorientadora: Monik Silva Duarte. – Recife : Do Autor, 2017.

83 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2017.

1. Avaliação de programas e projetos de saúde. 2. Pesquisa sobre serviços de saúde. 3. Assistência ambulatorial. I. Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva, Orientadora. II. Duarte, Monik Silva, Coorientadora. III. Título

CDD 614.068

LUCIANA BEZERRA DA SILVA

**Avaliação do Desempenho das Unidades Pernambucanas de
Atenção Especializada (UPAE) Tipo II, 2016**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: ___ de _____ de 2017

BANCA EXAMINADORA

Dr. Fernando Castim Pimentel - UFPE

Dra. Isabella Samico - IMIP

Dra. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa - IMIP

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e mais importante agradecimento à Deus por seu infinito amor e maravilhosa graça, que sempre trilhou meus passos de maneira tão perfeita e permitiu que mais essa etapa em minha vida fosse concluída.

À minha amada mãe, por tanta dedicação, ensinamentos, compreensão, pelo exemplo de vida como mulher batalhadora e, sobretudo, pelo amor.

Agradeço à minha família e aos meus amigos pela força nas horas mais difíceis e compreensão da minha ausência em momentos especiais.

Às minhas queridas e amadas irmãs, em especial à minha eterna professora e exemplo de profissional Beta, e meu cunhado Luciano, que apesar dos momentos mais difíceis que passamos neste último ano, me inspiraram e mostraram que é necessário ter muita força e esperança.

A meu companheiro, meu amigo, que esteve comigo em todas etapas dessa caminhada. Obrigada pela compreensão, pelo carinho, sugestões, paciência!!

À turma do Mestrado, pelos incentivos nas aulas e por aprender muito com as vivências e experiências. Em especial às minhas queridas “50 reais”, pelo carinho especial que sinto por todas. Vocês terão um lugar para sempre em meu coração. Nossas risadas foram as melhores. Obrigada pelos estímulos, torcidas fervorosas e por partilharmos sempre as dúvidas, ansiedades, descobertas, angústias, em todas as horas.

Obrigada aos nossos queridos mestres, e toda equipe do IMIP, sem os quais não teríamos conseguido cumprir todas as etapas! Obrigada em especial aos mestres e meus queridos, Isabella Samico (Bela) e Paulo Frias (Paulinho), pelas orientações, especificamente nas aulas de SEMP, que me guiaram e ajudaram a percorrer todo o caminho.

À minha orientadora Juliana Martins, pela dedicação, apoio, confiança, paciência e atenção durante todo o percurso deste trabalho, doando muito do vosso tempo e acreditando no meu crescimento profissional e desejo de realizar o presente estudo. Obrigada à minha coorientadora, Monik, pelo apoio e palavras de incentivo.

Obrigada minha amiga Ada por me emprestar o principal equipamento de trabalho e pelas muitas mensagens de apoio.

Ao pessoal da SES e aos colegas de trabalho da DGMMAS, pela ajuda na coleta de dados, por ter cedido o seu tempo e pelas informações prestadas e à equipe das UPAE por me receberem tão bem.

E ainda a todos que de alguma forma participaram e partilharam comigo esse sonho que hoje se torna realidade.

RESUMO

Introdução: O freqüente diagnóstico de vazio assistencial na rede de Atenção de Média Complexidade - AMC e com a necessidade de expandir a rede de atenção especializada, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco implantou as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE). Considerando a recente implantação dessas unidades na rede de atenção à saúde do estado e a contribuição dos estudos avaliativos para melhoria dos sistemas de saúde, justifica-se a realização do presente estudo. **Objetivo:** Avaliar o desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada tipo II, no ano de 2016. **Método:** Foi realizado um estudo de avaliação de desempenho das UPAE com base no modelo multidimensional *Balanced Scorecard BSC*. O estudo foi realizado em três UPAE (Caruaru, Garanhuns e Petrolina), executado nas seguintes etapas: elaboração do modelo lógico, adaptação das dimensões do modelo às perspectivas (financeiro, cliente, processos internos e aprendizado e crescimento) do *BSC*. Elaboração da matriz de medidas e julgamento, a partir desses instrumentos, na qual foram relacionados os resultados encontrados. Realizou-se oficina de validação desses instrumentos com especialistas. Os resultados foram analisados e julgados com base na classificação do desempenho, utilizando os *scores*: desempenho excelente ($\geq 75\%$), desempenho satisfatório (de 74-50%), desempenho insatisfatório (de 49-25%) e desempenho crítico ($< 25\%$). **Resultados:** Identificou-se desempenho excelente nas UPAE Caruaru (79,5%), Garanhuns (80,5%), e Petrolina (88,2%). Quanto às perspectivas, foram encontrados melhor desempenho para cliente (100%), seguido dos processos internos (88,5%), financeiro (71,5%) e aprendizado e crescimento (65%). **Conclusão:** As UPAE possuem ferramentas e insumos (físico, humanos, equipamentos) necessários à prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde, necessitando aprimorar alguns indicadores financeiros, de processos internos e aprendizado e crescimento. Espera-se que este estudo possa colaborar na tomada de decisão pela gestão das UPAE. Reconhecido os nós críticos, estes se tornam desafios a serem superados, estimulando a constante melhoria do desempenho.

Palavras-chave: Avaliação de programas e projetos de saúde; Pesquisa sobre serviços de saúde; Assistência ambulatorial; Desempenho.

ABSTRACT

Introduction: The frequent diagnosis of care gap in the network of average attention complexity and the need to expand the network specialized care, the State Department of Health of Pernambuco implemented the Pernambuco Specialized Attention Unit (UPAE). Considering the recent implementation of these units in the health care network of the state and the contribution of evaluative studies to improve health systems, the present study is justified. **Objective:** Evaluate the performance of UPAE type II, in the year 2016. **Method:** A study was carried out evaluating the performance of UPAE based on the multidimensional model Balanced scorecard – BSC. The study was conducted in three, performed in the following steps: logical model elaboration, adaptation of the dimensions of the model to the (financial, client, internal processes, learning and growth) of the BSC. Preparation of the matrix of measures and judgment, from these instruments, in which the results were related. A validation workshop was carried out with specialists. The results were analyzed and judged based on the performance classification, using the scores: excellent performance ($\geq 75\%$), satisfactory performance (74-50%), unsatisfactory performance (49-25%), and critical performance ($< 25\%$). **Results:** Excellent performance was identified of the UPAE Caruaru (79,5%), Garanhuns (80,5%), and Petrolina (88,2%). Regarding the prospects, were found to perform better for client (100%), followed by internal processes (88,5%), financial (71,5%) and learning and growth (65%). **Conclusion:** The UPAE have tools and inputs (physical, human, equipment) necessary to provide services to the users of the single health system, need to improve some financial indicators, internal processes and learning and growth. It is hoped that this study will contribute to the decision making by the management of the UPAE. Recognized critical nodes these become challenges to be overcome, stimulating the constant improvement of performance.

Keywords: Program Evaluation; Health Services Research; Ambulatory Care; Performance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMC – Atenção de Média Complexidade

APS – Atenção Primária à Saúde

BSC – *Balanced Scorecard*

DEA - *Data Envelopment Analysis*

FAV – Fundação Altino Ventura

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MS – Ministério da Saúde

OS – Organizações Sociais

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDRAE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado

PNQ – Prêmio Nacional de Qualidade

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UPAE – Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Definições das perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> _____	27
Quadro 2. Distribuição dos municípios de referência por Unidade Pernambucana de Atenção Especializada, tipo II. Pernambuco, 2011 _____	33
Quadro 3. Matriz de Medidas e Julgamento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, 2016 _____	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Produção Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Brasil e Pernambuco segundo local de atendimento, 2010 a 2015 _____	18
Tabela 2. Avaliação do desempenho da Perspectiva Financeira, UP AE tipo II, Pernambuco, 2016 _____	44
Tabela 3. Avaliação do desempenho da Perspectiva Processos Internos, UP AE tipo II, Pernambuco, 2016 _____	46
Tabela 4. Avaliação do desempenho da Perspectiva Aprendizado e Crescimento, UP AE tipo II, Pernambuco, 2016 _____	48
Tabela 5. Avaliação do desempenho da Perspectiva Cliente, UP AE tipo II, Pernambuco, 2016 _____	48
Tabela 6. Avaliação do desempenho da UP AE tipo II segundo perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> , Pernambuco, 2016 _____	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à Saúde	16
Figura 2. Distribuição das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, de acordo com o tipo. Pernambuco, 2016.	22
Figura 3. Fluxo Assistencial da Rede de Atenção à Saúde de Pernambuco	23
Figura 4. Estrutura do <i>Balanced Scorecard</i>	28
Figura 5. Modelo lógico simplificado da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada. Pernambuco, 2016	36
Figura 6. Modelo integrador das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, adaptado ao Modelo <i>Balanced Scorecard</i>	37
Figura 7. Desempenho por UPAE de acordo com as perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> . Pernambuco, 2016	50
Figura 8. Análise relacional das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. Pernambuco, 2016	51

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Redes de Atenção à Saúde	13
1.1.1 A Atenção Ambulatorial Especializada da Rede de Atenção à Saúde	17
1.1.2 Implantação e Integração da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada na Rede de Atenção Ambulatorial Especializada.....	21
1.1.3 Gerenciamento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE.....	23
1.2 Avaliação de Programas e serviços de saúde	25
2. JUSTIFICATIVA	30
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2. Objetivos Específicos.....	31
4. MÉTODOS	32
4.1 Desenho do Estudo	32
4.2. Local de Estudo.....	32
4.3. Sujeitos do Estudo.....	33
4.4 Período do Estudo.....	34
4.5 Elaboração do Modelo Lógico	34
4.6.Adaptação das Dimensões do Modelo <i>Balanced Scorecard</i>	37
4.7 Elaboração da Matriz de Medidas e Julgamento	38
4.8 Fontes e Instrumentos para Coleta de Dados.....	40
4.9 Análise dos Dados	40
4.10 Aspectos Éticos	41
4.11 Limitações do Estudo	42
5. RESULTADOS	43
5.1 Perspectiva Financeira	43
5.2 Perspectiva Processos Internos.....	44
5.3 Perspectiva Aprendizado e Crasecimento.....	46
5.4 Perspectiva Cliente	48
5.5 Avaliação do Desempenho Global da UPAE	49

5.6 Análise Relacional	50
6. DISCUSSÃO	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
8. REFERÊNCIAS	61
9. APÊNDICES	69
Apêndice A – Relatório de Visita <i>In Loco</i>	69
Apêndice B – Instrumento de Coleta (questionário Estruturado)	71
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
Apêndice D – Modelo Lógico das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada. Pernambuco, 2016.	77
Apêndice E – Matriz de Medidas e Julgamento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, 2016.....	80
10. ANEXOS	82
Anexo 1 – Documento de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisas do IMIP	82

1. INTRODUÇÃO

1.1 Redes de Atenção à Saúde

Os sistemas de saúde resultam de uma interação entre fatores históricos, políticos, econômicos e culturais de cada sociedade. Dessa forma, o conceito desses compreendem análises de vida e saúde de determinada população¹.

Esses sistemas constituem respostas, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares².

No Brasil, o conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada. O sistema passa a ser reconhecido como um direito de todos, com os principais princípios da universalidade do acesso, da equidade no atendimento e da integralidade da assistência³.

Vários esforços foram empreendidos em pesquisas, quando analisados os sistemas de saúde de outros países, como em Silva Neto⁴, identificou que no Brasil e no Peru os estabelecimentos públicos prestam serviços exclusivamente para o setor público. Na Colômbia, por sua vez, tanto os estabelecimentos públicos quanto os privados atuam como prestadores de serviços para as operadoras privadas do seguro social em saúde, que são responsáveis pela assistência. Perez⁵ traça um paralelo entre os sistemas de saúde da Bolívia e Venezuela, mostrando que ambos são mistos (público e privado), com um sistema previdenciário forte. Ambos também buscam ampliar o acesso ao programa de saúde comunitária e aprovaram novas constituições com artigos

que colocaram a saúde como um direito, enfatizando a criação de sistemas universais de saúde. Já Mello⁶ verificou que em termos de financiamento, estrutura ou de cobertura, a distância que separa o sistema de saúde brasileiro e boliviano é evidente. Ao lado do destaque de que o Brasil possui um sistema de saúde público e universal há mais de duas décadas, o sistema boliviano é recente e ainda em via de se estruturar.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, tendem a ser aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população⁷.

A partir desse modelo fragmentado surge a importância da implantação das RAS, que são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico, e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Encontra-se materializada por meio de Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, a qual estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS².

A integração dos serviços de saúde refere-se à necessidade de se ofertar uma gama de serviços para determinada população em determinado território e sob uma única gestão, a fim de garantir a continuidade do cuidado durante todo o ciclo de uma condição ou doença. Integração também refere-se aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão que integra esses níveis e os diferentes serviços².

Em âmbito internacional, estudo da implementação das redes assistenciais de saúde no Chile avaliou que a maioria dos entrevistados aprovavam o modelo em rede, percebendo que existe maior comunicação entre as várias instalações de saúde. Para os entrevistados com cargos de gestão, a implementação do modelo de gestão em redes de saúde contribuiu para uma maior integração e coordenação com outros níveis de

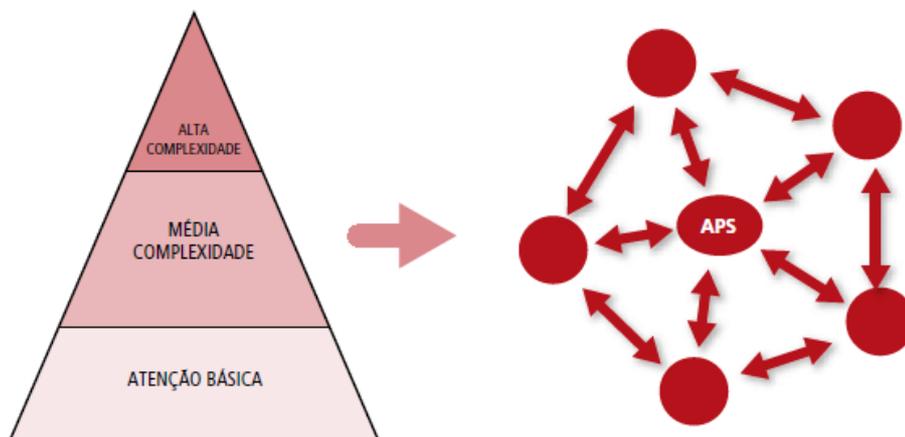
complexidade, especialmente cuidados de saúde primária. Nesse país, a implementação de mudanças organizacionais tem sido percebida como uma oportunidade de melhorar a coordenação e a continuidade da prestação de serviços de saúde, no entanto, ainda existem lacunas de integração entre os serviços⁸.

Na experiência cubana e com base em um projeto de sistema de saúde em rede, a fragmentação tem sido associada a dificuldades no acesso oportuno aos serviços, oferecendo serviços de qualidade técnica questionável, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis. Entre as causas da fragmentação no ambiente da saúde cubana pode-se citar a falha nos sistemas de referência e contrarreferência e as dificuldades com a condução das informações do paciente por meio do sistema de atendimento à saúde⁹.

A constituição da rede dá-se por meio de intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e pela produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. Nesse processo, estão envolvidas instituições, projetos e pessoas que se articulam, conectam e constroem vínculos¹⁰.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, destaca-se o modelo de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e grau de importância entre os diferentes níveis. No sistema público brasileiro os níveis de atenção organizam-se em Atenção Primária à Saúde – APS, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade. Essa concepção de rede hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais, conforme mostra figura 1.⁷

Figura 1. Sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à Saúde.



Fonte: MENDES,2011

Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala; disponibilidade de recursos; qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção⁷.

Portanto, mudar o modelo da atenção para enfrentar o aumento das condições crônicas, fortalecer e tornar a APS ordenadora do sistema, instrumentalizar as equipes estaduais para exercer o papel de indutora desse novo modelo são elementos fundamentais para a consolidação das RAS².

1.1.1 A Atenção Ambulatorial Especializada da Rede de Atenção à Saúde

De acordo com os Art. 13 e 14, da Portaria Nº483/GM/MS, a atenção especializada constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. O subcomponente ambulatorial especializado da atenção especializada constitui um conjunto de ações e serviços eletivos de média e alta densidade tecnológica, com a finalidade de propiciar a continuidade do cuidado¹¹.

Para delimitar o campo da chamada atenção especializada, existe um recorte dado pela modalidade ou nível assistencial, exemplificado pelas áreas da Atenção de Média Complexidade - AMC (serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico), alta complexidade (de diagnose e terapia e atenção hospitalar), e de urgência/emergência (que se insere e se articula com todos os níveis de atenção)¹².

Os serviços ambulatoriais especializados recebem diferentes denominações: ambulatório de especialidades médicas, núcleo de especialidades da saúde, centro de referência especializada, dentre outros, de acordo com o momento histórico e as estratégias de comunicação social adotadas pelos gestores públicos¹².

A AMC é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Essas ações não

são realizadas em todos os municípios porque implicam um uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala¹².

Em 2014, no Brasil, a produção ambulatorial especializada no SUS superou a marca de quatro bilhões de procedimentos, com o aumento da oferta em mais de 22,2% nos últimos seis anos, se compararmos com a produção de 2010. Em Pernambuco, no ano de 2015, o número de procedimentos chegou a mais de cento e setenta milhões, aumentando a oferta em 38,5% nos últimos seis anos, se compararmos com a produção de 2010, conforme informações do Sistema de Informações Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Produção Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Brasil e Pernambuco segundo local de atendimento, 2010 a 2015

	BRASIL		% de Aumento (Qtd Aprovada)	PERNAMBUCO		% de Aumento (Qtd Aprovada)
	QTD APROVADA	VALOR APROVADO		QTD APROVADA	VALOR APROVADO	
2010	3.363.761.138	14.797.584.103,94	-	125.438.196	610.543.255,71	-
2011	3.578.193.153	15.267.455.967,73	6,30%	139.930.173	666.055.197,13	11,50%
2012	3.684.394.148	15.748.950.648,87	2,90%	140.446.741	722.101.085,00	0,30%
2013	3.797.916.707	16.172.485.492,04	3,00%	149.110.827	741.180.441,93	6,10%
2014	4.088.432.326	17.404.587.087,46	7,60%	166.804.052	805.781.652,48	11,80%
2015	4.109.331.801	17.782.194.039,22	0,50%	173.787.155	818.065.815,37	4,10%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

Em estudo realizado por Gouveia et al.¹³ que avaliaram os cuidados de saúde no Brasil a partir da perspectiva do usuário, identificou-se que dos 5.000 entrevistados, 2.388 (69,0%) receberam atendimento ambulatorial, pelo menos uma vez, no ano anterior à entrevista. Destes, 60,0% utilizavam o SUS. De acordo com a avaliação do atendimento ambulatorial, o "tempo de espera para atendimento" apresentou o menor grau de satisfação dos usuários entre todos os aspectos analisados.

Estudo de igual teor foi realizado no estado de Pernambuco, onde identificou-se que dos 591 usuários entrevistados, 87,6% receberam assistência ambulatorial no ano anterior à pesquisa, sendo 73,0% de usuários do Sistema Único de Saúde. Os aspectos do atendimento ambulatorial mal avaliados pelos usuários foram o ‘tempo de espera para ser atendidos’ e a ‘disponibilidade de medicamentos’. Para os aspectos bem avaliados, destacam-se o ‘respeito à intimidade’ e ‘sigilo das informações pessoais’¹⁴.

A partir da perspectiva dos usuários dos serviços de saúde no Brasil, a satisfação com o atendimento está relacionada com a qualidade do tratamento prestado pelos profissionais de saúde, o atendimento recebido, e a solução para o problema de saúde, e, sobretudo, para o acesso aos serviços de saúde e suas instalações¹³.

Quando se buscam pesquisas relevantes em AMC, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a APS e com a atenção hospitalar, sendo fundamental a realização de estudos aprofundados. Nesse sentido, há de se marcar que o campo da média complexidade constitui um gargalo no SUS, caracterizado como vazio assistencial, com organização fragmentada e insuficiência de oferta que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente¹⁵.

A média complexidade constitui-se em um dos pontos de estrangulamento do Sistema de Saúde, com *déficits* no padrão de oferta que resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e oportunidade de utilização dos serviços necessários¹².

Para entender a rede de AMC como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde, deve-se reconhecer que a APS deve ser capilarizada, enquanto que a atenção especializada deve ser, preferencialmente, ofertada de forma hierarquizada e

regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada¹².

Um dos desafios para a efetivação das RAS é o acesso adequado e oportuno aos serviços da Atenção Especializada, que é um dos pontos de atenção das redes. “A falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos de referência e contrarreferência, aliada à precária articulação da regulação da atenção especializada no SUS, são fatores que contribuem para a baixa eficiência deste nível de atenção”¹⁶.

Mendes et al¹⁷ realizaram estudo de corte transversal, com 180 médicos, na pesquisa multicêntrica: “Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina” e verificaram que um baixo percentual de médicos mencionaram estar sempre de acordo com os tratamentos prescritos pelos médicos de outro nível. Apenas 21,3% dos médicos da atenção especializada referiram que sempre consideraram a atenção primária como responsável pelo acompanhamento do paciente em sua trajetória assistencial.

Outro estudo, realizado por Sarinho et al¹⁸ sobre hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial, demonstrou que 67% dos pacientes internados foram atendidos exclusivamente em serviços de urgência, evidenciando que, apesar da importância do acompanhamento preventivo, este se encontra longe de ser uma realidade acessível. Assim, os gastos com internações poderiam ser minimizados se o acesso aos serviços de saúde em nível ambulatorial fosse facilitado. O médico do serviço de urgência encaminhou 53,3% dos pacientes para tratamento preventivo, no entanto, o percentual real de acompanhamento ambulatorial foi de apenas 16%. Mais uma vez, acredita-se que isso é fruto de problemas existentes entre o encaminhamento e as consultas ambulatoriais os quais são possivelmente resultantes da dificuldade de acesso e da carência de serviços ambulatoriais.

1.1.2 Implantação e Integração da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada na Rede de Atenção Ambulatorial Especializada

A partir de identificação de *déficit* de serviços de assistência especializada identificada por análise de série histórica da produção de serviços *versus* demanda reprimida, a SES de Pernambuco planejou a implantação das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada - UPAE, que complementam parte da necessidade de serviços de atenção especializada que compõem as redes de atenção das regiões de saúde do estado¹⁹.

As UPAE são unidades ambulatoriais de alta resolubilidade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas e não médicas, bem como para a realização de procedimentos médicos de média complexidade²⁰.

Elas têm como principais objetivos: ampliar o acesso da população a serviços de média complexidade no âmbito do SUS; fortalecer a rede de assistência entre a atenção primária e a terciária, garantindo a continuidade do serviço entre todos os níveis de orientação e cuidados; oferecer atendimento ambulatorial nas diversas especialidades médicas e procedimentos diagnósticos de média complexidade, como consultas (médicas e não médicas), exames e cirurgias correspondentes; e atender às necessidades regionais, contribuindo para complementar o atendimento do usuário do SUS no estado²⁰.

As unidades têm o seu perfil caracterizado como: **Tipo I**: realização de consultas médicas especializadas e não médicas e exames diagnósticos; estão dentro desta classificação as unidades dos municípios: Limoeiro, Afogados da Ingazeira, Salgueiro, Belo Jardim, Arcoverde e Serra Talhada; e **Tipo II**: realização de consultas médicas especializadas e não médicas e exames diagnósticos, cirurgias ambulatoriais, que estão implantadas nos municípios de Petrolina, Caruaru e Garanhuns, como mostra a Figura 2.¹⁹

Figura 2. Distribuição das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, de acordo com o tipo. Pernambuco, 2016

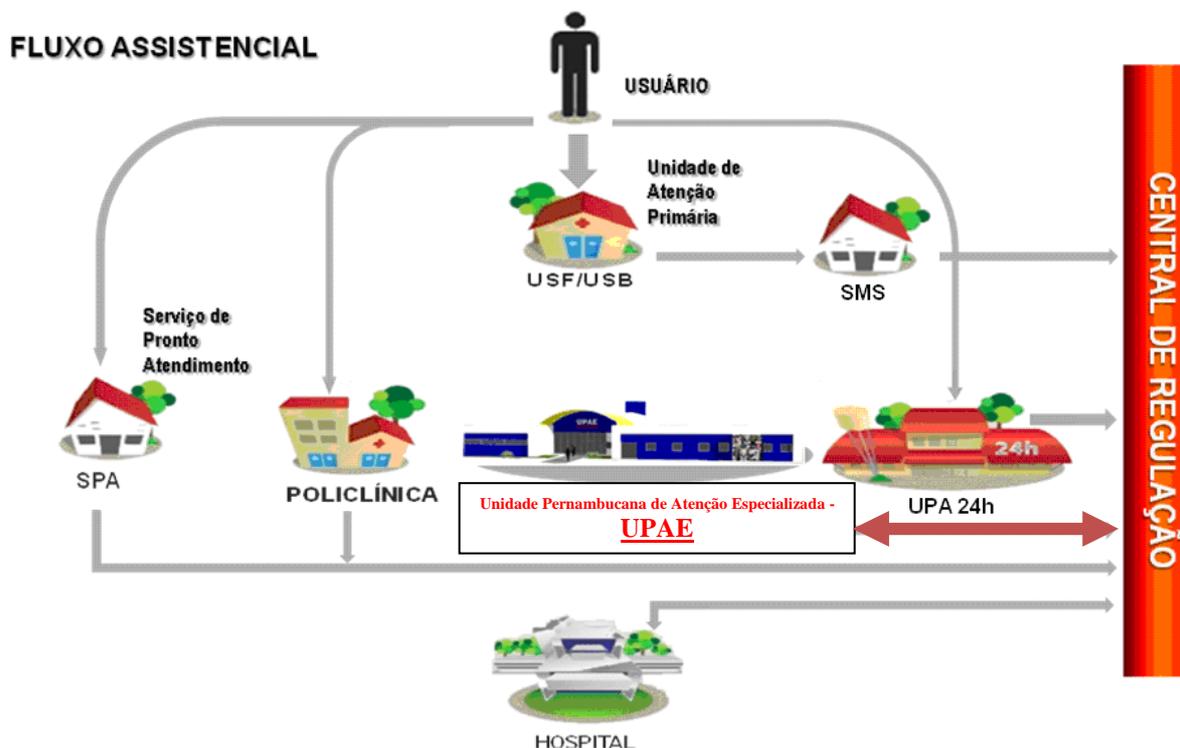


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016

As especialidades médicas atendidas em cada UPAE foram definidas pela SES, de acordo com os parâmetros dispostos na Portaria MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002²¹, do Ministério da Saúde - MS, bem como, com o levantamento das demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das 12 (doze) Regiões de Saúde²⁰.

As UPAE recebem pacientes encaminhados pelo setor de regulação médica, provenientes prioritariamente das unidades de atenção primária ligadas às Secretarias Municipais de Saúde - SMS, como mostra fluxo da rede assistencial de atenção à saúde na Figura 3.²⁰

Figura 3. Fluxo Assistencial da Rede de Atenção à Saúde de Pernambuco



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2014

1.1.3 Gerenciamento das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE

Projetos de Reforma do Estado foram disseminados a partir da década de 1980, nos países desenvolvidos. O Brasil, na década de 1990, assume que o modelo da administração pública vigente não era mais capaz de atender às novas demandas da sociedade e, a partir disso, se propagou um novo paradigma gerencial que trouxe para a gestão pública alguns princípios típicos da gestão privada, como: eficiência, concorrência e produtividade²².

É nessa conjuntura que vários modelos jurídico-institucionais foram utilizados como alternativas à administração direta. No campo da saúde alguns se destacam, em

especial as Organizações Sociais de Saúde - OSS, as Fundações Privadas de Apoio, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Cooperativas²³.

De acordo com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) a Organização Social - OS é caracterizada como entidade de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, e surgiria pela qualificação de pessoas jurídicas de direito privado nas atividades de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde²⁴.

Na área de saúde, o governo do Estado de São Paulo fez a opção de experimentar um novo modelo de gestão para algumas de suas unidades hospitalares, com a implantação de OSS²⁵.

Nesse processo, em Pernambuco, merece destaque a Lei Estadual nº 15.210, de 19/12/2013, que dispõe sobre as OSS no âmbito do estado, que para fins da Lei, sua atuação na área da saúde compreende a promoção gratuita de assistência hospitalar e ambulatorial e as atividades de ensino e pesquisa²⁶.

O gerenciamento das UPAE é realizado por meio das relações entre o Poder Público e as OSS e instrumentalizado por meio de contrato de gestão. Esse atua como instrumento que legitima a transferência do gerenciamento dos serviços, sempre visando à oferta dos serviços, com qualidade e eficiência à população²⁶.

Em Pernambuco, o governo estadual iniciou o repasse da gestão dos serviços de saúde para as OSS em 2009, sendo estabelecido o primeiro contrato de gestão com o Hospital Miguel Arraes. Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde possui 35 unidades sob contrato de gestão com OSS, sendo: 15 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, 10 Hospitais e 10 UPAE²⁷.

De acordo com a visão dos gestores públicos de saúde do Estado de Pernambuco, em estudo de Pacheco²⁸ com a delegação de serviços às OSS, o Estado não perde a importância, mas apenas desloca-se para o papel primordial de coordenação e controle das OSS, estabelecendo as metas para a execução dos serviços. Críticas ao modelo de gestão direta dos serviços públicos têm sido utilizadas como argumento para reforma do aparelho estatal e uma das principais justificativas para a cessão desses serviços às OSS. Por outro lado, os gestores municipais apresentam uma visão mais crítica em relação ao modelo, demonstrando receio quanto ao propósito da operacionalização dos serviços a partir desse arranjo jurídico no sistema de saúde estadual.

1.2 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Para atender aos preceitos de universalidade do acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica do SUS, é necessário decisões difíceis de serem tomadas e é neste contexto que a avaliação parece ser uma alternativa adequada²⁹.

Existe uma grande diversidade nas definições acerca da avaliação, os textos nessa área são marcados pela falta de uniformidade terminológica, sendo ilusório pretender apresentar uma versão universal e absoluta da avaliação. Numa proposta com elementos, que hoje são consensuais, avaliar consiste, fundamentalmente, em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção³⁰.

Ainda de acordo com Champagne et al³⁰ uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Ela pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa, que busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas; e a

pesquisa avaliativa, que por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção.

Dentre as pesquisas avaliativas, têm ganhado destaque as avaliações de desempenho com foco de interesse nos serviços de saúde por buscarem maior eficiência nas atividades desenvolvidas. Sua construção metodológica dependerá da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar, que por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho³¹.

Inicialmente, os modelos para avaliação de desempenho focavam na avaliação de uma única dimensão, os modelos unidimensionais, no qual se destacavam alguns como: modelo de alcance de metas; modelo dos processos internos; modelo de sistema Aberto; modelo de aquisição de recursos; modelo de processo de produção; modelo de relações humanas; modelo zero defeito; e o modelo comparativo³².

Em estudo que investigou na literatura latino-americana os modelos teóricos de avaliação de desempenho de intervenções de saúde, por meio de uma revisão sistemática, verificou-se que, quanto ao tipo de modelo os estudos se ancoraram em modelos unidimensionais (n=4) e multidimensionais (n=2). Quanto ao nível de complexidade, os estudos abarcaram intervenções com diversos graus de complexidade, desde serviços, como hospitais (n=2) e serviços públicos de saúde (atenção primária, pronto atendimento e serviço especializado) (n=1), passando por programas, como vigilância sanitária (n=1) e reabilitação da deglutição (n=1), até sistemas de saúde (n=1).³³

Vários métodos podem ser utilizados com o intuito de estabelecer indicadores de desempenho que possam auxiliar na gestão tática e estratégica. Inúmeras ferramentas são apontadas na literatura para esse tipo de avaliação³⁴, utilizando modelos de

desempenho os quais citamos: modelo sistêmico (estrutura, processo e resultado); *Data Envelopment Analysis – DEA*; *SMART Performance Pyramid*; sistema de medição de desempenho integrado; Prêmio Nacional de Qualidade – PNQ; e *Balanced Scorecard – BSC*. Dentre as metodologias citadas, será detalhada no presente trabalho o BSC.

O BSC traduz uma missão e estratégia de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho e sistema de gerenciamento. Mantém uma ênfase na consecução de objetivos financeiros, como também inclui os fatores de desempenho desses objetivos. O *scorecard* de avaliação mede o desempenho organizacional em quatro perspectivas: financeiros, clientes, processos internos de negócios e aprendizagem e crescimento (Quadro 1).

Quadro 1. Definições das perspectivas do *Balanced Scorecard*

PERSPECTIVA	DEFINIÇÃO
<u>FINANCEIRA</u>	Os objetivos financeiros estão relacionando às ações que precisam ser tomadas em relação às demais perspectivas, para que o desempenho econômico seja alcançado.
<u>PROCESSOS INTERNOS</u>	Constitui-se na análise dos processos internos da organização, incluindo a identificação dos recursos e das capacidades necessárias para elevar o nível interno de qualidade.
<u>APRENDIZADO E CRESCIMENTO</u>	O objetivo desta perspectiva é oferecer a infraestrutura que possibilita treinamento contínuo dos colaboradores e integração interfuncional.
<u>CLIENTE</u>	Esta perspectiva traduz a missão e a estratégia da empresa em objetivos específicos para segmentos focalizados no cliente que podem ser comunicados a toda a organização. Além disso, permite a clara identificação e avaliação das propostas de valor dirigidas a esses segmentos.

Fonte: Kaplan e Norton, 1996

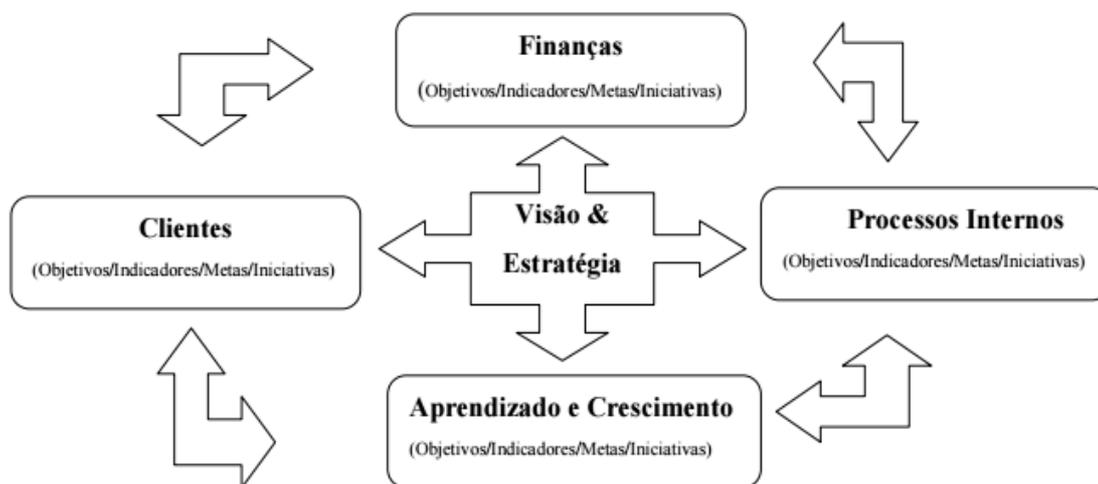
De acordo com Kaplan e Norton³⁵, dentre as perspectivas do BSC, os objetivos financeiros servem de foco para os objetivos e medidas em todas as outras perspectivas do *scorecard*. Todas as medidas selecionadas devem fazer parte de um *link* de relações de causa e efeito que culminam em melhorar o desempenho financeiro. A perspectiva do cliente permite que as empresas alinhem suas principais medidas de atendimento ao cliente – satisfação. Para a perspectiva do processo interno, os gerentes identificam os processos mais críticos para alcançar os objetivos. As empresas tipicamente

desenvolvem seus objetivos e medidas para essa perspectiva após a formulação de objetivos e medidas para as perspectivas financeiras e de clientes. O BSC desenvolve objetivos e medidas para impulsionar a aprendizagem e o crescimento organizacional. Os objetivos no aprendizado e no crescimento proporcionam a infra-estrutura para possibilitar objetivos ambiciosos nas outras três perspectivas.

O BSC permite que as empresas acompanhem os resultados financeiros ao mesmo tempo que monitoram o progresso na construção das capacidades e adquiram os recursos de que precisam para o crescimento futuro.³⁵ De acordo com as perspectivas do modelo que formam a estrutura do BSC existe um equilíbrio entre os vários fatores que possibilitará direcionar os objetivos estratégicos da organização (figura 4).

O modelo BSC trabalha as quatro perspectivas e as interações entre elas chamados de equilíbrios. Entende-se como equilíbrio a dinamicidade que existe entre as perspectivas. Os equilíbrios expressam um estado de movimento contínuo de tensão, equilíbrio de dupla direção que explica o funcionamento do sistema³⁶.

Figura 4. Estrutura do *Balanced Scorecard*



De acordo com os idealizadores, esse método indica que por meio de uma estrutura de *scorecards* multidimensional, é possível descrever, implementar e gerenciar os processos em todos os níveis da organização, convergindo as medidas, os objetivos e iniciativas para a estratégia da intervenção³⁶.

Diversas experiências para avaliar o desempenho utilizando o BSC foram realizadas em âmbito internacional. Como exemplo citam-se o estudo realizado por Matos³⁷ que abordou a problemática de medição de *performance* de um hospital Português; o trabalho desenvolvido por Perotti³⁸ que implementou um *Balanced Scorecard* numa organização de saúde da Itália; o desenvolvido por Maia³⁹ que realiza breve introdução sobre a Gestão Pública e aborda alguns sistemas de controle de gestão usados na saúde e a teoria subjacente ao BSC, além do desenvolvido por Quesado e Macedo⁴⁰ que através de estudo de caso, desenvolveram um esboço de um BSC no Serviço de Urgência de um hospital classificado como Entidade Pública Empresarial de Portugal.

No âmbito nacional, destaca-se o estudo realizado por Pereira⁴¹ que analisou a experiência de uma organização do setor de saúde no Brasil com a implementação do BSC e contou com uma pesquisa bibliográfica relacionando a experiência do Brasil com a experiência de organizações do setor de saúde no exterior.

Diante do exposto, o modelo de avaliação de desempenho do *Balanced Scorecard*, por apresentar-se uma alternativa viável aos sistemas de gestão e possibilidade de aplicação em serviços de saúde, se mostra como uma ferramenta analítica de grande potencial e bastante utilizado para aplicação/implantação nas unidades de saúde. Contudo, para a realização do presente estudo, foram utilizadas apenas as perspectivas como ferramenta para avaliação do desempenho, uma vez que o modelo não foi aplicado nas unidades.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- ✓ A Atenção de Média Complexidade constitui vazios assistenciais que necessita ser superado, para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente;
- ✓ A Atenção de Média Complexidade consiste em uma das áreas menos estudadas nos sistemas de atenção à saúde;
- ✓ O período recente de implantação das UPAE e que as mesmas vêm desempenhando importante papel na estruturação do modelo de atendimento ambulatorial especializado no estado;
- ✓ A contribuição dos estudos de avaliação para melhoria dos serviços e sistemas de saúde;
- ✓ A possibilidade de explorar o modelo *balanced scorecard* como ferramenta de avaliação de desempenho.

O presente estudo pretende:

- ✓ Avaliar o desempenho das UPAE identificando, por meio das perspectivas do *Balanced Scorecard*, potencialidades/fragilidades e subsidiar a tomada de decisões;
- ✓ Proporcionar um método de avaliação que poderá se tornar estratégia de gestão voltada para as ações da UPAE.

Desta forma, a presente pesquisa pretende responder à seguinte pergunta avaliativa:

Qual o desempenho da UPAE – Tipo II na rede de assistência de média complexidade do estado de Pernambuco em 2016?