

# Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II, 2016

*Performance evaluation of the Specialized Attention Units of Pernambuco (Upae) type II, 2016*

Luciana Bezerra da Silva<sup>1</sup>, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa<sup>2</sup>, Monik Silva Duarte<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104201811806

**RESUMO** Avaliou-se o desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae) tipo II nos municípios de Caruaru, Garanhuns e Petrolina em 2016. As unidades têm recente implantação na rede de saúde e foram criadas como estratégia para expansão da média complexidade que historicamente se apresenta como um vazio assistencial no Estado. Utilizou-se o modelo Balanced Scorecard (BSC), que adota as perspectivas financeira, de processos internos, de aprendizado e crescimento, e do usuário. Para tanto, elaborou-se o modelo lógico das Upae, adaptou-se ao BSC e gerou-se a matriz de medidas e julgamento. Classificou-se o desempenho em excelente ( $\geq 75\%$ ), satisfatório (74-50%), insatisfatório (49-25%) e crítico ( $< 25\%$ ). Identificou-se melhor desempenho na Upae Petrolina (88,2%). Quanto às perspectivas, a do usuário mostrou o maior desempenho (100%), enquanto aprendizado e crescimento apresentou o menor desempenho (65%). Destaca-se que as Upae possuem ferramentas e insumos físicos, humanos e de 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.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação de programas e projetos de saúde. Pesquisa sobre serviços de saúde. Assistência ambulatorial.

**ABSTRACT** *The Performance of Specialized Care Units (Upae) type II in the State of Pernambuco, Brazil, was assessed in 2016 as for the cities of Caruaru, Garanhuns and Petrolina. The units have recent been inserted in the health network deployment and were created as a strategy for expansion of medium complexity care, which has historically played a role of care emptiness in the State. The Balanced Scorecard (BSC) model was applied, grounded on its four components of finance, internal processes, learning and growth, and user. For this purpose, the logical model of Upae was created, then adapted to BSC, and followed by de generation of a matrix of measures and assessment. Performance was ranked as excellent ( $\geq 75\%$ ), satisfactory (74-50%), unsatisfactory (49-25%) and critical ( $< 25\%$ ). As for the components, the user showed the highest performance (100%), while learning and growth presented the lowest one (65%). It is worth noting that Upae hold tools and physical, human and equipment resources necessary for the delivery of services to users circumscribed to the Unified Health System, although requiring the improvement of some financial indicators, as those of internal processes and learning and growth.*

**KEYWORDS** *Program evaluation. Health services research. Ambulatory care.*

<sup>1</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9989-9030>  
[lucianabezerra23@gmail.com](mailto:lucianabezerra23@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5809-4156>  
[julimartins.costa@gmail.com](mailto:julimartins.costa@gmail.com)

<sup>3</sup>Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.  
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0093-7082>  
[monik.duarte@yahoo.com.br](mailto:monik.duarte@yahoo.com.br)

## Introdução

Os sistemas de saúde resultam da interação entre fatores históricos, políticos, econômicos e culturais de cada sociedade. Seu conceito compreende análises de vida e saúde de determinada população<sup>1</sup>.

Esses sistemas constituem respostas deliberadamente organizadas às necessidades, demandas e preferências das sociedades, que se mostram, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares<sup>2</sup>.

No Brasil, o conjunto de ações e serviços de saúde constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. O sistema passa a ser reconhecido como um direito de todos, regido pelos princípios da universalidade do acesso, da equidade no atendimento e da integralidade da assistência<sup>3</sup>.

Apesar desses princípios, o SUS ainda possui sistemas fragmentados de atenção à saúde, pois tendem a se organizar 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 atenção contínua à população<sup>4</sup>.

Com o objetivo de superar esse modelo fragmentado, surge a importância da implantação das Redes de Atenção à Saúde, que são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde e objetivam garantir a integralidade do cuidado. A integração refere-se aos diferentes níveis de atenção, que requer uma gestão agregadora desses níveis e dos diferentes serviços<sup>5</sup>.

No sistema público brasileiro, os níveis de atenção organizam-se em Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção de Média Complexidade (AMC) e Atenção de Alta Complexidade. Para delimitar o campo da atenção especializada, existe um recorte exemplificado pelas áreas da AMC, i.e., serviços médicos ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico, de alta complexidade, ou de diagnose e terapia e atenção hospitalar, e de urgência ou emergência, que se insere e

se articula com todos os níveis de atenção<sup>5</sup>.

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<sup>5</sup>.

É necessário que a política da Atenção Especializada seja qualificada não só em termos de ampliação e otimização de oferta, mas também no que diz respeito ao seu modelo de cuidado e de relação em rede<sup>6</sup>.

Estudo avaliativo de corte transversal realizado no estado de Pernambuco em 2005 identificou que 87,6% dos 591 usuários entrevistados receberam assistência ambulatorial, sendo 73,0% deles usuários do SUS. Os aspectos do atendimento ambulatorial mal avaliado pelos usuários foram o ‘tempo de espera para ser atendidos’ e a ‘disponibilidade de medicamentos’. Dentre os aspectos bem avaliados, destacam-se o ‘respeito à intimidade’ e ‘sigilo das informações pessoais’<sup>7</sup>.

Quando se buscam pesquisas relevantes em AMC, encontram-se poucos trabalhos comparativamente com a APS e com a atenção hospitalar. Nesse sentido, há que se marcar que o campo da média complexidade constitui um gargalo no SUS, caracterizado como vazio assistencial, com organização fragmentada e insuficiência de oferta, o que necessita ser superado para que as soluções a ela relativas sejam conduzidas de forma efetiva e eficiente<sup>8</sup>.

Esse cenário é visto também em outros estados brasileiros, como foi observado em estudo na cidade de São Paulo, que, apesar de se constituir na maior e principal metrópole brasileira e concentrar importantes serviços de assistência médico-hospitalar do país, teve sua média complexidade avaliada pelos gestores como sendo o ‘gargalo’, o ‘buraco’ ou, ainda, o grande ‘obstáculo’ do SUS<sup>9</sup>.

A partir de identificação de *deficit* de serviços de assistência especializada por meio

de análise de série histórica da produção de serviços *versus* demanda reprimida, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco planejou a implantação das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae), que suprem parte da necessidade de serviços de atenção especializada componentes das redes de atenção das regiões de saúde do estado<sup>10</sup>.

Tal estratégia de ampliação do acesso à atenção especializada e integração à rede também foi criada pelos governos municipais de Belo Horizonte e Florianópolis, que funcionam como referência para as unidades de atenção básica. Além do aumento da oferta, a descentralização da atenção secundária permitiu maior contato entre generalistas e especialistas, bem como garantia do acesso em tempo mais oportuno<sup>11</sup>.

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 complexidade<sup>10</sup>.

Dentre as pesquisas avaliativas, têm ganhado destaque as avaliações de desempenho que possuem foco de interesse nos serviços de saúde por conseguirem maior eficiência nas atividades desenvolvidas. Na avaliação de desempenho das Upae, o modelo destaca-se pela construção metodológica que embasará a escolha das dimensões e serão objeto da avaliação, utilizando-se da clareza sobre os princípios, objetivos e metas que se quer avaliar<sup>12</sup>.

Nesse contexto, utilizou-se o modelo multidimensional Balanced Scorecard (BSC), que traduz a missão e as estratégias de organizações em um conjunto abrangente de medidas de desempenho e mantém ênfase na consecução de objetivos financeiros, além de incluir os fatores de desempenho desses objetivos. O *scorecard* de avaliação mede o desempenho organizacional em quatro perspectivas: financeiros, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento<sup>13</sup>.

Considerando a recente implantação das Upae e os estudos de avaliação para melhoria dos serviços e sistemas de saúde, este estudo avaliou as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada com o objetivo de determinar seus níveis de desempenho segundo o preconizado pelo BSC.

## Métodos

Realizou-se pesquisa avaliativa do desempenho das Upae tipo II no ano de 2016. O estudo compreendeu três Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada tipo II que prestam consultas médicas especializadas e não médicas, exames diagnósticos, e cirurgias ambulatoriais de pequeno porte. São gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e estão localizadas nos municípios de Caruaru, Garanhuns e Petrolina do Estado de Pernambuco, e possuem população estimada de, respectivamente, 361.686, 137.810 e 337.683 habitantes em 2016, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Elaborou-se o modelo lógico do funcionamento das Upae, conforme *quadro 1*, com base em documentos oficiais que regulam e normatizam essas unidades, utilizando-se o Manual de Diretrizes para Implantação das Upae<sup>10</sup>, os contratos de gestão de cada serviço<sup>14-16</sup>, além dos documentos oficiais sobre AMC<sup>17-19</sup>. Identificaram-se os insumos; os componentes Gestão, Regulação e Assistência à Saúde; sub componentes; processos; e resultados esperados. Posteriormente, foi submetido à consulta a especialistas, sendo três técnicos, cinco gestores e dois pesquisadores, com intuito de opinarem sobre a completude e relação causal de seus elementos, o que ocorreu em duas etapas. Na primeira, o modelo foi enviado por meio eletrônico aos especialistas para que fornecessem suas sugestões, as quais, na segunda etapa, foram consolidadas e debatidas em uma oficina presencial.

Quadro 1. Modelo lógico das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada

Componentes	Insumos	Subcomponente	Atividade	Produto	Resultado	Impacto
Gestão	Recursos humanos Equipamentos Insumos Material de Expediente Espaço físico	Recursos financeiros	Execução financeira dos recursos repassados pela SES e MS. Execução financeira dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) para a Organização Social (OS) que administra a Upae	% de Recursos financeiros do MS repassados à SES-PE com destino à OS que administra a Upae para execução das metas contratuais	Upae Estruturada com recursos necessários à execução das ações	
			Execução financeira dos recursos repassados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) para OS que administra a Upae	% de Recursos financeiros da SES repassados à OS que administra a Upae para execução das metas contratuais		
		Planejamento	Planejamento das ações para levantamento das demandas reprimidas em consultas médicas, exames e cirurgias ambulatoriais através das necessidades da região	Levantamento das demandas reprimidas	Upae com ações planejadas e articuladas com os gestores	
			Realização de reuniões para o processo de pactuação das especialidades, de acordo com a necessidade, e de metas contratuais	% reuniões realizadas para o processo de pactuação das necessidades e metas contratuais		
		Monitoramento e Avaliação	Monitoramento por meio de visita in loco às unidades com avaliação das ações para cumprimento das metas contratuais	Nº de visitas de monitoramento realizadas	Upae monitorada e funcionando de forma qualificada e adequada em cumprimento às metas	
			Realização de reuniões trimestrais para monitoramento das metas contratuais	Nº de reuniões trimestrais realizadas para a avaliação das metas contratuais da unidade		
			Confecção de relatório trimestral com avaliação das ações e cumprimento das metas contratuais da unidade	Nº de relatórios trimestrais realizados		
		Integração das Ações	Realização de reuniões em conjunto com a atenção básica para desenvolvimento do plano de ação para acesso e referência às Upae	Nº de reuniões realizadas com a atenção básica para desenvolvimento do plano de ações da Upae	Upae integrada aos demais níveis de atenção.	
			Realização de reuniões com as Regiões de Saúde e Regulação para o desenvolvimento de plano de ação de acesso às Upae	Nº de reuniões realizadas com as Regiões de Saúde e Regulação para desenvolvimento do plano de ações da Upae		
			Nº de reuniões com as OS para desenvolvimento de plano de execução das ações da Upae	Nº de reuniões realizadas com as OS para desenvolvimento do plano de ações da Upae		
		Gerenciamento das informações	Adoção de diretrizes, protocolo, fluxos e prazos para o envio dos dados assistenciais e financeiros pelas Upae ao nível central	Diretrizes, protocolos, fluxos e prazos adotados	Upae com informações analisadas e qualificadas	
			Envio mensal do banco de dados para o nível central	Nº de banco de dados enviados ao nível central		
Análise e consolidação dos dados provenientes das Upae	Nº de dados consolidados e analisados pelo nível central					
Educação Permanente	Capacitação para os gestores da Upae	Nº de capacitações para gestores realizados	Upae com gestores e profissionais capacitados e com conhecimento das rotinas, protocolos e fluxo da unidade			
	Capacitação para os profissionais das Upae	Nº de profissionais capacitados				
	Conhecimento dos profissionais das rotinas, protocolos e fluxos da Upae	Profissionais conhecedores das rotinas, protocolos e fluxos da Upae				
	Conhecimento dos profissionais da visão e missão das ações da Upae	Profissionais conhecedores da visão, missão e ações da Upae				

Aumentar a efetividade e a eficiência das ações da Upae

Quadro 1. (cont.)

Regulação e Assistência à Saúde	Recursos humanos Equipamentos Insumos Material de Expediente Espaço físico	Regulação	Disponibilidade de cotas da 1ª consulta por município da Região de Abrangência	% consultas especializadas disponibilizadas	Upae regulada e com Garantia da disponibilidade e marcação de consultas, exames e cirurgias especializadas
			Realização de marcação e regulação das consultas especializadas na Upae	% consultas especializadas reguladas e marcadas	
		Atendimento Especializado	Realização de consultas médicas especializadas Realização de consultas não médicas especializadas Realização de sessões de fisioterapia Realização de cirurgias ambulatoriais	% consultas médicas especializadas realizadas % consultas não médicas especializadas realizadas % sessões de fisioterapia realizadas % cirurgias ambulatoriais realizadas	
Satisfação do Usuário		Avaliação da satisfação dos usuários por meio de aplicação de questionário Consolidação e análise do questionário da satisfação aplicado aos usuários da Upae	% questionários de pesquisa de satisfação dos usuários aplicados Informações da satisfação dos usuários consolidadas e analisadas	Upae com informação qualificada do serviço prestado aos usuários	

Aumentar a efetividade e a eficiência das ações da Upae

A partir do modelo lógico, analisaram-se e adaptaram-se as perspectivas propostas pelo BSC aos objetivos do estudo, extraíndo o que

cada indicador melhor representasse em relação às perspectivas do modelo (figura 1).

Figura 1. Adaptação das perspectivas propostas pelo Balanced Scorecard



Fonte: Elaboração própria.

A partir do modelo adaptado, elaborou-se a Matriz de Análise e Julgamento composta pelos indicadores, parâmetros, pontuação esperada e fonte de verificação. A pontuação máxima para a matriz foi 100 pontos, distribuídos com pesos diferentes segundo o grau de importância de cada perspectiva, sendo atribuído maior peso aos processos internos (40 pontos) e menor peso (20 pontos) para financeira, aprendizado e crescimento, e usuário.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a julho de 2017, durante a qual levantaram-se dados secundários por meio dos bancos de dados enviados pelas Upae ao nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES); da análise dos relatórios das avaliações trimestrais das unidades; e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS. Realizaram-se entrevistas com os informantes-chave nas pessoas do Diretor da Gerência Geral que monitora as Upae, técnicos que avaliam os contratos de gestão dessas unidades, e com o coordenador geral de cada Upae utilizando-se questionário estruturado elaborado a partir da matriz de análise e julgamento.

Os dados foram consolidados em planilhas Excel, analisados e julgados conforme os parâmetros estabelecidos na matriz de medidas e julgamento. Comparou-se o resultado de cada indicador com o parâmetro estabelecido. A partir da pontuação obtida por indicador, calculou-se o desempenho global de cada Upae e de cada perspectiva do

modelo utilizando o cálculo de uma regra de três simples:

$$\frac{\Sigma \text{pontuação obtida}}{\Sigma \text{pontuação máxima}} \times 100.$$

Classificou-se o desempenho como: excelente ( $\geq 75\%$ ); satisfatório (74-50%); insatisfatório (49-25%); e crítico ( $< 25\%$ ).

O estudo foi elaborado em consonância com os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip), sob o registro CAAE: 64188617.0.0000.5201.

## Resultados

A avaliação de desempenho a partir do BSC identificou desempenho considerado excelente para a Upae Petrolina, com 88,2%. Essa unidade apresentou melhor desempenho em duas das quatro perspectivas avaliadas: financeiro e aprendizado e crescimento. Por outro lado, a Upae Caruaru apresentou o menor desempenho, com um total 79,5%, após a Upae de Garanhuns, com 80,5%.

Destaca-se o fato que todas as Upae apresentaram desempenho classificado como excelente (*tabela 1*).

Tabela 1. Avaliação do desempenho das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada tipo II, Pernambuco, 2016

Perspectiva	Critério	Indicador	Upae Caruaru		Upae Garanhuns		Upae Petrolina		Média	%
			Pont	%	Pont	%	Pont	%		
Financeira	Recursos financeiros	% de Recursos financeiros anuais do MS repassados à SES-PE para repasse à OS que administra a Upae	0	0%	3	60%	5	100%	14,6	71,5%
		% de Recursos financeiros anuais da SES repassados à Os que administra a Upae	3	60%	3	60%	3	60%		
		Repasso realizado na data do cronograma previsto em contrato	0,5	25%	1	50%	0,5	25%		
		% Faturamento mensal	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Glosas dos procedimentos realizados	3	100%	3	100%	3	100%		
		<b>Total</b>	<b>11,5</b>	<b>57,5%</b>	<b>15</b>	<b>75%</b>	<b>16,5</b>	<b>82,5%</b>		
Processos internos	Monitoramento e avaliação	Visitas in loco realizadas nas unidades	0,5	50%	0,5	50%	0,5	50%	35,4	88,5%
		Nº de reuniões realizadas para a avaliação das metas contratuais da unidade	1	50%	0	0%	0	0%		
		Nº de relatórios trimestrais realizados	2	100%	2	100%	2	100%		
	Gerenciamento das informações	Adoção de diretrizes, protocolos, fluxos e prazos para orientação do envio dos dados ao nível central	1	100%	1	100%	1	100%		
		Envio mensal pela Upae do banco de dados para o nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
		Análise mensal de dados consolidados pelo nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
	Estrutura física	Nº de consultórios disponíveis de acordo com contrato	0,5	100%	0,5	100%	0,2	40%		
		Existência de setor de diagnóstico com sala de espera e exames	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de Raio-x	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de fisioterapia	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de bloco cirúrgico com sala de pequeno ou médio porte	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Nº de leitos na sala de internação de curta duração de acordo com contrato	0,5	100%	0,5	100%	0	0%		
		Existência de sala de apoio técnico e logístico	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de laboratório	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de sala de administração	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Existência de refeitório	0,5	100%	0,5	100%	0,5	100%		
		Nº de coordenadores disponíveis na Upae	0,5	50%	1	100%	1	100%		
		% de Médicos para atendimento ambulatorial disponível de acordo com especialidades do contrato	2	100%	2	100%	2	100%		
		Nº de profissionais não médicos: Serviço social, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, e terapeuta ocupacional	2	100%	2	100%	2	100%		



Tabela 1. (cont.)

Processos internos	Atendimento especializado	% Atendimento ambulatorial por médico/média mensal realizado conforme meta contratual	3	60%	3	60%	3	60%		
		% Atendimento ambulatorial por não médico/média mensal realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Atendimento ambulatorial de reabilitação por média mensal, realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		% Cirurgias ambulatoriais por média mensal, realizado conforme meta contratual	5	100%	5	100%	5	100%		
		<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>90%</b>	<b>35,5</b>	<b>88,7%</b>	<b>34,7</b>	<b>86,7%</b>		
Aprendizado e crescimento	Educação permanente	Nº de capacitações ou cursos oferecidos aos gestores	0	0%	0	0%	3	50%	13	65%
		Nº de capacitações ou cursos oferecidos aos profissionais da Upae	6	100%	6	100%	6	100%		
		% Coordenadores da Upae com especialização na área de saúde pública	2	50%	0	0%	4	100%		
		Profissionais da Upae conhecedor das rotinas, protocolos e fluxos da Upae	2	100%	2	100%	2	100%		
		Profissionais conhecedor da visão, missão e ações da Upae	2	100%	2	100%	2	100%		
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>60%</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>	<b>17</b>	<b>85%</b>		
Cliente	Satisfação do usuário	Realização de pesquisa de satisfação por meio de aplicação de questionário	3	100%	3	100%	3	100%	20	100%
		Envio da pesquisa de satisfação ao nível central	2	100%	2	100%	2	100%		
		Índice de satisfação do usuário em Excelente ou Bom	5	100%	5	100%	5	100%		
		% de resolução de queixas recebidas	10	100%	10	100%	10	100%		
		<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>		
<b>Total desempenho</b>			<b>79,5</b>	<b>79,5%</b>	<b>80,5</b>	<b>80,5%</b>	<b>88,2</b>	<b>88,2%</b>		

Desempenho excelente:  $\geq 75\%$ ; Desempenho satisfatório: 74-50%; Desempenho insatisfatório: 49-25%; Desempenho crítico:  $< 25\%$ .

A perspectiva financeira teve como principais indicadores os recursos financeiros repassados para as unidades e as datas de repasse de acordo com o cronograma, obtendo desempenho considerado satisfatório (71,5%). A Upae que obteve menor pontuação nessa perspectiva foi a Upae Caruaru com 57,5%, desempenho considerado satisfatório, seguida da Upae Garanhuns (75,0%) e Upae Petrolina (82,5%), ambas com desempenho considerado excelente (tabela 1).

O desempenho dos processos internos foi classificado como excelente (88,5%). A Upae que obteve melhor desempenho neste quesito foi a Upae Caruaru (90,0%), seguida das Upae Garanhuns (88,7%) e Petrolina (86,7%), todos classificados com desempenho excelente (tabela 1). Como principais indicadores avaliados, listam-se o monitoramento nas unidades por meio das visitas e número de reuniões; as estruturas físicas e leitos existentes; a quantidade de



profissionais médicos e não médicos; e os percentuais de atendimento.

Quanto a aprendizado e crescimento, destacaram-se como principais indicadores as capacitações oferecidas aos profissionais e seu conhecimento sobre as normas, rotinas, missão e visão das unidades. Seu desempenho foi classificado como satisfatório (65,0%). A Upae Petrolina atingiu desempenho excelente (85,0%), enquanto as Upae Caruaru e Garanhuns atingiram desempenho satisfatório, com 60,0% e 50,0%, respectivamente (*tabela 1*).

Por fim, a perspectiva usuário apresentou desempenho excelente (100%) quando utilizados os indicadores de pesquisa de satisfação do usuário e o percentual da resolução das queixas. Nessa perspectiva, todas as Upae obtiveram o mesmo desempenho excelente (100%) (*tabela 1*).

## Discussão

O desempenho das unidades de atendimento especializado tipo II no Estado de Pernambuco foi considerado excelente, de acordo com as quatro perspectivas avaliadas. Tais unidades são gerenciadas por Organizações Sociais e contêm particularidades, evidenciando as diferenças organizacionais de cada uma, apesar de todas serem objeto de contrato de gestão de igual padrão e regras definidas para o desempenho de suas atividades.

O modelo aqui proposto para a avaliação de desempenho das Upae inova ao trazer ferramenta de avaliação para esse novo serviço de atendimento do SUS, uma vez que incorpora critérios que se complementam e buscam um equilíbrio explicativo entre as perspectivas, apresentando indicadores que procuram responder a um modelo multidimensional. Estudos de Matitz<sup>20</sup> e Costa<sup>21</sup> demonstraram que apesar da preferência pelo uso de indicadores e modelos unidimensionais de desempenho em pesquisas

brasileiras, o uso de modelos multidimensionais constitui um avanço ao incluir categorias de análise relacionadas aos padrões de atribuição e de interação causal.

Klassen<sup>22</sup>, em sua revisão sistemática sobre os modelos para medição e melhoria do desempenho de sistemas de saúde, educação e serviços sociais, identificou o BSC como o modelo multidimensional mais frequentemente utilizado. Essas pesquisas revelam o favorecimento da aplicação do modelo multidimensional BSC no Estado de Pernambuco para avaliar unidades de saúde com o intuito de fortalecer as práticas e tornar-se um instrumento robusto de discussão, integração e disseminação de informações.

Apesar dos atrasos e da não completude dos repasses de recursos identificados na perspectiva financeira, não ocorreu redução no número de atendimentos especializados, redução no faturamento, problemas na estrutura física nem aumento nos índices de insatisfação dos usuários. Esses resultados estão em consonância com estudo realizado por Carvalho<sup>23</sup>, em unidade hospitalar da cidade de São Paulo, no qual não houve ênfase na perspectiva financeira nem associação com as ações que dependiam da parte financeira. Ao avaliar o desempenho das Regionais de Saúde, Paschoalotto<sup>24</sup> também revelou a não correlação entre financiamento e qualidade dos serviços prestados pelo SUS. Por outro lado, Ceretta<sup>25</sup> identificou redução no indicador 'índice de satisfação dos colaboradores' devido ao atraso do SUS no pagamento de faturas do hospital, causando insegurança e descontentamento.

A avaliação mostrou um bom desempenho do gerenciamento das informações, estrutura física e recursos humanos, quando analisados os indicadores de processos internos, enquanto pontuações menores foram atribuídas aos critérios de monitoramento e avaliação e atendimento especializado.

O monitoramento é considerado um acompanhamento sistemático e contínuo de informações relevantes que auxilia o

processo de tomada de decisão. É um instrumento de apoio à gestão que orienta e permite que as ações possam ser implantadas e continuamente avaliadas<sup>26</sup>.

A não realização das avaliações trimestrais está diretamente relacionada ao desempenho da unidade e influencia as demais componentes, uma vez que as reuniões são relevantes para se avaliarem as necessidades e dificuldades encontradas por ambas as partes no cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão. Esse tema foi também elemento de maior destaque no estudo de Erdmann<sup>27</sup>, que descreveu a prática de gestão por meio do processo de planejamento das ações dos serviços em conjunto com as diretorias do nível central visando à melhoria contínua.

Quanto ao atendimento especializado, houve menor pontuação no percentual de atendimento médico. Essa é bastante discutida no estudo de Erdmann<sup>27</sup>, que identifica dificuldades no componente assistencial referindo-se à direção das interações e articulações entre a atenção básica e a atenção secundária. A falta de resolutividade da atenção básica, a existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado são limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento. Esse ponto também foi destacado em Magalhães<sup>6</sup>, quando afirma que, na atenção especializada, é fundamental que sejam implantados dispositivos tais como análise por territórios e regionalização; referência e apoio matricial às Unidades Básicas de Saúde vinculadas; decisão e gestão compartilhada com a atenção básica; e equipes incumbidas de monitorar e gerir o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado.

Nos cinco indicadores relacionados à aprendizagem e crescimento, dois relacionados à qualificação profissional dos gestores tiveram desempenho crítico. O incentivo e

a oportunidade dados aos gestores na participação de treinamentos que melhorem o desempenho do cargo que ocupam, visando ao desenvolvimento profissional, não foram percebido pelo profissional da instituição durante as entrevistas realizadas. Para Scalco<sup>28</sup>, é necessário oferecer cursos, aperfeiçoamentos e capacitações para o bom desempenho profissional de seus trabalhadores, e são indispensáveis para a motivação dos profissionais e para a manutenção da qualidade dos serviços.

Ao analisar os indicadores relacionados aos usuários, utilizaram-se informações que medem os índices de satisfação dos usuários com todas as atividades realizadas nas unidades. De acordo com os relatórios analisados, todos os indicadores relacionados aos usuários receberam pontuações máximas, ganhando destaque o resultado de 100% para as resoluções de queixas em todas as unidades e os elevados índices de satisfação dos usuários que medem o atendimento geral das Upae como excelente ou bom.

Tal resultado também foi encontrado nos estudos de Fréz et al.<sup>29</sup>, que estudaram a satisfação dos usuários de serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública, identificando que, em todas as questões e dimensões, os usuários caracterizaram satisfação com o serviço como ótima; e no de Franco et al.<sup>30</sup>, onde se avaliou a satisfação nos atendimentos dos usuários do ambulatório de pediatria, constatando grau elevado de satisfação relatado pelos responsáveis dos pacientes, com 93,2% de usuários satisfeitos.

Para Esperidião et al.<sup>31</sup>, as avaliações de satisfação de usuário de serviços públicos podem representar um importante meio para contornar essa questão ao atuar como instrumentos que dão voz aos usuários. Desse modo, permitem aos usuários oportunidades de expressão que podem monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social. Cabe ressaltar que, além do

indicador de satisfação do usuário utilizado neste estudo, é importante que se incorporem outros indicadores de captação determinantes de uma melhor ou pior avaliação do usuário.

Neste estudo, destacaram-se como potencialidades das Upae o bom desempenho sob a perspectiva do usuário, que envolve a qualidade no serviço com foco no atendimento qualificado e personalizado no paciente. Dentre os indicadores financeiros, sobressaíram-se o elevado faturamento mensal e o baixo percentual de glosas dos procedimentos, resultando em ações efetivas das unidades no preenchimento e alimentação das informações nos sistemas do SUS. O empenho na realização de capacitações oferecidas aos profissionais também foi razão de destaque.

No que se refere às fragilidades, ressaltam-se os atrasos nos repasses financeiros às unidades, o absenteísmo das consultas médicas, afetando o atingimento das metas de produção, e o distanciamento do nível central na participação de reuniões e visitas técnicas. É importante refletir sobre todos os pontos analisados, em especial a baixa pontuação, de forma a reverter as deficiências encontradas.

Como limitações do estudo, observam-se a utilização de informações secundárias, a exemplo dos indicadores de satisfação dos usuários, colhidos diretamente pela unidade; a realização da pesquisa apenas nas Upae tipo II, escolhidas por realizarem, além de consultas e exames, procedimentos cirúrgicos de pequeno porte; e a dificuldade de adaptação do modelo de avaliação do BSC à realidade dessas unidades.

## Conclusões

As unidades Pernambucanas de Atenção especializadas podem ser entendidas como unidades ambulatoriais, de média complexidade, com serviço especializado no âmbito do SUS, que têm o objetivo de fortalecer a rede.

Por meio dos resultados obtidos, percebe-se que as Upae possuem ferramentas e insumos físicos, humanos e de equipamentos necessários à prestação de serviços aos usuários do SUS segundo as necessidades da região, precisando aprimorar alguns indicadores financeiros e de aprendizado e crescimento. Tal fato corrobora a literatura disponível sobre o modelo BSC, que, de forma dinâmica, proporciona interações entre as quatro perspectivas propostas pelo modelo.

Considerando as especificidades e peculiaridades dessas unidades, a ferramenta de avaliação utilizada como forma de solucionar dificuldades sem perda do nível de qualidade na prestação de serviços poderá ser adotada pela gestão nos serviços que prestam cuidados de saúde. A metodologia aqui utilizada para avaliar o grau de desempenho utilizando o modelo BSC poderá servir de referência para o desenvolvimento de outros trabalhos. Avaliar o desempenho dessas unidades é tarefa recente por se tratar de novo dispositivo de saúde no estado de Pernambuco.

Por fim, salienta-se a necessidade da análise integrada do conjunto dos indicadores para avaliar o desempenho da gestão das Upae. O mau desempenho de uma perspectiva pode afetar todo o sistema.

## Colaboradores

Silva LB contribuiu para a elaboração do trabalho, aprovação final da versão a ser publicada e acordo para prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte do trabalho fossem devidamente investigadas e resolvidas. Costa JMBS e Duarte MS contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento; contribuíram significativamente para elaboração crítica do conteúdo; e participaram da aprovação final do manuscrito. ■

## Referências

1. Nigro SD, Fortes S. Sistemas de Saúde: Trajetórias e Dinâmicas. In: Fortes CA, Ribeiro H. Saúde Global. 1. ed. Barueri: Manole; 2014. p. 71-85.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde. Brasília, DF: CONASS; 2010.
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília, DF: OPAS; 2011.
5. Solla J, Chioro A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato S, et al. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
6. Magalhães Junior HM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. *Divulg Saúde Debate*. 2014 out; 51:14-29.
7. Gouveia CG, Souza WV, Luna CF, et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(3):1849-1861.
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília, DF: CONASS; 2016.
9. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2010; 20(3):953-972.
10. Pernambuco. Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013. Estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE, no âmbito do Estado de Pernambuco. Diário Oficial do Estado. 23 Mar 2013.
11. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):268-298.
12. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(3):711-724.
13. Kaplan RS, Norton DP. *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: HBS; 1996.
14. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 001/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira qualificado como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na unidade de pronto atendimento e da atenção especializada de Petrolina, 2013.
15. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 003/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e a Fundação Altino Ventura qualificado como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e executar ações e serviços de saúde na unidade pernambucana de atenção especializada, no município de Caruaru, 2013.
16. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Contrato de Gestão nº 004/2013 que entre si celebram o estado de Pernambuco, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES e a Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar como Organização Social, para gerenciamento, operacionalização e executar ações e serviços de saúde

- na unidade pernambucana de atenção especializada – UP AE, no município de Garanhuns, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 13 Jun 2002.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. 2 Abr 2014.
  20. Matitz QRS, Bulgacov S. O conceito Desempenho em Estudos Organizacionais e Estratégia: um Modelo de Análise Multidimensional. *Rev Adm Contemp.* 2011; 15(4):580-607.
  21. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, et al. Desempenho de Intervenções de Saúde em Países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde debate.* 2015 dez; 39(esp):307-319.
  22. Klassen A, Miller A, Anderson N, et al. Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a Systematic review. *Int. J. Qual.* 2009; 22(1):44-69.
  23. Carvalho FM, Dias LNS, Prochinick V. A utilização do Balanced Scorecard em hospitais: o caso do Hospital Nove de Julho. In: IX Congresso Internacional de Custos. Florianópolis; 2005.
  24. Paschoalotto MAC, Passador JL, Oliveira LR, et al. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):80-93.
  25. Ceretta PS, Quadros CJ. Implementação do Balanced Scorecard: um caso prático. *Rev Eletron Adm.* 2003; 9(4):1-18.
  26. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(5):1201-1216.
  27. Erdmann L, Andrade SR, Mello ALSF, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat Am Enferm* 2013; 21(esp):131-139.
  28. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCC. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(3):603-614.
  29. Fréz AR, Nobre MIRS. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. *Fisioter Mov.* 2011; 24(3):419-428.
  30. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14(1):61-70.
  31. Esperidião M. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(sup):303-312.

---

Recebido em 13/04/2018  
Aprovado em 25/07/2018  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve