

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM CENTROS DE SAÚDE

Considerações organizacionais

Harley P. PADILHA *

RSPU-B/226

PADILHA, H. P. — *Prestação de serviços em centros de saúde: considerações organizacionais.* Rev. Saúde públ., S. Paulo, 8:315-22, 1974

RESUMO: Foi abordado o problema da microeconomia em Saúde, salientando as dificuldades para a operação dos centros de saúde, ao tempo em que considera a articulação das instituições que os mantêm (geralmente a administração estadual) e o sistema previdenciário. Foram sugeridos alguns elementos capazes de operacionalizar esta articulação.

UNITERMOS: Centros de Saúde*; Administração sanitária*; Microeconomia (saúde)*.

Em conseqüência da parcimônia de recursos destinados ao setor Saúde, o desenvolvimento de programação setorial, em anos recentes, vem promovendo e aperfeiçoando o estudo macroeconômico do setor, havendo a esta altura um número razoável de estudiosos e técnicos envolvidos no assunto e uma série de conceitos, metodologias e rotinas firmadas e universalmente aprovadas.

O sistema regionalizado de prestação de serviços de saúde tem sido a recomendação constante nos documentos técnicos mais recentes. Nesse sistema, os centros de saúde ocupam um lugar estratégico, por sua capacidade de complementar a rede de unidades mais simples, os postos de saúde e de promover a triagem adequada para os ambulatórios hospitalares.

Continua, entretanto, inteiramente em aberto, o campo dos estudos microeconômicos, de nível gerencial, aplicados à saúde.

Ressente-se o setor de falta muito clara e quase absoluta de estudos que permitam uma fundamentação teórica no enquadramento, em termos empresariais, da organização das unidades de prestação de serviços de Saúde.

Aos centros de saúde, quase sempre mantidos pelas administrações estaduais, compete a prestação de serviços gratuitos à grande concentração populacional, situada nas zonas urbanas de sua localização e depende de sua área de influência. Esses serviços (consultas clínicas, imunizações, visitação domiciliar, inspeção de saneamento, cadastramento clínico) embora di-

* Do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia. Da Assessoria Setorial de Programação e Orçamento da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia — Av. Sete de Setembro, 280 — Salvador, BA — Brasil

vergentes em suas características específicas, são sinérgicos em sua complementaridade, mais abrangentes em sua cobertura e se orientam para os níveis precoces de prevenção e proteção da saúde.

É fato indiscutível que na sociedade complexa em que estão situados os postos de saúde, os centros de saúde e os estabelecimentos hospitalares, considerados como unidades produtoras do setor, não podem se furtar a uma organização empresarial moderna. A produção deve atender ao consumo de uma população estudada por técnicas mercadológicas aplicadas, cuja departamentalização obedeça aos princípios da divisão racional do trabalho, cujas rotinas ofereçam coeficientes técnicos de produção, e principalmente, cujo complexo produtivo (instalações, equipamento, recursos humanos e materiais) permita uma adequada mensuração de sua produtividade.

Diversos fatores de ordem política e administrativa constituem poderosos obstáculos ao desenvolvimento harmonioso das atividades dos centros de saúde. Sendo precária a orientação dos recursos humanos, e falsa a idéia de que a supervisão e avaliação são funções de uma administração coercitiva (ETZIONE²), o anacronismo das rotinas e conseqüência natural, elevando os custos operacionais ao tempo em que, distorcendo a técnica, compromete a eficiência das ações.

O ponto crítico, entretanto, reside na insuficiência permanente de recursos financeiros para custeio das atividades básicas, o que por sua vez resulta do baixo poder competitivo do setor no fracionamento dos orçamentos governamentais, e da sua incapacidade de absorver os recursos consignados.

O estudo impressionista da demanda satisfeita pelos centros de saúde, chama a atenção para a alta incidência de indivíduos que, de alguma forma, estão ligados ao sistema previdenciário nacional. O fato é uma conseqüência da situação socioeconômica da população, e seu condicio-

namento depende, entre outros, dos seguintes motivos:

- o excesso da demanda, que compromete o atendimento nas unidades de consulta externa, mantidas pelo próprio sistema previdenciário;
- a inconstância da vinculação de considerável parcela dos contribuintes com as empresas, e conseqüentemente, com o próprio sistema previdenciário, que resulta em utilização insuficiente dos benefícios de assistência clínica;
- a institucionalização do sistema previdenciário, que só recentemente veio contemplar determinados grupos de ocupação (serviços domésticos) e ainda mantém outros excluídos (comércio e serviços ambulantes);
- as migrações internas, motivadas pela demanda de serviços, que dificultam a articulação do sistema previdenciário (FUNRURAL) com os órgãos de manutenção dos centros de saúde.

A apreciação final do fato leva a crer que grande parcela da composição da demanda dos centros de saúde é composta por esses grupos da população; sua expressão numérica exata é de determinação extremamente difícil, pelo desaparecimento em que se encontram os centros para esse tipo de estudo.

Numerosos documentos têm referido que a multiplicidade de instituições governamentais para o setor Saúde resultam necessariamente em paralelismo de atividade com evidente subutilização de recursos, e em deterioração progressiva dos padrões de serviço pelas dificuldades impostas à uniformização das técnicas e à supervisão e avaliação da execução. Nesta conjuntura, a integração das diversas entidades comprometidas com a produção de serviços de saúde tem sido o processo preconizado para a adequada implementação dos programas setoriais (NERY³ e EPEA⁴).

No momento em que o Governo Federal procura racionalizar sua atuação e, promovendo a descentralização executiva, integrá-la com a dos Governos Estaduais, o trabalho desenvolvido pelos centros de saúde deve ser enquadrado na estratégia da execução.

Algumas tentativas de integração têm sido desencadeadas. A partir de 1971, a alta direção do sistema previdenciário decidiu expandir sua oferta de assistência clínica através da utilização da rede de estabelecimentos oficiais de prestação de serviços, em diversos estados do país. Em alguns casos não foi possível estabelecer um programa eficiente, pela intercorrência de desencontros conceituais, entre as duas instituições. * Os órgãos de manutenção dos centros de saúde carecem de informações precisas a respeito da origem dos recursos financeiros do sistema previdenciário, que impõem considerações de ordem ética sobre a sua utilização, e que estão concretizadas em sua legislação específica; por outro lado, os órgãos previdenciários têm mantido certa rigidez de interpretação dos dispositivos legais a que estão sujeitos.

Além disso, nessa etapa do processo de integração, diversos mecanismos administrativos podem educar se experimentados.

Uma dessas fórmulas pode ser a vinculação, aos centros de saúde, de funcionários da previdência que acumulam funções de assistência clínica no Serviço Público Estadual; essa acumulação é muito freqüente e pode permitir que esses funcionários trabalhem em regime de 40 horas semanais no Centro de Saúde, o que propiciará a elevação do seu rendimento operacional, a diminuição dos custos indiretos de manutenção, o aumento do grau de utilização das instalações e de equipamento e, mais que tudo, a permanente supervisão, controle e avaliação das atividades programadas e executadas.

O problema da manutenção de certos privilégios que são inerentes aos beneficiários e seus dependentes, pode ser solucionado pela indicação de turnos de atendimento; isto facilita, inclusive, o trabalho de orientação dos beneficiários identificados na população que comumente se utiliza dos serviços do Centro de Saúde.

As despesas de manutenção e os investimentos ficam, evidentemente, a cargo conjunto das duas instituições, e a forma de sua efetuação não oferece obstáculo intransponível a uma análise criteriosa dos diversos mecanismos administrativos de articulação organizacional.

O aprofundamento dessa questão foge aos objetivos desse trabalho; vale anotar, entretanto, que em alguns casos esses obstáculos foram superados, porém os resultados dessas experiências não parecem ter sido divulgados. **

Considerando, portanto, a lentidão do processo decisório, e essas dificuldades conceituais e organizativas que envolvem o assunto, seria útil a celebração de um convênio preliminar com a vigência de um ano, para a execução de programas específicos, visando uma base concreta para a subsequente orientação.

Numa fase preliminar, os programas devem ser concentrados em um centro de saúde, que por suas características operacionais ofereçam facilidades à experimentação do método, e devem objetivar:

- a dinamização dos serviços intermediários de registro, arquivo e secretaria a fim de proporcionar uma documentação adequada a sua análise administrativa;
- a implantação de um setor de Assistência Social, com a finalidade de promover a solução dos problemas específicos de casos, de grupos e de desenvolvimento da comunidade;

* Termo de Convênio INPS/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

** Termo de Convênio INPS/Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

— a melhoria dos serviços finais de consultas clínicas e de exames complementares, a fim de elevar o padrão de serviços do centro.

Os recursos humanos e financeiros necessários à implantação desses programas devem ser administrados conjuntamente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelos órgãos estaduais de manutenção de centros de saúde.

Algumas idéias fundamentais do Convênio, a título de sugestão, e a descrição dos programas estão explícitas nos Anexos I e II; a forma pela qual as necessidades financeiras devam ser apresentadas está discriminada nos Quadros I, II e III.

Por fim, é necessário apontar as vantagens bilaterais de convênio desta natureza:

- 1.º — racionalização das ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde na área;
- 2.º — melhor utilização dos recursos humanos disponíveis;
- 3.º — potencialização da capacidade executiva do Centro;
- 4.º — aumento da cobertura promovida pelo sistema previdenciário;
- 5.º — desenvolvimento do sistema de coleta de dados para estudos de morbidade e de racionalização da oferta.

RSPU-B/226

PADILHA, H. P. — [The services given in the health centers: organizational considerations.] *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 8:315-22, 1974.

SUMMARY: It is commented the problem of microeconomics in health, pointing out the difficulties concerning the health centers work and the need for an articulation between state administration and the welfare system.

UNITERMS: Community Health Centers*; Public health administration*; Microeconomics (Health)*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério do Planejamento e Coordenação Econômica. *Saúde e Saneamento: diagnóstico preliminar de desenvolvimento social*. Rio de Janeiro, 1966. [Plano Decenal de Desenvolvimento Econômico e Social].
2. ETZIONE, A. — *Organizações complexas*. São Paulo, Ed. Atlas, 1967.
3. NERY, G. C. et al. — *Saúde: documento informativo*. Salvador, BA, Universidade Federal da Bahia, 1965. [Apresentado ao 13.º Simpósio de Políticas Governamentais].

Recebido para publicação em 17-12-1973
Aprovado para publicação em 21-01-1974

A N E X O I

SUGESTÕES PARA TEXTO DO CONVÊNIO

I

O convênio vigorará por um ano, e terá como objetivo:

- a) elevar o padrão de serviços dos centros de saúde;
- b) permitir a extensão do sistema previdenciário a grupos populacionais de difícil acesso.

II

A administração dos programas ficará a cargo do conjunto das duas instituições e sua execução será coordenada pelo chefe do Centro de Saúde.

III

O INPS contribuirá com recursos financeiros para atender às necessidades suplementares dos programas e com a cessão de profissionais de nível técnico científico, segundo procedimentos burocráticos compatíveis com a legislação e com as normas internas que orientam seu desempenho.

IV

A aplicação dos recursos será de acordo com os sucessivos planos de aplicação

e cronogramas de desembolso, constantes dos Quadros I e III respectivamente, em anexo.

V

Fica estabelecido que as importâncias postas à disposição dos programas pelo INPS serão obrigatoriamente depositados em Banco Oficial, em conta vinculada à sua execução, podendo a coordenação do programa receber e movimentar esses recursos por força do presente convênio.

VI

A liberação da 3.^a e 4.^a parcelas dependerão da apresentação dos documentos de contas referentes à utilização da 1.^a e 2.^a parcelas respectivamente. Os documentos finais e definitivos deverão ser apresentados até 60 dias após o término da vigência deste Convênio.

VII

Os bens de capital e de uso durável (equipamento e material permanente) adquiridos com os recursos supridos pelo INPS ficarão na posse e administração dos centros de saúde, cabendo ao INPS dispor sobre seu destino no caso de encerramento de atividades dos programas.

A N E X O I I

FORMULAÇÃO DOS PROGRAMAS

1. Descrição

Programa 01

Dinamização dos serviços intermediários de registro, arquivo e secretaria a fim de proporcionar uma documentação adequada a sua análise racional.

Sub-Programa 01

— Melhoria do sistema vigente para racionalizar seu processamento.

Atividades

— Condicionamento de prontuários.

— Classificação numérica dos prontuários.	Atividades
— Organização do fichário-índice alfabético.	— encaminhamento de casos — trabalhos de comunidade
<i>Sub-Programa 02</i>	<i>Programa 03</i>
— Análise da documentação para possibilitar a orientação da utilização dos serviços.	Melhoria dos serviços finais de consultas clínicas e exames complementares a fim de elevar o padrão de serviços do Centro.
Atividades	<i>Sub-Programa 01</i>
— estudos da oferta	— Consultas Clínicas
— estudos da demanda	<i>Sub-Programa 02</i>
— estudos do processo produtivo	— Atividades de Enfermagem
<i>Programa 02</i>	<i>Sub-Programa 03</i>
Implantação de um setor de Assistência Social com finalidade de promover a solução dos problemas específicos.	— Execução de exames complementares.

CONVÊNIO INPS — SECRETARIA

PARA INTEGRAÇÃO DAS ATIVIDADES NO CENTRO DE SAÚDE

Q U A D R O I

Plano de aplicação dos recursos

Programa	Sub-Programa	Título	Valor (em Cr\$)
01		Dinamização dos Setores de Registros e Arquivo e de Secretaria	
	01	Melhoria do sistema vigente	
	02	Análise da documentação	
02		Implantação do Setor de Assistência Social	
03		Melhoria de serviços finais	
	01	Setor de consultas clínicas	
	02	Setor de Enfermagem	
	03	Setor de Exames Complementares	
T o t a l			

CONVENIO INFS — SECRETARIA
 PARA INTEGRAÇÃO DAS ATIVIDADES NO CENTRO DE SAÚDE

Q U A D R O I I

Distribuição dos recursos por elemento da despesa

Programa	Sub-Programa	Titulo	Despesas Correntes (em Cr\$)				Despesas de Capital (em Cr\$)		
			Pessoal	Material de Construção	Serviços de Terceiros	Total	Equipa-mento	Material Permanente	Total
01		Dinamização dos Setores de Registro e Arquivo e de Secretaria							
	01	Melhoria do Sistema vigente							
	02	Análise da documentação							
02		Implantação do Setor de Assistência Social							
03		Melhoria dos Serviços finais							
	01	Consultas clinicas							
	02	Enfermagem							
	03	Exames complementares							
		T o t a l							

CONVENIO INFS — SECRETARIA
 PARA INTEGRAÇÃO DAS ATIVIDADES NO CENTRO DE SAUDE
 Q U A D R O I I I
 Cronograma de desembolso dos recursos

Programa	Sub-Programa	Título	Parcelas Trimestrais (em Cr\$)			
			Jul. 1970	Out. 1970	Jan. 1971	Abr. 1971
01		Dinamização dos Setores de Registro e Arquivo e de Secretaria				
	01	Melhoria do Sistema vigente				
	02	Análise da documentação				
02		Implantação do Setor de Assistência Social				
03		Melhoria de serviços finais				
	01	Setor de consultas clínicas				
	02	Setor de Enfermagem				
		Setor de Exames complementares				
T o t a l						