



Cadernos da Controladoria

Nova série Ano VI, nº 1 - março de 2006

Controladoria Hospitalar

Apresentação

Para a primeira palestra dos Seminários da Controladoria de 2006 convidamos o professor José Francisco Ribeiro Filho. Ele é mestre em Ciências Contábeis pela Fundação Getúlio Vargas e na época em que o conheci, em 1990, ele fazia o mestrado aqui no Rio de Janeiro. O professor é doutor em Controladoria e Contabilidade pela Universidade de São Paulo, onde defendeu a tese *Modelo gerencial para a eficácia de hospitais públicos - análise no âmbito de uma entidade de ensino e assistência*. Atualmente é professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), onde ocupa o cargo de vice-diretor do Centro de Ciências Sociais Aplicadas do Departamento de Ciências Contábeis. É autor do livro *Controladoria hospitalar*, lançado em 2005 pela Editora Atlas, tema da palestra de hoje.

O trabalho do professor José Francisco está em uma ótica de melhoria da gestão. Em 1997, José Francisco fez um trabalho sobre indicadores e ganhou o primeiro prêmio no concurso de monografias da Secretaria do Tesouro Nacional. Gostaria de agradecer a sua vinda, por dispor do seu tempo na universidade para vir ao Rio fazer essa palestra. Esperamos que aconteçam outras oportunidades para nosso debate.

Lino Martins da Silva

Controlador Geral do Município

Controladoria Hospitalar

José Francisco Ribeiro

Rio de Janeiro, 06 de março de 2006

Boa tarde a todos aqui presentes. Lino Martins da Silva, meu querido professor, é uma honra estar na Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, rever os amigos, os colegas e essa cidade que nos acolheu. Tenho boas lembranças da época em que morei aqui com toda a família. Um dos meus filhos tinha seis anos na época em que veio para cá: ele estudou na Escola Municipal Benedito Otoni, na Tijuca, e até hoje guarda com muito carinho todas as fotos dos colegas e professores. O Rio de Janeiro está presente em nossa família, por isso é uma honra, realmente, estar aqui.

Antes de tratar da temática da controladoria hospitalar, quero fazer uma ressalva a esta Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, uma experiência pioneira no Brasil, tão bem sucedida. A controladoria na

área pública é algo novo no Brasil. A Controladoria Geral da União tem muito mais um papel de correção do que propriamente de controle gerencial. Na visão que o professor Lino ensinava naquela época e que conseguiu concretizar aqui, a controladoria é uma experiência que deve ser tida como um parâmetro de estudo e de análise para o País.

A controladoria hospitalar é uma preocupação do nosso grupo de estudos na Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de uma rede de pesquisa formada por quatro universidades federais: a Universidade de Brasília (UnB), a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a UFPE e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Há também um grupo de estudos chamado Grupo de Estudos em Controladoria do Nordeste (Gecone), registrado na base do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do qual faço parte. Entre as muitas preocupações e vieses de abordagem do grupo está a controladoria hospitalar.

Esse tema, a gestão hospitalar, é um desafio. Por isso a controladoria hospitalar é um assunto que encanta cada vez mais. Tive uma experiência que talvez tenha sido o momento crucial na decisão de estudar a entidade hospitalar: implantar e dirigir a Controladoria do Hospital Universitário da UFPE. Trata-se de um hospital de grande porte, hoje considerado hospital de referência em várias especialidades na região e no Estado.

Assisti de perto ao desafio que é gerir uma unidade de saúde e trouxe para cá um pouco dessas reflexões acreditando que iremos interagir e que possamos juntos nos debruçar sobre algo que está desafiando os poderes público brasileiros, que é a questão da eficiência, da eficácia, como gosta de lembrar o professor Lino Martins, na gestão pública dos hospitais. Esse é um desafio multidisciplinar. Aprendi bastante interagindo com os grupos dentro dos hospitais que possuem equipes multidisciplinares. Muitas vezes encontrei pessoas que faziam uma distinção entre "os que usam aventais brancos e os que não usam. Os pés brancos e os pés pretos". Essa dicotomia gerava desde a piada mais prosaica ao embate mais duro e difícil nas unidades hospitalares. Isso é algo que nos desafia como pessoas que estão preocupadas com a gestão e com a eficiência do gasto, do uso do recurso.

Vou apresentar um recorte de modelo conceitual que pode ajudar na estruturação de uma abordagem de gestão para as entidades hospitalares. Gostaria de fazer isso trocando experiências com vocês, dizendo sinceramente que temos hoje no Brasil um espaço para melhorar a gestão das nossas entidades hospitalares. Também queria mostrar que a quantidade de recursos pode ser pequena, mas a gestão superficial tem gerado uma ineficiência muito grande no gasto e existe espaço para a otimização. O Brasil é um país reconhecidamente carente, pobre (com oferta orçamentária para a área de saúde ainda insuficiente), mas que tem a perspectiva de melhorar muito a gestão hospitalar.

Tenho me inspirado muito no Dr. Lucas, médico e patrono dos médicos. Na verdade existem dois apóstolos com idéias muito próximas: Lucas e Mateus. Lucas era um médico amado, o médico do apóstolo Paulo, muito preocupado com as questões da saúde espiritual. Mateus arrecadava impostos e é o patrono dos contadores. Tenho olhado muito para Lucas e Mateus, para os desafios que esses homens tiveram e para os desafios que temos hoje.

Gostaria, antes, de traçar um panorama rápido da saúde pública no Brasil, que acredito todos já dominam com tranquilidade. Existe um documento de conhecimento geral baseado no relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) - que depois a Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan) reeditou - com dados interessantes sobre a situação da saúde no Brasil comparada a outros países.

O Brasil ocupa a 35ª posição no ranking dos 60 países que mais gastam com saúde. Pelo critério da paridade do poder de compra, um critério macroeconômico, o governo gasta em torno de US\$ 280 dólares por habitante por ano com saúde. O valor supera a média latino-americana, que é de US\$ 261 e é quase o dobro da registrada pelas nações de renda média baixa, no valor de US\$ 142. Esses dados mostram que o padrão de gasto com saúde pública no Brasil não é trivial: trata-se de um País que ocupa uma posição relevante em termos de gastos por habitantes por ano com saúde. No entanto, os indicadores do País são muitas vezes piores do que os de seus pares. Dos 25 países cujo gasto per capita é inferior ao brasileiro, 15 têm taxa de mortalidade infantil menor que a do Brasil. O problema começa a aparecer para a gente como não sendo apenas falta de dinheiro.

Quero fazer uma ponderação tomando como base o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do planeta, que é o da Noruega. Esse país gasta US\$ 3 mil por ano por habitante com saúde. A média mundial é de US\$ 708. Ao compararmos esse valor com US\$ 280, chegamos à conclusão de que o Brasil tem espaço para crescer. O que estou querendo mostrar é que gastamos esse dinheiro e, no entanto, não conseguimos refletir a eficiência desse gasto nos indicadores ao comparar o Brasil com países que gastam menos com saúde.

Em relação à mortalidade adulta, por exemplo, 16 das 25 nações que gastam menos do que o Brasil têm índices menores. A esperança de vida ao nascer era de 68.9 anos em 2002 no Brasil, 71.6 na Tunísia (que gasta US\$ 207 por habitante por ano com saúde), 69.7 no Peru (US\$ 113) e 69.6 no Vietnã (US\$ 43). Estou enfatizando o espaço da gestão, da perspectiva do controle gerencial e da controladoria na área de saúde.

Vamos olhar para o sistema de saúde no Brasil. O artigo 196 da Constituição Federal garante a universalidade do acesso à saúde. Todos nós quando nascemos temos um plano de saúde, que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Fizemos um estudo recentemente sobre a Finlândia, que desenvolveu um programa da reforma do seu sistema de saúde. Trata-se de um país com seis milhões de habitantes, menor do que muitos estados brasileiros, com IDH muito alto, com um sistema de saúde totalmente público. Como resultado da pesquisa foi publicado um material sobre hibridização do conhecimento contábil por médicos. O DNA da reforma estava nos gestores e médicos dos hospitais finlandeses.

A frente era a transferência de conhecimento para que esses gestores e médicos que estão na ponta da atuação passassem a associar ao seu conhecimento profissional determinados conhecimentos técnicos para auxiliar no processo decisório, como conhecimentos exclusivos e detidos por contadores: margem de contribuição, ponto de equilíbrio do processo, demonstrações de resultados. Todo o esforço, a fronteira da reforma do sistema de saúde, era capacitar os profissionais com instrumentos de outras áreas que pudessem auxiliá-los na otimização, nas escolhas dos caminhos terapêuticos, nas direções que iriam adotar para auxiliar os seus pacientes.

Essa perspectiva nos chamou muito a atenção. Replicamos esse estudo em três Estados do Nordeste e encontramos um divórcio preocupante e impressionante de determinadas gerações de médicos: profissionais de saúde que se formaram em determinado ano e não agregaram esse conhecimento complementar. Observamos que essa geração é agora a dos chefes de serviço, diretores e gestores, os médicos com mais experiência, dos profissionais mais conhecidos em suas áreas.

Normalmente a promoção era, por exemplo, ser chefe do setor, diretor, gestor de orçamento. Essa "promoção" na estrutura hierárquica das unidades de saúde trouxe profissionais extremamente competentes nas suas atividades-fim. No entanto - pelo menos nesse estudo do Gecone na Paraíba, no Rio Grande do Norte e em Pernambuco - detectou-se um distanciamento entre o conhecimento técnico e a necessidade do conhecimento complementar na área de orçamento, de custos. De acordo com os dados da pesquisa, nesses Estados entendia-se que tal conhecimento não era necessário e não ajudava o profissional. Trata-se daquela visão de que saúde não tem preço. Quem tem que cuidar do abastecimento é a área de logística, quem tem de providenciar as compras é o setor de compras, quem tem que disponibilizar medicamentos é a farmácia. Tudo na base do "isso não é um problema meu" (do cirurgião, do clínico).

Comparamos essas duas visões da reforma de um país atípico, a Finlândia (seja pela qualidade de vida ou pela disponibilidade de recursos), com a nossa realidade de Nordeste. Fizemos um teste estatístico e encontramos diferenças em todas as comparações realizadas. Os profissionais não compreendem essa necessidade. Não aprofundamos o aspecto subjetivo desse divórcio, mas ficou claro que ele existe, e é um fato que preocupa bastante. Lembro aqui do livro do jornalista João Máximo, sobre a Clínica São Vicente, uma das inspiradoras do nosso trabalho. Recordo também o trabalho do Dr. Luiz Roberto Londres, da Clínica São Vicente, filho de nordestinos. A propósito, a Clínica São Vicente foi fundada por dois nordestinos: um paraibano e um pernambucano. O Dr. Roberto Londres desde o início pensou em criar uma estrutura administrativa na clínica dele para liberá-lo para cuidar da parte clínica. Entendi essa decisão como um embrião de controladoria hospitalar, que citei na pesquisa.

A perspectiva dos financiadores da saúde é de interferir no que poderíamos chamar de trindade da medicina: médico, paciente e encontro clínico. O médico prescreve um procedimento, o financiador da saúde diz assim: "Esse procedimento não". Mas o encontro clínico já aconteceu, o médico já prescreveu e lá na frente alguém da área de controle, de gestão, diz: "Não pode fazer tomografia, só radiografia", por exemplo, entendendo que uma radiografia é mais barata que uma tomografia. Isso nos preocupa porque no Brasil a economicidade está em interferir no processo de decisão clínica, uma visão extremamente preocupante, pensando em um serviço de saúde de qualidade. Eu, paciente, confio no meu médico. Não quero que, após conversar com ele, alguém desconhecido diga que não posso fazer A ou B.

No momento de fechar as contas nos hospitais, se instala uma verdadeira briga surda. Estou falando de hospital privado, mas no caso de hospital público também não é muito diferente. Isso é tão sério que a classe médica reagiu com a lei do ato médico. A minha leitura é que se trata de uma reação desesperada. As planilhas não são aprovadas em sua totalidade, prejudicando os hospitais e inviabilizando o serviço. A lógica financeira está desconsiderando que a decisão terapêutica, clínica, também deveria levar em conta a oferta de recursos, as alternativas, as possibilidades. Mas os médicos não gostam, não querem e então instalou-se essa desinteligência na gestão hospitalar. Os financiadores da saúde glosam as contas e os profissionais prestadores de serviço estão em um verdadeiro turbilhão de luta para subsistir e sobreviver em suas unidades de saúde.

Estou tratando desse ponto por conta do artigo 199 da Constituição Federal: ao mesmo tempo em que temos a universalidade, a saúde é livre à iniciativa privada. Sabem o que tem acontecido? Vivenciei isso em nosso hospital: os pacientes que precisam dos serviços de alta e média complexidade da tabela do SUS são forçados a serem transferidos para as unidades privadas de saúde e a saúde pública fica sem esses serviços. É uma guerra brutal. Aconteceu com a hemodiálise na nossa região porque a tabela de remuneração é de R\$ 150 por sessão, o que dá para manter uma clínica de hemodiálise. Aconteceu também com outros serviços e o atendimento ambulatorial, que não remunera bem, fica sobrecarregado.

Sobre a questão da eficiência do gasto público de saúde no Brasil, Cristiano Prado, assessor da Firjan, fez uma afirmação que achei interessante. Ele disse que os gastos com saúde representam 10% dos gastos públicos, o que não é pouco. Mas a eficiência do gasto no Brasil é inferior - tanto em relação aos países que gastam menos, quanto ao grupo de nações com nível de renda semelhante. Estou somente enfatizando a tese de que existe espaço para que discutamos, incluindo os governantes, controladores e gestores, o modelo de gestão de entidades de saúde no Brasil. Deveríamos fazer isso urgentemente porque há uma verdadeira ineficiência de gasto e, cada vez mais, a prestação de serviços tem sobrecarregado os profissionais. Conheço colegas da área de saúde que estão desencantados com a sua atividade profissional por conta da pressão, das carências e das dificuldades. Éramos anualmente convidados a formar uma comissão para fazer incineração de remédios que não tinham sido utilizados, para fazer levantamento de medicamentos que haviam perdido a validade. Tudo isso acontece porque um sistema de informação e um modelo de gestão não são prioridades.

Os desembolsos com saúde no Brasil estão aquém dos países desenvolvidos. A Noruega, por exemplo, gasta em torno de US\$ 3.000 por ano por habitante com saúde. Será que esse é o ideal? Deveríamos pensar assim: vamos caminhar para aumentar o gasto com saúde? A média anual é de US\$ 806. Existe um espaço para aumentar o gasto público? Sim, mas existe um espaço também para tratar da gestão. Poderíamos pensar em aumentar o gasto público, mas temos um problema sério de restrição orçamentária e de carga tributária elevada. Vamos aumentar o gasto público sem o País crescer? É uma ficção pensar que vamos aumentar os gastos públicos se nossos índices de crescimento são pífios. A perspectiva de melhoria de gestão para uma parcela significativa dos gastos realizados em hospitais públicos é a controladoria hospitalar.

Estou nesse momento aqui no Rio de Janeiro, mas moro em Recife, onde vivem minha esposa e filhos. Se eu tivesse a tranquilidade de que se eles precisassem de um serviço de saúde fossem atendidos em uma unidade pública e esse atendimento não ameaçasse a continuidade da vida deles, ligaria para o meu agente de seguro e cancelaria o meu plano de saúde. Eu, usuário, não tenho essa garantia. Então, constatamos uma situação dramática: melhorar o serviço público de saúde significa ameaçar a continuidade do serviço privado? Se a gestão hospitalar for competente, se a efficientização dos gastos funcionar, significa que o serviço privado está sob ameaça? Estou falando genericamente porque existem diferentes

serviços e especialidades.

Vimos reportagem recente na televisão mostrando a existência do turismo médico e como o Brasil faz parte dessa rota. Nossos profissionais já têm um nível de qualificação internacional, o que permite que as pessoas façam turismo clínico, venham de outros países se consultarem e até fazerem cirurgias aqui. (Estou tratando das outras especialidades em geral). A universalidade do acesso à saúde e a liberdade da iniciativa privada atuar são questões incompatíveis? Se não discutirmos esse tema, nenhum modelo de gestão funcionará porque existe um problema anterior: a convivência do sistema complementar de saúde. Está escrito no Artigo 199 da Constituição que a saúde é livre à iniciativa privada e, segundo o parágrafo primeiro, a iniciativa privada poderá participar no sistema complementar. As instituições privadas podem se credenciar e ser ofertadoras de serviço no SUS.

Tenho um amigo desenvolvendo uma tese na qual faz algumas associações. Utilizando modelos de correlação, ele está mostrando que a violência cresce em uma determinada região à medida que aumenta a oferta de serviços privados de segurança, o que é incompatível. Posso ter uma empresa privada de segurança, por exemplo, e o meu funcionário ser um agente público que ganha no máximo cinco salários mínimos. Ele precisa fazer bico e hora-extra para complementar seu salário, o que deixa a prestação do serviço público comprometida. Então precisamos discutir isso do ponto de vista de gestão.

Como isso acontece na saúde? É compatível a existência simultânea de um serviço público de saúde de primeira linha e a de serviços privados de primeira linha? Estou apresentando isso para vocês para refletirmos sobre o controle. Vamos controlar qual ambiente e o quê? A nossa luta é para manter um serviço de imagem em um hospital público, porque a quantidade de clínicas que prestam serviço de imagem no entorno é enorme. Era muito difícil que o serviço público tivesse um serviço de imagem de primeira linha: havia muitas dificuldades, resistências, os projetos iam e vinham... Na verdade precisamos nos debruçar sobre essas questões. Conversando com uma pesquisadora da área de serviço social, ela disse que tudo vai funcionar quando a classe média for para o SUS. Então significa que eu vou quebrar a iniciativa privada. A grande questão que estou trazendo para refletirmos é controladoria hospitalar, mas em qual ambiente de controle? Como pensamos isso? A oferta de serviços da rede complementar privada, planos e seguros de saúde versus a oferta de serviços da rede hospitalar mantida pelo SUS. Essa é discussão que precisamos fazer, caso contrário não instituiremos um modelo de controle para tornar eficiente o gasto.

A hipótese que levanto agora é a de que o legislador constitucional trabalhou bem: previu o funcionamento dos SUS e a convivência desse sistema com a iniciativa privada sem nenhum problema, sem uma concorrência predatória entre um setor e outro. Se essa hipótese é razoável, podemos continuar, caso contrário precisamos reestruturar essa concepção. Mas suponhamos que essa hipótese seja plausível. Caímos então na perspectiva da teoria do agenciamento: a controladoria nasce porque existe um conjunto de pessoas (agentes e principais) que são simultaneamente tomadores e prestadores de serviços. Há realmente espaço e necessidade de um sistema que faça o arbitramento desse fluxo de informações, senão o desalinhamento será permanente.

Vou tratar agora da teoria do agenciamento ou do agente principal. Os interesses são mediados nas entidades por um conjunto de contratos, com a perspectiva de que existe uma grande quantidade de contratos nas instituições. O problema é que os agentes têm mais informações do que os principais. Esta assimetria de conhecimento influencia adversamente a capacidade dos principais de monitorar o atendimento de seus interesses pelos agentes. Os agentes, muitas vezes, caem na tentação de usar esse desalinhamento em benefício próprio e é por isso que acontecem os escândalos financeiros, as quebras fraudulentas.

A idéia de controle gerencial, de controladoria, só nasce porque o fato concreto é o de que existe desalinhamento de objetivos e assimetria informacional. A controladoria é um instrumento para fazer com que exista alinhamento entre agente e principal. Para falar da administração pública, cito um trabalho recente da professora Ana Paula Paes de Paula, o livro *Por uma nova gestão pública* (Editora FGV, 2005). A transferência de serviços para a iniciativa privada geraria vantagens de estimular a ação racional e maximizadora. É uma perspectiva da visão da gestão pública, de que quem é eficiente é a iniciativa privada. Trata-se de uma tese que muito se discute e é falaciosa, por isso estou querendo defender a

instituição da controladoria no hospital público. No entanto, essa transferência não resolve a questão da assimetria informacional entre agente e principal. O problema do desalinhamento continua, a ação governamental atua por meio de instrumentos de regulação, fiscalização e controle que garantam a transparência e a distribuição das informações. Dentro de uma entidade hospitalar deve haver uma instância de controle gerencial responsável por alimentar o sistema interno de informação. É tão trivial essa visão, mas ela encontra muitas resistências.

A controladoria hospitalar está relacionada à gestão de entidades complexas. O professor Peter Drucker afirmou que a entidade de saúde é o invento mais complexo já criado pelo homem. Usei um recorte para falar da interdisciplinaridade: uma entidade hospitalar bem administrada não é resultado do talento ou esforço individual, pelo contrário, é o produto dos esforços e intelectos de um grupo de indivíduos organizados para agirem de comum acordo. Essa convergência, esse alinhamento, só é possível se houver informação, que é a base do alinhamento. Trouxe um diálogo fictício para vocês. A lógica profissional diz: "saúde não tem preço". E a lógica tecnocrática responde: "mas tem custo". Trata-se de uma eterna preocupação com a oferta de recursos disponíveis para operar o meu sistema de saúde, o meu hospital.

Gostaria de fazer um resumo sobre essas questões: o problema é o desalinhamento do objetivo, por isso trato da teoria do agenciamento. Temos uma grande dificuldade de comunicar o desempenho e a performance da estrutura complexa de uma entidade hospitalar. Tive o privilégio de trabalhar com um diretor geral, um cirurgião, uma pessoa visionária e com muita vontade de que as coisas funcionassem. Trabalhei também com um diretor técnico que era nefrologista. A questão nesse hospital é que cada unidade tem seus "donos". Por exemplo: quando nos reuníamos com o pessoal da lavanderia hospitalar, as demandas eram todas cheias de justificativas e razões que impediam qualquer possibilidade de interlocução e quando acabava a reunião com aquele grupo, ele ganhava de dez a zero. Apresentava razões técnicas, microbianas, de PH, entre outras, que não estavam de acordo com a portaria etc, que a oferta de recursos deveria ser elástica.

Quando nos reuníamos com o pessoal da esterilização também perdíamos. Eles diziam que a autoclave não servia, que estava quebrado ou não era bom, que era preciso comprar outro, um diálogo complexo porque somente os especialistas conhecem e sabem defender as suas necessidades. Quando nos reuníamos com o grupo que gerenciava o centro cirúrgico, o score não era nem de dez a zero, era de 100 a zero.

O centro cirúrgico operava 20 salas por turnos em um hospital-escola. O grupo que gerenciava essa unidade quando vinha apresentar suas demandas e discussões, o desalinhamento informacional não era para mim, que não sou médico, era para os médicos, o diretor técnico, os coordenadores de área.

Quando os grupos vinham discutir, eu notava que eles mesmos chegavam no limite porque o desalinhamento informacional era gritante. Não se gerencia um barco, uma casa ou uma entidade dessa forma, é impossível, a oferta de recursos é limitada. Esse é o drama humano: recursos escassos versus necessidades ilimitadas. Nessas reuniões, só ganhávamos de dez a zero do pessoal da administração. Esse grupo solicitou um *software* para gerenciar a dosagem individualizada, que era um avanço da farmácia. Os profissionais da administração queriam automatizar os prontuários e criar estruturas dentro das enfermarias, por exemplo. Na nossa cabeça ou na cabeça dos diretores era fácil argumentar.

A nossa gestão se limitava a administrar conflitos constantemente. O meu diretor geral dizia para mim às vezes: "O que estou fazendo aqui?". Era um drama gerenciar o hospital devido ao desalinhamento de objetivos. O que se pensou sobre o controle gerencial? A idéia era de que ele funcionasse como um tradutor. Todas essas limitações, demandas e necessidades precisavam ser colocadas em uma língua comum. Eu disse então para o diretor: "Dr, chega um aqui e fala sânscrito, outro fala aramaico, outro fala grego. Não somos políglotas, somos incompetentes porque não conseguimos entender essas línguas". Esse meu diretor de uma família de judeus dizia assim: "Francisco, trata-se da síndrome da mãe judia". Eu pedi para que ele explicasse e ele disse que as enfermeiras andavam pelo hospital procurando coisas porque não queriam que o serviço delas parasse. Se uma enfermeira achar uma caixa de luvas de procedimento ela leva. Se encontrar uma caixa de dipirona em gotas ela leva. Podem faltar outros serviços, mas o dela não.

Imaginem um cachorro correndo atrás da própria cauda: uma administração caótica, uma gestão

absolutamente impossível, um desalinhamento que gera a ineficiência do gasto. Se falo uma língua que ninguém entende pode ser um status de poder que ocupo dentro da estrutura. Havia um programa de redução de estômago e um grupo de cirurgiões que fazia esse tipo de cirurgia. Eles ganhavam tudo do melhor, era o grupo que estava em foco.

Houve uma época em que um médico do grupo que faz transplante de fígado voltou da Inglaterra. O grupo dele passou a conseguir o melhor em medicamentos, etc; tudo por ciclo, um desalinhamento dramático. A proposta para solucionar essa questão é um tradutor que chamamos de medida do resultado econômico. Pegamos a velha contabilidade que traduz diversas informações em um denominador comum: dinheiro. Desenvolvemos um modelo para que todos os procedimentos e todo o material fossem traduzidos em duas linhas: receita e despesa econômica.

Como funcionou a primeira sessão? Para começar, a receita econômica era a tabela do SUS, à qual todos estavam subordinados. Houve uma discussão porque alguns não queriam essa tabela, mas ela foi escolhida porque o hospital é remunerado pelo SUS. A despesa era o que cada setor exigia como procedimento que desejava fazer: por exemplo, o grampeador é de determinado tipo e o antibiótico é tal. Quando a gente analisava a receita econômica e comparava com a despesa, aparecia o resultado econômico do procedimento. Se o indivíduo falasse sânscrito, seria traduzido em resultado econômico; se falasse grego também.

Na primeira reunião, todos os chefes de serviço estavam projetando por unidade. A justificativa dos procedimentos era discutida por cada equipe. O resultado do documento que a representante da informática fez no Excel era todo vermelho, quase não dava para controlar a reação. Primeiramente, houve uma catarse, alguns chegaram à conclusão de que o sistema era inviável, de que tinha falido. O grupo da ortopedia deu o primeiro passo: contamos com pessoas que têm cérebro, mas também coração. Acho que o profissional de Saúde é o que tem mais coração.

Um professor titular da disciplina de Ortopedia disse que no mês seguinte viraria o resultado, pois ele é quem devia discutir com o seu grupo as próteses que ia utilizar, onde iria comprá-las. Depois disse para mim: "Essas empresas chegam aqui e começam empurrando essas coisas e dá nisso, está vendo? Vou cuidar disso agora". Ele entrou no processo, não só como cirurgião ortopedista de gabarito, mas também como gestor, e foi discutir as peças, as próteses, o valor, o tipo, a qualidade, a oferta e a disponibilidade. O serviço dele foi o primeiro a sofrer uma mudança radical: a ineficiência que existia partia de uma certa leniência, o pensamento era o seguinte: já que ninguém controla, não vou me preocupar com isso.

Havia um processo complexo nos primeiros anos do curso médico, para o qual era necessário repetir exames ou pedir exame que o médico sabia que não precisava. Como foi resolvido isso? Separando as unidades de negócio: uma coisa era o hospital, outra a unidade de ensino; uma coisa era a disciplina de clínica médica e outra era o hospital, o paciente que recebeu o tratamento. Uma das críticas ao tradutor é a de que a receita econômica não deveria ser a tabela do SUS, pois existem serviços com mais flexibilidade na linha de despesa do que outros.

A controladoria hospitalar criou uma estrutura para montar esse tradutor. Trata-se de um plano de contas, algumas vezes alimentado online (se o serviço estiver na rede), outras vezes com ficha (em caso de solicitação de material almoxarifado). Quando o almoxarifado fazia uma dispensa, por exemplo, para a farmácia, ele a "vendia". É um sistema de preço de transferência interno: o médico junto aos seus alunos ou então os residentes visitavam os pacientes, passavam nas enfermarias, prescreviam, tomavam as decisões e anotavam. A enfermeira ou o serviço de enfermagem solicitava à farmácia os medicamentos, as dosagens, etc. A farmácia vendia à unidade de enfermagem o que era solicitado e o paciente recebia a medicação. Quando o paciente recebia alta, a unidade de enfermagem cobrava do setor de faturamento uma conta.

Esse dinheiro não circulava fisicamente, tratava-se de uma informação transparente rodando o tempo todo dentro de um sistema de preço de transferência. No final do mês, tínhamos as receitas por unidade, por setor, por serviço, assim como os gastos. Quando estávamos fazendo esse trabalho para as áreas de apoio, manutenção, engenharia clínica, a gestão mudou e deixamos o grupo. O projeto agora está sendo desenvolvido pelo grupo que assumiu e existe um desafio de refinar o tradutor à medida que ele vai sendo

trabalhado. A tendência é que a tradução vá ficando mais fiel, mais próxima do processo físico-operacional.

A perspectiva de solução para o desalinhamento informacional é esse tradutor que estou chamando de controladoria hospitalar. Ela faz parte do que chamamos de hospital eficaz, com missão, funções, estrutura organizacional de acordo com o seu tamanho. Esse modelo deve englobar pessoas satisfeitas e metas cumpridas. O processo de gestão tem a ver com a cultura e a história da entidade. A unidade de controladoria mantém o modelo de controle gerencial e o sistema de informação em comunicação - o tradutor que vai analisar todos os processos físicos e operacionais e atribuir uma variável monetária, financeira. Esse modelo suporta três perspectivas: produtividade, continuidade e satisfação das pessoas. A orientação para criar o sistema de informação não pode deixar de lado a satisfação das pessoas, não pode ter apenas um foco tecnicista. Se não atender às equipes - seja de pacientes ou de profissionais de saúde - o modelo não está completo.

As atividades hospitalares são complexas. No hospital universitário existem quase 500 leitos, inúmeras especialidades médicas, vários profissionais e acontecem diversas cirurgias, partos na maternidade. Cada especialidade e procedimento têm um processo físico-operacional próprio e a controladoria traduz essas atividades físico-operacionais, reduzindo-as a uma variável única, a variável de resultado. Todo o trabalho do controle gerencial é criar essa variável, é estabelecer o caminho para que a tradução seja feita. O controle trabalha com regras de mensuração de ativos, conceitos reconhecidos pelos órgãos internacionais de contabilidade e de auditoria, com o conceito correto de receita e de passivo; tudo de acordo com o que é aceito pela comunidade internacional de contabilidade.

Trata-se de um processo de aproximação: estamos cada vez mais sofisticando a mensuração a ponto do processo físico-operacional ficar corretamente traduzido. As fontes dessa tradução correta são os próprios profissionais que nos dizem onde estão as informações e nós vamos codificando. Primeiro criamos um modelo conceitual, que depois transforma-se em bit e byte. Posteriormente, é feito um projeto lógico e o pessoal do sistema transforma as informações em um programa de computador e disponibiliza.

A controladoria gerencia esse sistema de informação. É um modelo de gestão com visão multidisciplinar de entidades hospitalares, com atuação coordenada e congruente dos profissionais de saúde. Quando os profissionais de saúde se reuniam com o pessoal da controladoria, de vez em quando o discurso era 100% grego. Com o passar do tempo não era mais 100% grego, tinha uma parte de nordestino no meio da conversa ou de português ou de alguma língua que se entendesse conjuntamente. O nosso modelo era o da visão do profissional de saúde finlandês, "dono" da área técnica e da ferramenta de apoio, que quando vai para o encontro clínico - cognitivamente, mentalmente - já vai armado com informações. Esse era o nosso objetivo, ou melhor, continua sendo nossa meta: a controladoria de acordo com o modelo decisório de cada profissional.

Resumindo, o papel da controladoria hospitalar é fazer a interface entre as áreas de saúde e a de apoio administrativo, financeiro e contábil; operacionalizar o sistema de informações de gestão econômica; otimizar as atuações nos centros de resultados (ao informar por meio de relatórios de resultado o valor do procedimento) e auxiliar no processo de gestão hospitalar. A interface é feita com a tradução e a mensuração do resultado de cada procedimento.

No modelo finlandês que estudamos, o controlador é o próprio médico, que sabe o que é ponto de equilíbrio, margem de contribuição, etc. O controlador deve ter capacidade para supervisionar e atuar em todas as funções orçamentárias, financeiras, contábeis e de gestão dos custos hospitalares; perfil para atuar em equipes multidisciplinares, especialmente no desenvolvimento e na manutenção do sistema de informações gerenciais; habilidade para negociar projetos; capacidade de comunicação; liderança focada em resultados; persistência, flexibilidade e forte compromisso ético. Não sei se é humano, mas pelo menos esse é o perfil ideal de um controlador.

Quando alguém atua em equipes interdisciplinares, se apropria de saberes das outras áreas e essa troca se dá sob a égide de um forte compromisso ético. É diferente trabalhar em um hospital. Não estou dizendo que a ética não seja necessária para trabalhar em uma fábrica, mas em um hospital entram questões de relacionamento e necessidades humanas, que provavelmente não encontraríamos em uma fábrica. Essa proposta é fruto do trabalho que desenvolvemos com o professor Armando Catelli, da Universidade de São

Paulo. No Gecone, na nossa universidade, há também alguns visionários que estão trabalhando com o tema da controladoria hospitalar.

Para finalizar, eu sei que o professor Lino defendeu uma tese sobre custos na área pública, então trouxe uma pitadinha de sal (ou de pimenta). De certa forma fazemos uma crítica a todos os modelos de custeio por absorção, que não foram capazes de permitir o alinhamento entre as instituições, pois obrigam que se tenha que fazer aproximações e rateios. Quando é preciso fazer isso, o processo físico-operacional é descaracterizado no nascedouro. Deixamos os modelos de custeio por absorção em stand by e estamos trabalhando com o modelo de custeamento direto, no qual cada nível de acumulação é autônomo para receber receita e despesa. Não existe rateio, por exemplo, da manutenção para as outras unidades, nem das unidades X para as unidades Y. A estrutura do plano de contas que guia o processo de tradução é formada por unidades de acumulação autônomas. Não vai dar suporte a esse modelo de tradução qualquer perspectiva de modelagem de custo que leve rateio em consideração.

A proposta conceitual de gestão econômica tem seis modelos: de gestão, de decisão, de identificação e acumulação, de mensuração, de processamento e de informação e comunicação. Cada modelo desses tem uma estrutura conceitual própria: as unidades de controladoria hospitalar são serviços de saúde, apoio à saúde e apoio administrativo-financeiro. A parte de suporte de processamento de dados não precisa ser necessariamente a internet, mas é necessário ter uma tecnologia de processamento de dados: uma planilha do Excel ou uma folha de contas, por exemplo. Em um hospital de grande porte precisamos investir algum dinheiro para desenvolver a ferramenta de mensuração, acumulação e comunicação de dados.

Considerando o pioneirismo da Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, sugiro que ela institua um grupo de controladoria hospitalar junto aos profissionais da Secretaria de Saúde, entre eles, médicos, enfermeiras, nutricionistas e gestores. Proponho que esse grupo comece a fazer uma reunião por mês para pensar em uma modelagem. Acredito que o Rio de Janeiro, como sempre fez na história, iria dar de lavagem, de lambuja - como se diz na minha terra - em relação aos outros Estados brasileiros. O Gecone tem um impacto muito pequeno porque se trata de um grupo acadêmico, com uma experiência restrita. Utilizamos uma tipologia de pesquisa experimental, simulações em laboratório e modelagens estatísticas, o impacto no tecido organizacional é pequeno.

Se tomássemos como exemplo a Prefeitura do Rio de Janeiro e sua Controladoria e Secretaria Municipal de Saúde, provavelmente iríamos chamar a atenção dos órgãos financiadores brasileiros para desenvolvermos a sério o sistema de controle nos hospitais. Começaríamos com uma unidade, fazendo um benchmarking interno e a partir daí ensaiaríamos e alçaríamos vôos mais altos. A controladoria hospitalar seria definida a partir dos setores administrativo, de contabilidade e de custo pré-existentes nos hospitais e seria formada por profissionais com pós-graduação, pois é preciso valorizar a controladoria hospitalar nos principais hospitais ou em conglomerados de hospitais.

Acho que já ensaiamos tanto e caímos até na esparrela da intervenção. O senhor, professor Lino, poderia criar uma pós-graduação em controladoria hospitalar na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, porque assim o senhor dá emprego aos professores. Ninguém quer Bolsa Família: quer emprego. O senhor criaria esse curso e obrigaria que todos os médicos do município o fizessem. Veja que estou brincando.

O fato é que estamos diante de uma crise de descontinuidade na saúde pública. A visão dos mega-projetos ou dos mega-hospitais, dessas estruturas muito complexas e grandes, merece uma reflexão. Gostaria de enfatizar um ponto sobre a contratualização, sobre o modelo de contrato de gestão. Para que uma contratualização ou um contrato de gestão viesse a funcionar de fato em uma entidade ou em um hospital, o gestor assinaria o contrato. O diretor disporia de uma equipe alinhada, de uma estrutura de funcionamento que conseguisse visualizar, ou seja: de ferramentas de gestão. O trabalho do professor Iran Siqueira Lima, uma tese de doutorado, foca as empresas estatais. O que está subjacente é a existência de um modelo de gestão operacionalizável. A minha visão, mais normativa do que empírica, é a de que não temos na maioria dos hospitais esse modelo de gestão operacionalizável. Quem fizer um sistema de contratualização para administrar um hospital ou um conjunto de hospitais deverá levar debaixo do braço um modelo de gestão operacionalizável. Caso contrário, não produzirá metas porque não saberá como produzi-las ou mensurá-las.

Estou propondo que nós gastemos tempo em equipar os hospitais com esse modelo de gestão operacionalizável, porque é preciso evoluir para um tipo de responsabilização definida a priori. Se eu contratar um Secretário de Saúde, uma Secretária de Saúde ou um gestor de um hospital, no pressuposto desse contrato não há nada, em princípio, que aponte para metas, para níveis de gestão. Nós usamos nossa experiência e vamos tocando o dia-a-dia. Imaginem o momento em que um gestor público assumir uma entidade hospitalar e assinar um contrato de gestão no qual as metas estejam previamente estabelecidas. A minha visão é que isso somente será possível se tivermos um modelo de gestão operacionalizável. O meu esforço, a minha dedicação nessa área da controladoria hospitalar é tentar levantar questões sobre a possibilidade de construir esse modelo de gestão. Muito obrigado.

[Expediente](#)

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Prefeito: Cesar Maia

Vice-Prefeito: Otavio Leite

Controladoria Geral do Município

Controlador Geral: Lino Martins da Silva

Sub-controlador: Vinícius Viana

Assessoria de Comunicação

Assessora: Sonia Virgínia Moreira

Cadernos da Controladoria

Organização de Eventos: Graça Louzada

Administração de Eventos: Vanda Pastro

Edição de Texto: Sonia Virginia Moreira

Capa: Georgeana Dummar

Editoração: Gisele Paz Vieira

Transcrição de Áudio: Janaína Soares

Apoio Técnico: Diego de Souza Nunes

Versão Online: Diego de Souza Nune