

Relação da Alavancagem Operacional com o Resultado de Hospitais Filantrópicos da Região de Belo Horizonte

Ciro Gustavo Bragança: Mestrando em Ciências Contábeis
Universidade Federal de Minas Gerais
gustavobraganca@hotmail.com

Rosimeire Pimentel Gonzaga: Doutora em Controladoria e Contabilidade
Universidade Federal de Minas Gerais
ropgonzaga@face.ufmg.br

RESUMO

Os hospitais filantrópicos são considerados como sendo entidades complexas e que necessitam de gestão diferenciada por atuarem em um contexto social com atendimento da demanda da população carente e, por terem de se atualizar constantemente frente a estas demandas. Passam por dificuldades financeiras que, dentre outros, permeiam a defasagem da tabela do Sistema Único de Saúde e também má gestão de alguns dirigentes, explicada pelo fato de que existem entidades filantrópicas com desempenho satisfatório enquanto outras não. Para as entidades situadas na região de Belo Horizonte não é diferente, ou seja, encontram-se em dificuldade financeira. O objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre a Alavancagem Operacional e o resultado dos hospitais filantrópicos. A coleta de dados se deu por meio de visitas aos sites das entidades, bem como diretamente com estas por meio de solicitação formal de informações. Trata-se de pesquisa com abordagem quantitativa com utilização de regressão linear múltipla. Os resultados obtidos permitiram inferir que o GAO não explica o risco dos hospitais da amostra para o ano de 2014, bem como que, a quantidade de leitos e tipo de hospital, se especializado ou geral, tem alto valor explicativo. Adicionalmente, observou-se que estas características das entidades, possivelmente podem explicar sua propensão a legitimidade como entidades filantrópicas já que estas buscam, por meio de ampliação de leitos e outros, atenderem a demanda local da sociedade a fim de cumprirem seus objetivos estatutários.

Palavras-chave: Alavancagem operacional; hospitais; filantrópicos.

ABSTRACT

The voluntary hospitals are considered as complex entities and that require differentiated management by acting in a social context with the care of the poor demand and by having to constantly update forward these demands. Experiencing financial difficulties, among others, permeate the gap of the Unified Health System table and also mismanagement of some leaders, explained by the fact that there are charities with satisfactory performance while others do not. For entities located in the region of Belo Horizonte it is no different, ie are in financial difficulty. The objective of this research was to analyze the relationship between the Operating Leverage and the result of philanthropic hospitals. The data collection was carried out through visits to sites of organizations as well as directly with these through formal request for information. It is research with quantitative approach using multiple linear regression. The results allowed to infer that the GAO does not explain the risk of the sample hospitals for the year 2014 and that the amount of beds and type of hospital, specialized or general, has high explanatory value. Additionally, it was observed that these characteristics of the entities, can possibly explain their propensity to legitimacy as charities since they seek through expansion of beds and other, meet the local demand of society in order to fulfill its statutory objectives.

Palavras-chave: Operating leverage; hospitals; voluntary

1. INTRODUÇÃO

A atividade econômica em saúde é uma das mais importantes no Brasil e no mundo, conforme a Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) que comenta segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), que a atividade representou em 2011 aproximadamente 9% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, além de ter 4,3 milhões de empregos diretos gerados.

Parte dessa atividade é exercida por instituições sem fins lucrativos como os hospitais filantrópicos. Hospitais filantrópicos são organizações complexas (Souza, Avelar, Silva, Tormim & Gervásio, 2014, p. 7) e de forte apelo social devido atenderem no mínimo 60% de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei 12.101/2009 que dentre outros, dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social. Dada a importância destas instituições, a Câmara dos Deputados (2012), interessada em compreender melhor a realidade destes hospitais, por meio da sua Comissão de Seguridade Social e Família, criou uma SUBCOMISSÃO ESPECIAL destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde. Esta mobilização serviu para abertura de debate com a sociedade para encontrar meios técnicos, financeiros e políticos necessários para a construção de soluções efetivas e duradouras para essa prioridade nacional (Câmara dos Deputados, p. 6).

Ainda de acordo com a Subcomissão Especial, cerca de 2.100 estabelecimentos, com mais de 155 mil leitos, são responsáveis por 45% do total de internações do SUS. Apesar disso, estas instituições têm situação financeira degradada, conforme destaca a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) (<http://www.cmb.org.br/>) que estima que cerca de 1.700 dos 2.100 hospitais operam hoje com *déficit*.

Outro ponto que merece destaque nesse sentido, é a publicação da Lei 12.873/2013 que dentre outros, institui o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS). Este por sua vez tem as seguintes finalidades: garantir o acesso e a qualidade de ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS por entidades de saúde privadas filantrópicas e entidades de saúde sem fins lucrativos; viabilizar a manutenção da capacidade e qualidade de atendimento de entidades sem fins lucrativos; promover a recuperação de créditos tributários e não tributários devidos à União e; apoiar a recuperação econômica e financeira das entidades de saúde privadas filantrópicas e das entidades de saúde sem fins lucrativos.

Em suma, o PROSUS tem em vista sanear a dívida tributária das entidades sem fins lucrativos, dentre estas, os hospitais filantrópicos, e com isso aumentar os atendimentos a população e manter em dia o pagamento dos tributos federais, oriundos da retenção na fonte dos prestadores de serviços. As entidades terão 15 anos para quitarem a dívida tributária federal mantendo-se para tanto adimplentes com a Receita Federal do Brasil, além de aumentarem seus atendimentos de média complexidade em 5%.

Cunha, Souza e Ferreira (2014, p. 4) reforçam a gravidade do setor e comentam que atualmente a área da saúde no Brasil tem passado por problemas financeiros por falta de recursos investidos na área, bem como pela defasada gestão financeira e, má administração, dentre outros.

Dessa forma, entidades como estes hospitais filantrópicos buscam solução para seus problemas dessa ordem e no âmbito da gestão, pode-se dizer que os hospitais filantrópicos, como qualquer outra entidade, necessitam aplicar metodologias e ferramentas de controle para

fins de subsidiar análise econômico-financeira, bem como a tomada de decisão (Barbosa, Gerschman & Vasconcellos, 2007, p. 117; Guerra, 2010, p. 16).

Marques, Abbas, Tonin e Leoncine (2014, p. 12) ressaltam a importância de se conhecer a estrutura de custos e despesas em qualquer tipo de empresa, devido à influência na administração e na tomada de decisões. Nesse sentido, cabe destacar que o conhecimento sobre a composição dos gastos em entidades filantrópicas também é de merecida importância, e que a análise da estrutura de custos se faz relevante no caso de variações extremas nas receitas, que no caso dos hospitais filantrópicos são frequentes devido a atrasos de repasses e verbas do governo e racionalização de gastos (Guerra, 2010, p. 25).

Segundo Guerra, Rocha e Corrar (2007, p. 2) a estrutura de custos é entendida como a proporção de custos fixos e de variáveis em relação aos custos totais de uma organização. Ainda com eles, a sua importância está em afetar o nível de risco operacional e o lucro das empresas. Souza (2009, p. 4) destaca ser fundamental para a análise a classificação dos custos em fixos e variáveis, quanto ao seu grau de variabilidade em relação ao volume de serviços produzidos, sendo esta denominada de análise de custo-volume-*superávit*. Ainda com o autor, menciona este que a análise custo-volume-*superávit* pode ser desdobrada em quatro tipos: ponto de equilíbrio, margem de contribuição, margem de segurança e alavancagem operacional. Garrison e Norren (2001, p. 173) destacam que a Alavancagem Operacional é usada para o gerenciamento dos gastos fixos e a medida do grau de sensibilidade do lucro em relação às variações percentuais das vendas. Em estudo de Marques *et al.* (2014, p. 12) encontraram em uma amostra de 21 hospitais que, em média, estes apresentam uma estrutura de custos e despesas fixas de 64%, ou seja, os gastos fixos de hospitais correspondem a maior parte dos gastos destas organizações.

Nesse sentido, destaca-se o município de Belo Horizonte, que conta com uma população estimada em 2014 de 2,5 milhões de habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e possui uma rede de 32 hospitais entre públicos, privados e filantrópicos que atendem ao SUS. Estes hospitais ofertam cerca de 3.500 leitos a população e, dentre eles, há a presença de um dos três maiores hospitais filantrópicos do país. Em matéria veiculada em março de 2015 pelo Jornal Hoje em Dia (Alves & Tavares, 2015), destacou-se que os três maiores hospitais filantrópicos de Belo Horizonte tem juntos uma dívida com bancos e fornecedores na ordem de R\$ 417 milhões. Tais hospitais alegam o descompasso entre custo e os repasses feitos pelo governo, de acordo com o noticiado.

Com base nisso considera-se ser uma necessidade dos hospitais filantrópicos a análise da estrutura de custos, dada a peculiaridade destas entidades em receberem a maior parte dos seus recursos oriundos do governo e este por muitas vezes incorrer em atraso nos repasses das verbas. Tem-se então a seguinte questão de pesquisa: **Há relação entre a Alavancagem Operacional e o resultado dos hospitais filantrópicos?**

Tem-se como objetivo geral analisar a relação entre a Alavancagem Operacional e o resultado dos hospitais filantrópicos de Belo Horizonte. Para realização do estudo foram feitos os seguintes levantamentos: (1) Listagem dos hospitais filantrópicos da região de Belo Horizonte; (2) Cálculo o Grau de Alavancagem Operacional (GAO) dos hospitais; (3) Cálculo do risco com base na variabilidade do resultado dos hospitais.

Além da introdução, o artigo está estruturado em mais quatro seções, da seguinte forma: (2) Plataforma teórica, com destaque para os subtópicos sobre Alavancagem Operacional e Hospitais Filantrópicos e a Lei 12.101; (3) Metodologia; (4) Análise e Discussão dos Dados e; (5) Considerações Finais.

2. PLATAFORMA TEÓRICA

A teoria econômica clássica, segundo Ferguson (1989) *apud* Vieira e Vilarinho (2004, p. 2) analisa o fenômeno da competitividade entre as organizações, que dada a lógica da

eficiência e, escolha racional dos recursos requeridos no mercado, atua como regulador do sistema. Entretanto, pesquisas empíricas atestam que as organizações, por questão de sobrevivência ao ambiente, quando integradas ao mesmo contexto empresarial, acabam por manterem uma homogeneidade quanto à forma estrutural. Conforme Vieira e Vilarinho (2004, p. 2), no que tange a abordagem institucional, comentam que as organizações buscam agregação de valor e significado social às suas atividades, e fatores exógenos de legitimidade como regras, crenças e mitos acabam por moldar a realidade social.

Faz parte da concepção das entidades filantrópicas o atendimento ao público carente, ou seja, atender aquele que não possui recursos suficientes para arcar com os pagamentos pela prestação de serviço, bem como a sua legitimidade social, no sentido de se ter reconhecimento da sociedade quanto às atividades desempenhadas. Desse modo, estas entidades filantrópicas acabam por preocuparem-se não só com sua manutenção, mas também com suas finalidades. Neste contexto, hospitais filantrópicos buscarão afirmação social acerca de suas atuações como prestadores de serviços hospitalares, atendendo ao governo por meio da atenção dispensada a população. Como se pensa que esta prática ocorre em todas as entidades filantrópicas, no caso os hospitais, na competição entre as entidades pela legitimidade social, ocorre o isomorfismo, que é a interferência de fatores de coerção, de mimetismo e normativos.

Desse modo uma das premissas neste estudo é de que os hospitais filantrópicos, na busca de afirmação social, raiz da abordagem institucional e da legitimidade, adotam práticas oriundas do próprio contexto em que atuam, procedem com adaptações a outras empresas e, ainda se submetem a adequações a normativos do governo.

2.1 Alavancagem operacional

Alavancagem Operacional está relacionada com a proporção de custos fixos em relação ao volume de custos variáveis na estrutura de custos de uma empresa e revela como uma alteração no volume de atividade influi sobre o resultado operacional da empresa (Assaf Neto & Lima, 2011, p. 276; Jiambalvo, 2009, p. 110). A importância do controle da Alavancagem Operacional é a alteração nos resultados (*déficit* ou *superávit*) em função da alteração nas vendas (Jiambalvo, 2009, p. 110). De acordo com Gitman (2010, p. 472) a Alavancagem Operacional resulta da existência de custos operacionais fixos na estrutura de resultados das empresas e que estas podem controlar seus níveis, em que, aquelas com níveis relativamente altos de custos fixos terão alta Alavancagem Operacional (Jiambalvo, 2009, p. 110).

Nesse sentido, a Alavancagem Operacional funciona em duas direções, considerando a existência de custos fixos, quer sejam, uma no sentido de acréscimo nas vendas que resultará em um aumento proporcional no lucro e, outra quando houver decréscimo nas vendas, resultando em redução do lucro proporcionalmente.

Gitman (2010, p. 473) aponta como mensurar o Grau de Alavancagem Operacional (GAO), que é o valor numérico da alavancagem operacional da empresa, tendo-se como derivação a aplicação da seguinte equação:

$$GAO = \frac{RT - CVT}{RT - CVT - CF}$$

Assaf Neto (2011, p. 276) destaca que a quantificação da alavancagem operacional pode ser realizada pela medida do GAO, em que se tem a seguinte expressão:

$$GAO = \frac{\% \text{ de variação no lucro}}{\% \text{ de variação no volume de atividade}}$$

Nesse sentido, Guerra *et al.* (2007, p. 5) apontam que o GAO indica que a cada 1% de variação sobre o atual volume acarretará uma variação de um dado percentual sobre o seu resultado e que este pode ser obtido pela razão entre a Porcentagem de Variação do Lucro e a Porcentagem de Variação no Volume.

Há de se ressaltar a dificuldade de se extrair das Demonstrações Financeiras, informações sobre o volume de atividade ou, volume físico das vendas. Desse modo, dentre as formas de se calcular o GAO, o método abaixo poder ser o mais indicado para os casos em que o cálculo se dará com base nas Demonstrações Financeiras, conforme Monobe (1976, p.122 *apud* Guerra *et al.*, 2007, p. 8) que menciona essa substituição:

$$GAO = \frac{\% \text{ variação no lucro}}{\% \text{ variação na receita}}$$

Tendo em vista o objetivo deste trabalho que é verificar a influência da alavancagem operacional no risco de hospitais filantrópicos, e para tanto utiliza-se das Demonstrações Financeiras para realização do estudo, o método imediatamente anterior será adotado aqui.

2.2 Estudos sobre alavancagem operacional e sobre hospitais filantrópicos

Poucos estudos que tratassem de alavancagem operacional de hospitais filantrópicos foram encontrados para a realização deste trabalho. Com vistas a dar suporte a este trabalho, outros estudos sobre alavancagem foram destacados.

O estudo de Marques *et al.* (2014) teve como objetivo identificar a estrutura de custos e despesas e relacioná-las com o desempenho de hospitais e os resultados obtidos permitiram com que os autores concluíssem que devido à maior proporção de custos fixos, a maioria dos hospitais da amostra de 21 hospitais, apresentou maior alavancagem. Dantas, Medeiros & Lustosa (2006) abordaram em estudo das companhias listadas na Bovespa, a mesma ideia das pesquisas sobre lucro-retorno, porém, utilizaram a alavancagem operacional em substituição da medida de resultados contábeis. Consideraram a alavancagem operacional como premissa pois além de incorporar uma dimensão de resultado que é o lucro operacional, trata-se de uma das determinantes do risco sistemático das ações. Ressaltam que como há relação entre risco e retorno das ações, pode-se inferir uma associação positiva entre o grau de alavancagem operacional e o retorno das ações. Guerra *et al.* (2007) concluíram em uma pesquisa empírica que diferentes estruturas de custos apresentam diferentes graus de sensibilidade dos lucros em relação à variação de receitas. Para os autores, os lucros de empresas em que se tem menor participação de gastos variáveis, que é o caso das empresas prestadoras de serviços, são mais suscetíveis às variações das vendas do que em empresas com situação contrária como indústrias de manufatura que possuem maior participação de gastos variáveis.

No trabalho de Barbosa *et al.* (2007), estes objetivaram descrever o desempenho gerencial de hospitais filantrópicos com operadoras de planos de saúde em comparação com o conjunto de hospitais filantrópicos no Brasil. Concluíram que o setor hospitalar filantrópico é importante na prestação de serviços para o SUS, e que os desafios para a sua manutenção e desenvolvimento impõem encontrar alternativas. Em relação à pesquisa realizada por Bernardes, Castilhos, Dorion & Camargo (2010), os autores objetivaram analisar como acontecem as relações de poder dentro dos hospitais filantrópicos e quais seriam os reflexos financeiros para as entidades. A conclusão foi de que a melhor solução de gestão para estas entidades é a criação de um grupo, que atue alinhadamente, e que seja formado por três componentes do processo decisório: médicos – que detêm a técnica necessária para a cura do paciente; provedores – que são os presidentes do Conselho Superior e; administrador – que é o que detém a técnica administrativa. Ainda concluem os autores que esta tríade tem que

trabalhar em conjunto, aprendendo mutuamente com as dificuldades e as vantagens cotidianas. Cunha *et al.* (2014) apresentaram os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo analisar o endividamento de doze hospitais filantrópicos para verificar a sua evolução ao longo do período de 2006 a 2011. Estes resultados demonstraram que os hospitais filantrópicos brasileiros se encontram cada vez mais endividados, sendo que a falta de reajuste nas tabelas do SUS que é o principal financiador e, a gestão financeira inadequada de recursos as possíveis causas. Souza, Xavier, Lima & Guerra (2013) realizaram pesquisa para verificar se os repasses pelo SUS oriundos de atendimentos de urologia são suficientes para cobertura dos custos da realização destes procedimentos e portanto, concluíram que o repasse é insuficiente para os procedimentos analisados, apresentando de forma significativa diferença entre o valor repassado pelo SUS e o custo calculado por meio do ABC.

Finalmente, os estudos sobre alavancagem operacional e estrutura de custos apontam para a importância da análise do comportamento dos gastos, quer sejam, fixos e variáveis, sendo ainda relevante verificar a variação das receitas, bem como o resultado das entidades. De certa forma, os estudos realizados em relação aos hospitais filantrópicos, além de destacarem a importância destas para o governo e sociedade, apontam a complexidade destas entidades, a dificuldade financeira, os repasses insuficientes do principal financiador que é o SUS e a má gestão.

2.3 Os hospitais filantrópicos e a Lei 12.101/2009

A lei 12.101/2009, conhecida como a “Lei da Filantropia”, entrou em vigor em 27 de novembro de 2009. Dispõe esta, sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social (CEBAS), bem como regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, dentre outros. Desse modo a lei trata das regras jurídicas para o CEBAS, das entidades beneficentes que atuam nas áreas de saúde, de educação e de assistência social, tendo como geração o CEBAS Educação, CEBAS Saúde e CEBAS Assistência Social. Além disso, tem como objetivo regular os procedimentos de isenção das contribuições para a seguridade social, que é a quota patronal ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Nesse sentido, fica explícito que o CEBAS, bem como a “isenção” de contribuições, serão concedidos às entidades privadas, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidade beneficente de assistência social. Os benefícios fluirão para as entidades que prestarem serviços nas áreas da assistência social e, atenderem aos requisitos da lei e de sua regulamentação. Sendo assim, a entidade sem fins lucrativos que cumprir o disposto na lei, obterá o CEBAS da seguinte forma: para a área de Assistência Social, o responsável será Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; para a área da saúde o Ministério da Saúde e; para educação pelo Ministério da Educação. Nota-se, portanto que o órgão do governo que será responsável pela certificação dos hospitais filantrópicos é o Ministério da Saúde.

O Art. 4º destaca que para ser considerada beneficente e fazer jus à certificação, a entidade de saúde deverá ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento). Bernardes *et al.* (2010, p. 2) comentam que as dificuldades financeiras enfrentadas pelos hospitais filantrópicos, em grande parte, são oriundas do fato destas entidades ofertarem seus serviços a um único financiador que é o SUS. Ora, conforme os autores, se as entidades filantrópicas da área da saúde têm que comprovar atendimentos de pelo menos 60% (sessenta por cento) de sua capacidade instalada o administrador hospitalar se coloca entre estruturas que estão acima de sua capacidade de gestão, quer sejam, a diretoria, presidência ou provedoria, e o corpo clínico, que são os médicos. A real capacidade de gestão do administrador destas entidades consiste então, ainda com o autores, no sentido de que tanto hospitais públicos, como privados e filantrópicos recebem o mesmo valor do SUS e então por que alguns possuem melhores resultados?

Adicionalmente, Cunha *et al.* (2014, p. 5) destacam que a defasagem da tabela do SUS resulta no fechamento de hospitais, paralisação de realização de alguns serviços, bem como desativação de leitos. Ainda mais, comentam que os repasses não cobrem nem 50% dos custos da maior parte dos procedimentos acarretando em situação financeira cada vez mais crítica.

Dessa forma, pode-se inferir que o cumprimento das exigências da “Lei da Filantropia” para fins de obtenção do CEBAS, atrelado a defasagem dos valores da tabela SUS praticada pelo governo, com intuito de isenção fiscal, precisa ser melhor avaliado pelos administradores destas entidades filantrópicas.

3. METODOLOGIA

Em relação aos objetivos, trata-se de pesquisa descritiva, pelo fato de ser o seu principal objetivo o de descrever as características de determinada população e estabelecer relações entre as variáveis. A pesquisa será considerada bibliográfica e documental quanto aos procedimentos, pois terá um breve estudo sobre hospitais filantrópicos e técnicas estatísticas adequadas ao que se pretende analisar e trabalhará com as Demonstrações Financeiras da amostra selecionada. Quanto à abordagem do problema a pesquisa será quantitativa, tendo em vista o emprego de quantificação nas modalidades de coleta de informações e no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (Martins & Theóphilo, 2009).

3.1 População e amostra

De acordo com listagem obtida no sítio eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), obteve-se o número de 32 hospitais conveniados ao SUS. Após a listagem, procurou-se executar classificação das entidades em públicas, privadas e filantrópicas com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Apresenta-se no Quadro 1 a composição da rede SUS da PBH classificados como filantrópicos. Identificaram-se aqueles hospitais que são filantrópicos, pois o objetivo do estudo é analisar somente estes. Assim, a população é composta de 21 entidades filantrópicas.

Quadro 1 – Hospitais da amostra

CNES	Nome Fantasia	CNPJ
2695618	Apae Belo Horizonte	18216366000168
2200457	Associacao Mario Penna	17513235000180
5672015	Centro De Especialidades Medicas	17209891000436
5487897	Centro Universitario De Belo Horizonte Uni Bh	17228685000120
3047261	Clinica Nossa Senhora Da Conceicao	17272998000186
26840	Complexo Hospitalar Sao Francisco	13025354000132
27529	Fundacao Dom Bosco	17278904000186
2200414	Fundacao Hilton Rocha	22669915001956
2695324	Hospital Da Baleia	17200429000125
2695332	Hospital Da Crianca	17485376000136
26808	Hospital Evangelico	17214743000167
26859	Hospital Felicio Rocho	17214149000176
2200422	Hospital Madre Teresa	60194990000844
2695375	Hospital Paulo De Tarso Geriatria E Reabilitacao	17226044000137
7166966	Hospital Sao Lucas	17209891000274
26794	Hospital Sofia Feldman	25459256000192
3058506	Instituto Metodista Izabela Hendrix	17217191000140
3004791	Sarah Belo Horizonte	37113180000209
7363915	Unidade Transitoria Psiquiatrica Carlos Prates	2545925600019
27014	Santa Casa De Belo Horizonte	17209891000193

XVII Congresso Nacional de Administração e Contabilidade - AdCont 2016
28 e 29 de outubro de 2016 - Rio de Janeiro, RJ

4034236	Hospital Universitario Ciencias Medicas	17178203000680
---------	---	----------------

Fonte: Sítio Eletrônico da PBH e CNES

Obteve-se informações de 8 entidades hospitalares filantrópicas, mas puderam ser utilizadas apenas as informações de 4 delas, sendo estas portanto a amostra deste estudo. Abaixo no Quadro 2 tem-se as informações de cada hospital da amostra em que não são divulgados os nomes a fim de resguardar o sigilo das informações dos mesmos:

Quadro 2 – Hospitais da amostra

Hospitais	Tipo	Nº de profissionais	Nº de leitos
H1	Especializado	522	275
H2	Geral	1119	202
H3	Geral	2235	1085
H4	Geral	553	326

Fonte: Elaborado pelos autores com base no CNES

Do total de cerca de 3.500 leitos ofertados pelos hospitais de Belo Horizonte que atendem ao SUS, os hospitais da amostra deste estudo ofertam juntos 1.888, que corresponde a mais da metade da totalidade de leitos ofertados ao SUS por todos os hospitais do município.

3.2 Coleta e tratamento dos dados

A coleta de dados se deu por meio visitas aos sítios eletrônicos dos hospitais da amostra, bem como o envio de carta de solicitação de dados e ainda por meio do CNES. Obteve-se resposta de 8 hospitais, que corresponde a 36,36% da população. A resposta razoavelmente pequena se deu ao fato de que o objetivo deste estudo foi de aprofundar a análise com informações mais detalhadas das entidades, o que não se pode obter somente por meio das informações públicas. Entretanto, como informado, puderam ser utilizados apenas as informações de 4 hospitais da amostra por inconsistências nas informações dos demais hospitais.

Para o tratamento dos dados, realizou-se por meio de regressão múltipla, a análise da relação entre o resultado operacional dos hospitais (variável dependente) e a Alavancagem Operacional ou GAO, bem como o tipo de hospital e o número de leitos de cada um (variáveis independentes). Foram considerados níveis de significância de 5% para os coeficientes angulares das variáveis independentes utilizadas no modelo de regressão que foi estimada a partir de um total de 48 observações, posto que foram analisadas 4 entidades filantrópicas para os doze meses do ano de 2014. A importância de se analisar este ano, se dá no sentido de tratar-se do primeiro ano após a publicação da Lei 12.873/2013 relativa ao PROSUS. Três das entidades estudadas aderiram ao programa Dentre as entidades, encontra-se uma das entidades filantrópicas mais antigas do país e uma das três maiores..

3.3 Definição das variáveis

Obteve-se os valores para a variável dependente, RESULTADO, pela razão entre o lucro operacional e a receita total das entidades estudadas em cada mês da amostra. Justifica-se a utilização desta para fins de atingir o objetivo da pesquisa, que é o de analisar a relação entre a Alavancagem Operacional e o resultado em hospitais filantrópicos. Desse modo, o coeficiente obtido poderá expressar a variabilidade dos resultados ao longo do período estudado.

Para as variáveis independentes, utilizou-se de variáveis financeiras e não financeiras. Para as financeiras, tem-se o GAO e a Liquidez Corrente (LC). A primeira, além de ser ligada ao objeto de pesquisa, justifica-se por ser considerada por Dantas *et al.* (2006, p. 75) como

uma medida da sensibilidade do lucro da empresa em relação às mudanças no nível das vendas. Já a segunda, é justificada pelo fato de que as entidades filantrópicas como já discutido, passam por muitas dificuldades financeiras e, portanto, uma variável explicativa como esta não poderia ficar ausente do modelo, tendo em vista que esta serve para medir a capacidade da empresa honrar com seus compromissos no curto prazo (Brito & Assaf Neto, 2008, p. 21). Utilizou-se ainda o número de LEITOS e o TIPO do hospital como variáveis não financeiras do modelo. O número de leitos por representar o tamanho de cada entidade, o que pode ser explicativo para o resultado já que, pressupõe-se que quanto maior a quantidade de leitos maior será o custo fixo. A segunda, trata-se de variável *dummy* que difere o tipo do hospital, em que se tem 0 para hospital especializado e 1 para hospital geral. O hospital geral é aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas em que se pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e também de Serviço de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento de média complexidade. Já o hospital especializado destina-se à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área, podendo dispor de serviço de Urgência/Emergência e Serviço de Auxílio ao Diagnóstico e Tratamento. Dessa forma, sugere que o porte do hospital pode ter influência no risco dos hospitais, já que um poderá ser mais abrangente do que o outro em termos de atendimentos e, portanto, sujeitos a maiores riscos.

O modelo de regressão pode ser representado da seguinte forma:

$$RESULTADO = b_0 + b_1GAO + b_2LC + b_3LEITOS + b_4TIPO$$

O Quadro 3 demonstra a descrição das variáveis utilizadas no presente estudo, bem como a forma de obtenção dos dados:

Quadro 3 – Descrição das variáveis

Variáveis		Descrição	Forma de cálculo/Fonte
RESULTADO	Independente	Resultado operacional	Lucro Operacional / Receita
GAO	Dependente	Grau de Alavancagem operacional	%Variação Lucro / % Variação Receita
LC	Dependente	Liquidez Corrente	Ativo Circulante / Passivo Circulante
LEITOS	Dependente	Número de leitos do hospital	Obtido pelo sítio CNES
TIPO ¹	Dependente	Hospital geral ou especializado	Obtido pelo sítio CNES

Fonte: Elaborado pelos autores

¹Variável *dummy* que difere o tipo do hospital, em que se tem 0 para hospital especializado e 1 para hospital geral

Cabe ressaltar que, para a variável LEITOS, utilizou-se o logaritmo natural para fins de adequação dos dados conforme recomendado por Fávero (2015) e Gujarati (2011).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente tem-se pela Tabela 1 os valores das médias das variáveis representados para cada entidade filantrópica da amostra em que se faz em seguida a análise descritiva:

Tabela 1 – Valores médios das variáveis para o ano de 2014 dos hospitais da amostra

Hospitais	Médias			Tipo
	RESULTADO	GAO	LC	
H1	-0,09	-3,60	0,61	Especializado
H2	0,08	24,15	0,78	Hospital Geral
H3	0,01	-2,78	0,22	Hospital Geral
H4	0,33	-36,11	1,20	Hospital Geral

Fonte: Resultados da pesquisa

Em relação ao coeficiente de resultado, percebe-se que apenas o hospital H1 apresenta valor médio negativo, sendo que os demais apesar de valores médios positivos, apresentam coeficientes bem distintos uns dos outros, sendo o melhor aquele apresentado pelo hospital H4. Em relação ao GAO, três dos hospitais estudados apresentam valores médios negativos, sendo H1, H3 e H4. Para LC, três dos hospitais apresentaram índice médio inferior a 1 (H1, H2 e H3), o que significa que estes não dispõem de recursos suficientes para honrar seus compromissos no curto prazo. O hospital H4 apresenta LC de 1,20, o que chama atenção, já que é o único que demonstra ter recursos suficientes para honrar seus compromissos. Em análise mais aprofundada, tem-se como uma possível explicação o fato de que os três primeiros hospitais da amostra, quer sejam, H1, H2 e H3, aderiram ao PROSUS, enquanto que o hospital H4 não, pois trata-se de indicativos que os que aderiram ao programa encontram-se mais endividados.

Para os testes iniciais, tem-se que os pressupostos do modelo de regressão a serem testados neste trabalho são: normalidade dos resíduos; ausência de multicolinearidade e; ausência de heterocedasticidade. Segundo Fávero (2015), “o pressuposto da normalidade assegura que o valor-P dos testes t e do teste F sejam válidos.” Para este pressuposto, utilizou-se o teste Shapiro-Francia. O resultado encontrado do teste foi de rejeição da hipótese nula de ausência de normalidade de resíduos. Em seguida, testou-se a colinearidade das variáveis independentes com o intuito de se verificar se estas são correlacionadas indicando, se for o caso, a multicolinearidade entre elas. A multicolinearidade segundo Gujarati e Porter (2011, p. 330) é entendida como uma relação linear perfeita ou exata entre as variáveis explanatórias, para algumas ou todas as variáveis do modelo de regressão. Desse modo, quando for perfeita, o modelo colinear não pode ser estimado, pois não se tem matriz inversa e, portanto, há relação elevada o que desestabiliza a estimação, resultando, no que couber, na perda da capacidade explicativa dos regressores, resultando em erros padrão substanciais. Para tanto, procede-se com a apresentação da matriz de correlação das variáveis independentes pela Tabela 2, assumindo-se que a colinearidade entre as variáveis independentes será um problema caso o coeficiente de correlação ultrapasse 0,60. Verificou-se também a multicolinearidade pelo Fator de Inflação da Variância, conhecido como VIF, em que este não apresentou para nenhuma variável, valores acima de 10, o que em regra prática é satisfatório, bem como para estatística TOL não se encontrou nenhuma proximidade de zero para as variáveis.

Tabela 2 – Matriz de Correlação das Variáveis Explicativas

Matriz de Correlação: Pearson	Resultado	GAO	LC	Leitos	Tipo
Resultado	1	-0,1803	0,6678	-0,1681	-0,5791
GAO	- 0,1803	1	-0,0739	-0,0250	0,0091
LC	0,6678	-0,0739	1	-0,7002	-0,1410
Leitos	-0,1681	-0,0250	-0,7002	1	-0,3189
Tipo	-0,5791	0,0091	-0,1410	-0,3189	1

Fonte: Resultados da pesquisa

Pela análise dos coeficientes da matriz de correlação das variáveis independentes, indicou a existência de problemas com multicolinearidade entre as variáveis independentes, dado que estes apresentaram coeficientes de correlação altos para as LC e Resultado em 0,66.

De tal forma, verificou-se o pressuposto da ausência de heterocedasticidade. Conforme Gujarati e Porter (2011, p. 371), a heterocedasticidade se dá a partir do momento em que as variâncias dos resíduos da regressão não são as mesmas. Para tanto, testou-se a ausência de heterocedasticidade por meio do teste de Breusch-Pagan-Godfrey, que de acordo com o Gujarati e Porter (2011, p. 389), tem por hipótese nula a ausência de heterocedasticidade.

Como resultado, foi observado que a hipótese nula do teste de Breusch-Pagan-Godfrey não foi rejeitada, considerando o p-valor de 0,6682, não implicando em nenhuma inconsistência para os parâmetros estatísticos do modelo de regressão utilizado.

Passando-se para a análise da regressão, tem-se na Tabela 3 apresentada abaixo, os resultados obtidos a partir da estimação do modelo utilizado:

Tabela 3 – Resultados do Modelo de Regressão

	<i>Coefficientes</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>
Interseção	-0,1965	-2,4447	0,0187
GAO	-0,0003	-1,3900	0,1717
LC	0,3653	5,8123	0,0000
Leitos	0,0001	1,8080	0,0776
Tipo	-0,1562	-3,8455	0,0004
	R2	0,7243	
	R2 Ajustado	0,6986	

Fonte: Resultados da pesquisa

Observa-se com base nos dados acima, um coeficiente de determinação (R2) de 0.72, que indica alto poder explicativo das variáveis. Entretanto, observa-se também que a variável do modelo em que se busca a base para explicação da variável dependente, ou seja, GAO, é a única em que não se tem significância estatística, enquanto que as demais, LC+LEITOS+TIPO, apresentaram significância estatística.

Desse modo, não foi observada influência do GAO sobre o resultado dos hospitais filantrópicos, sendo importante destacar que as demais variáveis relacionadas à liquidez, tamanho e tipo das entidades, explicaram estatisticamente a variabilidade do resultado nestas organizações. Infere-se nesse sentido que a dificuldade financeira enfrentada por estas entidades pode provocar endividamento devido à continuidade de atendimento a demanda social por serviços hospitalares, o que resulta assim, no pagamento ou ao menos lançamento de despesas financeiras comprometendo o resultado destas. Nota-se a coerência da explicação das variáveis já que estas, LEITOS e TIPO, correspondem a uma ideia de que os hospitais se legitimam possivelmente por buscarem satisfazer os anseios da sociedade, por meio do gestor local do SUS, oferecendo instalações, equipamentos, contratando médicos e outros profissionais da assistência médica, bem como se estabelecendo como hospital especializado ou geral.

Essa talvez possa ser a explicação, a luz da Teoria da Legitimação que permeia o fato destas entidades buscarem afirmação social praticando suas finalidades estatutárias, que neste contexto consiste em atender o carente, ou seja, ao procurarem atingir o objetivo da assistência social, ampliam leitos e procedimentos médicos, contratam e compram equipamentos para tornarem-se legitimados.

5. CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a relação entre a Alavancagem Operacional e o resultado em hospitais filantrópicos. Ao longo do trabalho, apontou-se os problemas enfrentados pelas entidades filantrópicas no Brasil, considerando-se a região de Belo Horizonte como fonte de coleta de informações financeiras sobre hospitais dessa natureza para fins de realização desta pesquisa.

Como resultados, observou-se que o GAO não tem relação com o resultado dos hospitais da amostra para o ano de 2014. Uma das explicações para isso pode ser o fato de que o GAO muda ao longo do tempo por questões atípicas nas organizações. No caso dos hospitais, sabe-se que o governo pode aleatoriamente repassar recursos atrasados de um ano para ou outro interferindo no resultado e também, que a pressão política pode incentivar o

governo a repassar às entidades novos incentivos governamentais e novamente, de forma atípica interferir nos resultados. Estes incentivos, por vezes, não estão diretamente ligados a produção hospitalar, mas outros sim. Dessa forma não se pode precisar se o coeficiente do GAO foi influenciado por aumento nos incentivos do governo devido ao pouco detalhe de informações obtidas. Adicionalmente, constatou-se que a Liquidez Corrente possui alto poder explicativo sobre o resultado dos hospitais, medido aqui pelo coeficiente do resultado operacional em relação à receita total. Quanto às outras variáveis independentes, quer sejam, LEITOS e TIPO, estas também se mostraram significantes para explicação do resultado. Discutiu-se dessa forma que estas variáveis possivelmente estão relacionadas ao fato destas entidades, por serem filantrópicas, se ajustarem a demanda social, no sentido de prestarem os serviços que possam ser úteis a população e assim, cumprir seus objetivos estatutários. Nesse sentido, ampliam leitos e contratam profissionais médicos e adquirem equipamentos, sem possivelmente analisar os impactos nos custos, mas sim, no atendimento à população.

Apesar de se considerar importante a análise destas entidades no primeiro ano após a publicação da Lei 12.873/2013 (que refere-se dentre outros ao PROSUS), salienta-se que os resultados apresentados neste trabalho ensejam possivelmente em limitação desta pesquisa que analisou apenas um exercício social, quer seja, o ano de 2014, e que, por sua vez pode influenciar a análise econométrica, impossibilitando obter-se resultados estatísticos mais robustos. Entretanto, Dantas et al. (2006, p. 75) destacam que é implícito que o GAO se altera no tempo e, desse modo, para explicar a relação desta variável com o resultado dos hospitais é preciso manter-se o controle com outras variáveis no tempo, como por exemplo, no caso desta pesquisa, se houve naquele ano novos incentivos do governo como repasses de recursos. De certa forma a amostra para apenas 4 entidades também pode ter influenciado os resultados.

Finalmente, têm-se como sugestões para pesquisas futuras, que a análise seja feita para uma maior amostra e com um período também maior, o que possivelmente resultará em melhor compreensão da relação da alavancagem operacional no resultado dos hospitais filantrópicos. Além disso, deve-se analisar a interferência de repasses aleatórios do governo como novos incentivos do governo no cálculo do GAO ou proceder-se com a análise sem a interferência destes recursos.

REFERÊNCIAS

ALVES, L.; TAVARES, F. **Atendimentos em hospitais filantrópicos de BH por um fio.** Jornal Hoje em Dia. Recuperado em 28 março, 2015, de <http://www.hojeemdia.com.br/horizontes/atendimentosemhospitaisfilantropicosdebhporumfio> 1.305478.

ASSAF NETO, A; LIMA, F. G. **Curso de Administração Financeira.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. **Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil.** Rev Saúde Pública, 41(1), 116-23. 2007.

BERNARDES, J. G.; CASTILHOS, J. T.; DORION, E.; & CAMARGO, M. E. **Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar.** Anais do VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Resende, RJ, Brasil, 2010.

BRASIL. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a certificação das entidades de beneficentes de assistência social.** Brasília. 2009. Recuperado em 03 jun. 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm.

BRASIL. Lei n. 12.873, de 24 de outubro de 2013 (2013). **Dispõe sobre o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos que Atuam na Área da Saúde e que Participam de Forma Complementar do Sistema Único de Saúde (PROSUS).** Brasília. 2013. Recuperado em 12 jun. 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12873.htm.

BRITO, G. A. S.; ASSAF NETO, A. **Modelo de classificação de risco de crédito de empresas.** Revista Contabilidade & Finanças, 19(46), 18-29. 2008.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão de Seguridade Social e Família: Relatório da Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde.** Recuperado em 03 de julho, 2015, de <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/conheca-a-comissao/subcomissoes/relatorios-de-subcomissoes/relatorio-da-subcomissao-subsanca>.

CUNHA, F. P.; SOUZA, A. R.; FERREIRA, C. O. **Análise do endividamento de hospitais filantrópicos.** Anais do Congresso XVII Semead Seminários em Administração, SP, Brasil. 2014.

DANTAS, J. A.; MEDEIROS, O. R. D.; LUSTOSA, P. R. **Reação do mercado à alavancagem operacional: um estudo empírico no Brasil.** Revista de Contabilidade & Finanças, 17(41), 72-86. 2006.

FÁVERO, L. P. **Análise de Dados: Modelos de Regressão com Excel, Stata e SPSS.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FERGUSON, C.E. **Microeconomia.** Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1989.

GITMAN, L. J. **Princípios de Administração Financeira.** 12 ed. São Paulo: Pearson, 2010.

JIAMBALVO, J. **Contabilidade Gerencial.** 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

GARRISON, R. H.; NOREEN, E. W. **Contabilidade gerencial.** 9 ed., Rio de Janeiro: LTC Editora, 2001.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares.** Dissertação Mestrado em Ciências Contábeis, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. 2010

GUERRA, A. R.; ROCHA, W. R.; & CORRAR, J. L. **Análise do impacto das variações de receitas nos lucros das empresas com diferentes estruturas de custos.** R. Adm., São Paulo, Brasil. 2007.

GUJARATI, D. N. **Econometria Básica.** 5 ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

MONOBE, M. **Uma contribuição ao desenvolvimento da análise de custo-volume-lucro.** Dissertação de Mestrado em Controladoria e Contabilidade, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. 1976.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2009.

MARQUES, K. C. M.; ABBAS, K.; TONIN, J. M. F.; LEONCINE, M. **Relação entre estrutura de custos e despesas com o desempenho: estudo em hospitais brasileiros**. Anais do XXI Congresso Brasileiro de Custos, Natal, RN, Brasil. 2014.

SOUZA, A.; AVELAR, E.; SILVA, E.; TORMIN, B.; GERVÁSIO, L. **Uma Análise Financeira dos Hospitais Brasileiros entre os Anos de 2006 a 2011**. Sociedade, contabilidade e gestão, 9(3). 2015.

SOUZA, P. C. **Avaliação econômica em saúde: aplicação da análise de custo-volume-superávit para avaliar hospitais públicos**. Anais do XXIX Encontro nacional de engenharia de produção, Salvador, BA, Brasil. 2009.

SOUZA, A. A.; XAVIER, A. G.; LIMA, L. C. M.; GUERRA, M. **Análise de Custos em Hospitais: Comparação entre os Custos de Procedimentos de Urologia e os Valores Repassados pelo Sistema Único de Saúde**. Anais do XXX Encontro nacional de engenharia de produção, São Carlos, SP, Brasil. 2010.

VIEIRA, M. M. F.; VILARINHO, P. F. **O campo da saúde suplementar no Brasil**. Ciências da Administração, 6 (11), 1. 2004.