



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – CEPEAD

DÉBORAH MARA SIADÉ BARBOSA

VARIÁVEIS DE DESEMPENHO PARA HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS

BELO HORIZONTE

2017

DÉBORAH MARA SIADÉ BARBOSA

VARIÁVEIS DE DESEMPENHO PARA HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS

Tese de Doutorado apresentada ao Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Administração.

Área de concentração: Finanças

Orientador: Prof. Antônio Artur de Souza, *Ph.D.*

BELO HORIZONTE

2017

Ficha catalográfica

B238v
2017

Barbosa, Déborah Mara Siade.
Variáveis de desempenho para hospitais sem fins lucrativos
[manuscrito] / Déborah Mara Siade Barbosa.. - 2017.
161 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Antônio Artur de Souza.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro
de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f.142-156).

1. Hospitais – Administração – Teses. 2. Hospitais filantrópicos –
Brasil – Teses. 3. Comportamento organizacional – Teses. I. Souza,
Antônio Artur de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de
Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658.4038



**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **DÉBORAH MARA SIADÉ BARBOSA**, REGISTRO Nº 183/2017. No dia 29 de junho de 2017, às 11:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 26 de maio de 2017, para julgar o trabalho final intitulado "**Variáveis de Desempenho para Hospitais sem Fins Lucrativos**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Finanças**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Antônio Artur de Souza, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

() APROVAÇÃO;

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de junho de 2017.

NOMES

Prof. Dr. Antônio Artur de Souza
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Hudson Fernandes Amaral
(CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. André Luís Ribeiro Lima
(Universidade Federal de Lavras/ MG)

Prof. Dr. Gideon Carvalho de Benedicto
(Universidade Federal de Lavras/ MG)

Prof. Dr. José Roberto de Souza Francisco
(CEPCON/UFMG)

ASSINATURAS


.....



.....


.....




**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

MODIFICAÇÃO EM TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **DÉBORAH MARA SIADA BARBOSA**, número de registro 183/2017.

As modificações foram as seguintes:

A doutoranda deverá efetuar todos os correções apresentadas pelos membros da banca, que foram aceitas pelo seu orientador. Deverá ainda incluir no referencial teórico uma seção sobre a teoria da pessoa. Na análise e interpretação dos resultados, deverá expandir o texto com os aspectos complementares sugeridos pela banca, melhor descrever os resultados, apresentar ilustrações e referenciar os achados com as teorias abordadas no referencial teórico. O capítulo da metodologia deverá ser complementado.

O prazo para cumprimento é de 90 dias, sendo responsável o

Professor

Antônio Artur de Souza

Nome

Antônio Artur de Souza

Assinatura

Assinatura Orientador: Prof. Antônio Artur de Souza

Déborah Mara Siada Barbosa

Assinatura Candidata: Déborah Mara Siada Barbosa

Atesto que as alterações exigidas foram cumpridas.

Belo Horizonte, 29 de setembro de 2017

Professor responsável



AGRADECIMENTOS

A concretização de mais esta etapa da vida profissional me alegra e conduz à sensação do dever cumprido. Agradeço a Deus por Seu amor e misericórdia incondicionais. A Ele toda honra e glória! Sou grata pela vida e pelos milagres que opera.

O aprendizado e as experiências que acompanham uma tese vêm acompanhados de pessoas fundamentais ao longo deste processo. Assim, agradeço aos meus pais pelo exemplo de determinação e coragem perante os desafios da vida e pelo apoio sempre presente, mesmo que estejamos fisicamente distantes; ao meu irmão, pela torcida constante. Ao Edno, por ser meu porto seguro, companheiro de todas as horas, amor por toda a vida. Gratidão pela partilha dos risos e lágrimas, sem você não seria possível. À vovó, tias, tios, primos e primas pelo estímulo e orações. A Meg pela alegria de todos os dias.

Ao Prof. Antônio Artur de Souza sou grata pela disponibilidade e motivação sempre presentes; certamente é fonte de inspiração, um profissional incansável e sempre com uma palavra de incentivo para todos que o cercam. Agradeço também pela confiança em minha capacidade de trabalho.

Aos professores do curso, com os quais tanto aprendi, sobretudo, a perceber as sutilezas presentes em cada posicionamento teórico. Prof. Alexandre Carrieri por suas reflexões provocativas e humor inigualáveis; Prof. Hudson Amaral por sua percepção e capacidade teórica, muito grata pelas contribuições em minhas bancas; Prof^ª. Sabina Silva; Prof. Bruno Pérez e Prof. Carlos Alberto Gonçalves.

Sou muito grata pelas contribuições recebidas dos avaliadores do ensaio teórico, dos membros da banca de qualificação do projeto e de defesa desta tese: Afonso Lima, Gideon Benedicto (sobretudo, pelo apoio e atenção sempre dispensados a mim), Hudson Amaral, Luiz Mota, Ivan Beck, José Roberto Francisco e André Lima (em especial, pelas discussões sempre frutíferas). As contribuições de vocês foram imprescindíveis para que esta tese existisse.

Aos colegas do doutorado, pela partilha dos momentos árdios e também dos alegres. Certamente, levarei para a vida os aprendizados divididos com cada um de vocês, cada um a

sua maneira. Em especial, agradeço alguns deles que se tornaram grandes amigos: Getúlio Mattos, Luiz Cláudio Louzada, Lélis Pedro de Andrade, Naiara Sant'ana e Roberto Mesquita. Sou especialmente grata a Thaís Santos pelo apoio em todas as horas, pela amizade e companheirismo gastronômico e turístico. A Daniele Xavier e a Ewerton Avelar por todo auxílio ao longo do doutorado, bem como às “meninas do Prof.”: Aline Sant'ana, Amanda Lara, Caroline Pavione, Francielle Vitoriano, Jaini Rabelo, Jéssica Lima, Luísa Raad, Olívia Gutierrez e [ao menino do Prof.] César Urbano.

Às amigas Christiane Batista, Juciara Alcântara, Kamila Tôrres, Lília Andrade, Nayara Noronha são exemplos de que a vida acadêmica nos brinda com verdadeiros amigos. Obrigada, meninas. Agradeço também ao Prof. Renato Silvério pela disponibilidade em tentar me entender e me auxiliar nesta tese.

Aos funcionários da UFMG pela presteza e dedicação na realização de suas tarefas, possibilitando a conclusão deste trabalho. Em especial, agradeço à Érika Lage pela presteza e atenção que sempre dispensou a mim.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

RESUMO

As pesquisas acerca da mensuração do desempenho das organizações têm buscado o desenvolvimento de métricas que sejam capazes de contemplar todas as dimensões do desempenho organizacional, pois há certo consenso de que a utilização de indicadores de desempenho, utilizados isoladamente não são capazes de captar toda a complexidade das organizações. Este contexto se mostra ainda mais complexo quando o desempenho a ser avaliado é de um hospital sem fins lucrativos, tendo em vista sua complexidade operacional e a necessidade de congregar interesses de diversos *stakeholders*. O contexto que se apresenta é de insuficiência de recursos na saúde brasileira, de modo geral, juntamente com a elevação de iniciativas de transparência nas organizações e os indícios, apontados pela academia, de que os hospitais possuem problemas de gestão. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi analisar as variáveis determinantes do desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros, considerando as dimensões econômico-financeira e operacional dessas organizações. Para tanto, utilizou-se a teoria da firma, dos *stakeholders* e da agência como arcabouço teórico, tendo em vista a capacidade de se relacionarem com vistas a compreender as relações entre os diversos *stakeholders* e seus interesses, muitas vezes irreconciliáveis, em relação ao desempenho das organizações hospitalares. Foram coletados dados econômico-financeiros e operacionais de 50 hospitais sem fins lucrativos, considerando o período de 2006 a 2015. Esses dados secundários foram utilizados para a criação de um índice de desempenho, por meio da técnica de componentes principais, o qual contempla as dimensões econômico-financeira e operacional. Assim, trata-se de um esforço de construção de uma métrica que agregue mais de uma dimensão para avaliar o desempenho dessas instituições. Os resultados indicam que as dimensões possuem correlação bivariada muito baixa e negativa entre si, lançando luz sobre a necessidade de estudos que abarquem métricas multidimensionais, capazes de compreender e avaliar os hospitais de maneira ampla e eficaz. A principal contribuição deste estudo é propiciar aos diversos *stakeholders* a possibilidade de monitorar e avaliar o desempenho da organização, de forma transparente, minimizando o problema de agência, por meio de auto avaliação, visto ser possível inclusive avaliar os desempenhos das organizações comparativamente.

Palavras-chave: Teoria dos *stakeholders*; Desempenho organizacional; SIHSUS; Indicadores financeiros.

ABSTRACT

Research on the measurement of company performance aim development of metrics that are capable of contemplating all dimensions of organizational performance, since there is a consensus that a use of isolated performance indicators alone can not capture a whole complexity of the organizations. This context is even more complex when the performance to be evaluated from a non-profit hospital, due to its operational complexity and the need to congregate interests of diverse stakeholders. The context that presents itself is a shortage of resources in Brazilian health, in general, together with an increase in initiatives of transparency in organizations and indications, by the academy, of management problems in the hospitals. The aim of this research was to analyze the determinant variables of performance for Brazilian non-profit hospitals, considering the economic-financial and operational dimensions of these organizations. In order to do so, we used firm theory, stakeholder theory and agency theory as a theoretical framework, in view of the ability to relate to understand the relationships between the various stakeholders and their often irreconcilable interests in relation to performance of hospital organizations. Data were collected economic-financial and operational data from 50 non-profit hospitals, considering the period from 2006 to 2015. These secondary data were used to create a performance index, using the principal components analysis, which includes the dimensions economic-financial and operational. The aim was to construct a metric that adds more than one dimension to evaluate the performance of these institutions. The results indicate that the dimensions have very low and negative bivariate correlation among them, shedding light on the need for studies that encompass multidimensional metrics, capable of comprehending and evaluating hospitals in a broad and effective manner. The main contribution of this study is to provide the various stakeholders with the possibility to monitor and evaluate the performance of the organization in a transparent way, minimizing the agency problem, through self evaluation, and evaluate the performance of organizations comparatively.

Keywords: *Stakeholders* theory; Organizational performance; SIHSUS; Financial indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classificação dos <i>stakeholders</i>	39
Figura 2 - Classificação da pesquisa	63

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Indicadores de liquidez, considerando as médias entre 2006 e 2015.....	96
Gráfico 2 - Indicadores de rotatividade, considerando as médias entre 2006 e 2015	96
Gráfico 3 - Indicadores de eficiência dos ativos, considerando as médias entre 2006 e 2015.	97
Gráfico 4 - Indicadores de lucratividade, considerando as médias entre 2006 e 2015.....	98
Gráfico 5 - Indicadores de estrutura de capital, considerando as médias entre 2006 e 2015 ...	99
Gráfico 6 - Indicador Dívida líquida/PL, considerando as médias entre 2006 e 2015.....	101
Gráfico 7 - Indicador Dívida líquida/EBITDA, considerando as médias entre 2006 e 2015.	102
Gráfico 8 - Indicadores de rentabilidade, considerando as médias entre 2006 e 2015.....	102
Gráfico 9 - Indicadores de rentabilidade com observações atípicas entre 2006 e 2015.....	104
Gráfico 10 - Quantidade de leitos (média do período de 2006 a 2015).....	105
Gráfico 11 - Profissionais por leito e taxa de mortalidade (média do período de 2006 a 2015)	106
Gráfico 12 - Taxa de permanência, ocupação e rotatividade, na média (2006 a 2015)	107
Gráfico 13 - Proporção entre os hospitais gerais e especializados participantes da amostra.	108
Gráfico 14 - Estado dos hospitais participantes da amostra	108
Gráfico 15 - Observações atípicas nos fatores Estrutura de capital/Rentabilidade e Liquidez	119
Gráfico 16 - Observações atípicas nos fatores Rotatividade e Eficiência do ativo	120
Gráfico 17 - Observações atípicas nos fatores Permanência/Mortalidade e Eficiência operacional.....	120
Gráfico 18 - Relação entre índice econômico-financeiro e operacional	124
Gráfico 19 - Ranking dos hospitais – índice econômico-financeiro	129
Gráfico 20 - Ranking dos hospitais – índice operacional.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos específicos e seus respectivos achados.	25
Quadro 2 - Principais indicadores econômico-financeiros utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares.	55
Quadro 3 - Principais indicadores operacionais utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares.	59
Quadro 4 - Sistemas de abrangência nacional do Datasus.	63
Quadro 5 - Hospitais da amostra	70
Quadro 6 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov	90
Quadro 7 - Critérios para adequação da solução fatorial encontrada.	113
Quadro 8 - Resultado da análise de componentes principais operacionais	115
Quadro 9 - Estatística descritiva das novas variáveis criadas	117
Quadro 10 - Interpretação da intensidade do coeficiente da correlação	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Medidas de tendência central e dispersão das variáveis da amostra	93
Tabela 2 -Resultado da análise de componentes principais econômico-financeiros.....	114
Tabela 3 - Correlação entre dimensões financeira e operacional	123
Tabela 4 - Teste de Mann Whitney para hospitais pequeno-médio e grande-especial.....	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACA – Aleatórios Completamente ao Acaso

ACP – Análise Fatorial por Componentes Principais

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AT – Ativo Total

BP – Balanço Patrimonial

CE – Composição do Endividamento

CEBAS – Cadastro de Entidade Beneficente de Assistência Social

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CP – Capital Próprio

CT – Capital de Terceiros

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

EBIT – *Earnings Before Interests and Taxes* (Lucro antes dos juros e impostos – LAJIR)

EBITDA – *Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization* (Lucro antes dos juros, impostos, depreciação e amortização – LAJIDA)

End – Endividamento

e-SIC – Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão

GA – Giro do Ativo

GAC – Giro do Ativo Circulante

GAP – Giro do ativo fixo

GCR – Giro de Contas a Receber

GE – Giro dos Estoques

IPL – Imobilização do Patrimônio Líquido

IR – Imposto de Renda

IRNC – Imobilização dos Recursos não Correntes

LC – Liquidez Corrente

LG – Liquidez Geral

LS – Liquidez Seca

ML – Margem Líquida

MO – Margem Operacional

NEGEC – Núcleo de Estudos Gerenciais e Contábeis

OTS – Organizações do Terceiro Setor

PCT – Participação do Capital de Terceiros

PL – Patrimônio Líquido

PME – Prazo Médio de Estocagem

PMP – Prazo Médio Pagamento

PMR – Prazo Médio de Recebimento

PNC – Passivo não Circulante

PROF_LEITO – Número de profissionais por leito

RCTP – Relação Capital de Terceiros e Próprio

RL – Receita Líquida

RNO – Margem Receita não Operacional

ROA – *Return on assets* (retorno sobre ativos)

ROE – *Return on equity* (retorno sobre o patrimônio líquido)

ROIC – *Return on invested capital* (retorno sobre o capital investido)

SG&A – *selling, general and administrative expenses* (despesas de vendas, gerais e administrativas)

SIHSUS – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS

SNIS – Sistema Nacional de Informações em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TMP – Taxa Média de Permanência

TO – Taxa de Ocupação

TR – Taxa de Rotatividade

UPA's – Unidades de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VLR_AIH – Valor médio de AIH paga

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Tema e problema	18
1.2 Objetivos	22
1.2.1 Objetivo geral.....	22
1.2.2 Objetivos específicos.....	22
1.3 Justificativa e relevância.....	22
1.4 Estrutura da tese.....	24
2. PANORAMA DA SITUAÇÃO FINANCEIRA DOS HOSPÍTALOS BRASILEIROS: transformações e desafios.....	27
2.1 Caracterização dos hospitais e o sistema de saúde no Brasil	27
2.2 Hospitais sem fins lucrativos.....	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
3.1 Teoria da firma.....	34
3.2 Teoria dos <i>stakeholders</i>	35
3.3 Teoria da agência	42
3.4 Avaliação de desempenho: evolução da mensuração	47
3.5 Modelos de avaliação de desempenho na área da saúde.....	51
4. METODOLOGIA.....	61
4.1 Tipo de pesquisa	61
4.2 Amostra e coleta de dados	63
4.2.1 Coleta de dados financeiros.....	66
4.2.2 Coleta de dados operacionais	68
4.3 Variáveis analisadas	72
4.3.1 Variáveis econômico-financeiras.....	72
4.3.2 Variáveis operacionais	81
4.3.3 Variáveis de caracterização.....	83
4.4 Tratamento e técnicas de análise dos dados	84
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	87
5.1 Análise exploratória dos dados	87
5.1.1 Análise de dados ausentes	87
5.1.2 Análise de <i>outliers</i>	88

5.1.3 Normalidade dos dados	89
5.1.4 Linearidade.....	91
5.1.5 Análise descritiva dos dados	92
5.2 Análise de componentes principais.....	110
5.3 Criação do índice	115
5.4 Correlação entre a dimensão econômico-financeira e operacional.....	119
5.5 Diferença entre o desempenho econômico-financeiro e operacional considerando o porte do hospital.....	125
5.6 <i>Ranking</i> dos hospitais sem fins lucrativos	129
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	138
ANEXOS E APÊNDICES	153

1. INTRODUÇÃO

Esta seção se destina à apresentação do tema proposto nesta tese, bem como o problema de pesquisa e os objetivos geral e específicos. Em seguida, são expostas a justificativa e a relevância da temática e, por fim, a estruturação desta tese.

1.1 Tema e problema

Os hospitais sem fins lucrativos exercem papel relevante na promoção da saúde e, conseqüentemente, do bem estar da população, visto que são responsáveis por mais da metade (51%) dos atendimentos realizados pelo SUS no país. Apesar disso, tornaram-se recorrentes, nos noticiários nacionais, matérias sobre crises financeiras nas Santas Casas de Misericórdia, sem que venham a público, de forma transparente, os motivadores de tal panorama. A situação de outros hospitais assemelhados não se mostra substancialmente diferente (PIOLA et al., 2012).

Apesar de a Constituição Brasileira de 1988, assegurar que a demanda dos serviços de saúde deve ser atendida considerando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, o que se observa cotidianamente são problemas nevrálgicos e recorrentes, como a concentração de serviços hospitalares em áreas urbanas, a competição entre hospitais e a rede básica de atenção à saúde, insolvência financeira, resolutividade limitada, não consideração do perfil epidemiológico regional entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Diante deste panorama, os gestores se deparam com o desafio de coletar e tratar informações, com vistas a alcançar eficácia e eficiência operacional e, conseqüente, melhoria na gestão hospitalar (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006; CUNHA; CÔRREA, 2013).

Souza et al. (2009a) apontam ainda que os problemas que ocorrem na área da saúde brasileira não estão relacionados apenas à escassez de recursos materiais e financeiros, mas também à pouca utilização das ferramentas de gestão financeira. Malágon-Londoño et al. (2003) afirmam que os gestores hospitalares precisam redefinir e reordenar as necessidades e atividades inerentes à área da saúde. Aliado a isso é importante que os gestores atendam às exigências dos pacientes e do corpo clínico de modo a não comprometer a rentabilidade e a eficiência da organização, a fim de se manterem eficientes operacional e financeiramente (SOUZA et al., 2009b). Não é possível negar a existência de interesse, dos vários atores envolvidos nas organizações hospitalares, para a verificação dos resultados dessas

organizações. Afinal, corpo clínico, dirigentes, investidores, benfeitores e os financiadores públicos são alguns dos *stakeholders* que se interessam em saber os efeitos alcançados com os recursos disponibilizados.

Faz-se adequada a utilização da avaliação de desempenho para aferir os resultados obtidos pelas organizações. Considerando a avaliação de desempenho como uma ferramenta gerencial é possível, por meio dela, verificar o alinhamento entre as estratégias traçadas e os resultados alcançados (KAPLAN; NORTON, 2008), bem como, para avaliar a saúde da organização (NELLY, 2005) e para aferir os resultados financeiros decorrentes de sua operação. Vale lembrar que as organizações sem fins lucrativos, como a própria denominação expressa, não visam o lucro, no entanto, necessitam cultivar boa saúde financeira, com vistas a se perpetuarem, isto é, precisam de recursos (também financeiros) que garantam suas sustentabilidades ao longo do tempo.

Além disso, quando se trata de hospitais sem fins lucrativos a preocupação com a gestão das organizações hospitalares deveria ser reforçada, haja vista, as mesmas possuem isenções relevantes pertencentes às entidades sem fins de lucros. A Fundação Oswaldo Cruz (2012), no entanto, alerta sobre a inexistência de estudos que apontem os “benefícios sociais líquidos” das isenções concedidas aos hospitais filantrópicos. Para tanto, é preciso mensurar, dentre outros aspectos, o volume de benefícios tributários concedido e o perfil da população beneficiada. Apesar das isenções e benefícios concedidos a este tipo de organização, o déficit financeiro do setor, em 2005, era de R\$1,5 bilhão e, no final de 2015, passou a R\$21 bilhões (CMB, 2016).

De acordo com Power (1997), a mensuração, regulação e controle das organizações são atividades fundamentais e os indicadores quantificáveis devem suportar tais atividades de controle. A avaliação de desempenho possui, em última análise, um caráter de controle da organização. Para tanto, é necessária a existência de métricas, medidas a serem utilizadas, a fim de verificar o desempenho da organização e compará-lo com os resultados anteriores ou com as aferições de outras organizações assemelhadas (TAVARES; SILVA, 2012). Essas métricas são compostas por indicadores de desempenho, ou seja, números cujos significados apontam em que medida a organização tem atingido seus objetivos ou tem se destacado em relação às outras organizações. Assim, a avaliação do desempenho, em última instância,

respalda a organização pelo desempenho aferido e, por consequência, traz consigo um motivo pelo qual a organização foi avaliada de tal forma (CUNHA, 2011; CUNHA; CORREA, 2013).

Inicialmente, os estudos que se dedicavam a avaliar o desempenho das organizações hospitalares visavam avaliá-las tendo em vista apenas seu sucesso financeiro (SAQUETTO et al., 2013). Essa perspectiva tem evoluído, a fim de contemplar, na avaliação de desempenho, métricas financeiras e não financeiras. Apesar da variedade de indicadores existentes para mensurar a atuação dos hospitais, as críticas estão centradas na inexistência de modelos de avaliação específicos para as organizações hospitalares (PROCHNIK; FONSECA, 2006). Cunha (2011) e Cunha e Correa (2013) reconhecem a importante contribuição dos modelos transpostos das organizações empresariais para o contexto das organizações da saúde, caso do *Balanced Scorecard* (BSC) (LORDEN et al., 2008). De acordo com Forgione (1997), abordagens como a do BSC tiveram a função de despertar na área de gestão das organizações hospitalares a preocupação com métricas e indicadores financeiros e de qualidade antes incipientes.

O desenvolvimento e a utilização padronizada de indicadores pode ofertar ganhos significativos para o planejamento das iniciativas de saúde no Brasil, sobretudo, no que diz respeito à interação entre os especialistas da área da saúde, os pesquisadores e os tomadores de decisão, haja vista a possibilidade de padronização de tais métricas (SILVA et al., 2010). Cunha (2011) evidencia a ausência de uma métrica que atenda plenamente às necessidades dos hospitais. De modo consoante, Boyce (2002) aponta a necessidade de haver maior rigor metodológico nos estudos do setor da saúde para o desenvolvimento e aplicação dos indicadores, incentivando estudos que se dediquem a suprir a lacuna existente na área.

Interessante notar que os estudos de McGlynn e Asch (1998) e Thomson e Lally (2000) também explicitam a necessidade de criar métricas específicas para a área da saúde. Seus estudos enfatizaram que para tais ferramentas serem eficientes precisam apresentar incrementos reais nos serviços prestados pelas organizações da saúde. Apontam que as medições realizadas, até então, foram falhas, pois não contemplaram todos os aspectos dos cuidados à saúde. Ou seja, indicavam a possibilidade de haver elementos e considerações

relevantes para a realização da avaliação de desempenho, que não foram contemplados nos estudos anteriores e que podem ofertar avanços e melhorias para a gestão hospitalar.

Uma das carências na abordagem do desempenho das organizações hospitalares é a consideração de variáveis características dessas organizações que comprovadamente impactem em seus desempenhos. Estudos como os de Wang et al. (2001), La Forgia e Couttolenc (2009), Veloso e Malik (2010) e Brand et al. (2012) ressaltaram o impacto que variáveis como: o porte do hospital, a região geográfica em que está localizado, sua atuação (geral ou de especialidade) possuem no desempenho econômico-financeiro das organizações hospitalares. Guerra (2013) também identificou diferenciações na alocação de recursos, tendo em vista a localização geográfica das instituições.

Com vistas a dirimir quaisquer dúvidas, também se faz importante conceituar os hospitais sem fins lucrativos para distingui-los em relação aos demais. Hospitais sem fins lucrativos são aqueles que não possuem como objetivo o lucro, assim, obrigatoriamente, toda a sobra deve ser reinvestida na própria organização. Estas instituições cobram pela prestação dos seus serviços, ao passo que as filantrópicas, usualmente, não o fazem. Para ser considerada filantrópica a organização precisa possuir o CEBAS (Cadastro de Entidade Beneficente de Assistência Social) que é outorgado pelo Ministério da Saúde e comprovar que, no mínimo, 60% dos serviços são prestados para o SUS.

Pelos serviços prestados, de forma complementar, aos ofertados pelos hospitais públicos, os hospitais filantrópicos são remunerados pelo SUS, de acordo com uma tabela que não remunera integralmente os gastos incorridos nos procedimentos prestados. Estimativas apontam que a cada R\$100 gastos nos hospitais filantrópicos, o SUS remunera R\$65 (CMB, 2016). Esse descompasso entre as contas impacta na saúde financeira dos hospitais. No entanto, os hospitais filantrópicos também são financiados por doações e, apesar dessa diferença entre valores gastos e remunerados, estudos apontam a incipiente gestão hospitalar profissional como um dos motivos que reverberam no endividamento dos hospitais (BORBA; KILEMANN NETO, 2008; GARCÍA; PARDO, 2004).

Tendo em vista, as necessidades de mensuração do desempenho da gestão dos hospitais sem fins lucrativos, a fim de se verificar a utilização dos recursos destinados a tais organizações,

questiona-se: *Como as variáveis econômico-financeiras e operacionais, conjuntamente, auxiliam na construção de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos, no Brasil?*

1.2 Objetivos

Para responder as questões de pesquisa levantadas anteriormente, estabeleceu-se o objetivo geral descrito no subtópico seguinte.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as variáveis determinantes do desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros, considerando as dimensões econômico-financeira e operacional dessas organizações.

1.2.2 Objetivos específicos

Com vistas a atingir o objetivo geral, têm-se os seguintes objetivos específicos:

- identificar as variáveis econômico-financeiras e operacionais que podem ser utilizadas para avaliar os desempenhos econômico-financeiro e operacional dos hospitais;
- determinar os fatores operacionais e econômico-financeiros que podem ser utilizados para a construção de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros;
- verificar a possibilidade de construção de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros;
- analisar a relação entre os fatores que melhor explicam o desempenho operacional e econômico-financeiro dos hospitais sem fins lucrativos;
- verificar a existência de relações entre as dimensões operacionais e econômico-financeiras do índice de desempenho dos hospitais sem fins lucrativos e
- analisar o impacto de variáveis de caracterização dos hospitais sem fins lucrativos no desempenho dos mesmos.

1.3 Justificativa e relevância

Os hospitais podem ser considerados organizações centrais na área da saúde, haja vista, desempenharem papel fundamental na assistência à população (LA FORGIA;

COUTOLLENC, 2009). Isso justifica o interesse e a importância dos estudos acerca desse tipo de organização. Os hospitais, em diversos países do mundo, reorganizaram suas atividades para se tornarem organizações de serviços sociais de saúde. Tal transformação ocorreu devido à importância dessas organizações para a população, à necessidade de solucionar problemas como dificuldades financeiras, prestação de serviços de baixa qualidade, ineficiência operacional e para se adaptarem a uma lógica de mercado (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003).

Christensen, Grossman e Hwang (2009) apontam modificações semelhantes às relatadas anteriormente, nos países da América Latina. Os autores apontam que, nesses países, os hospitais focaram na melhoria dos serviços prestados e na realização de controle financeiro, com vistas ao alcance de eficiência e eficácia operacionais. No Brasil, especificamente, o contexto não se mostrou diferente, conforme demonstrou estudo realizado por Raimundini (2003) em hospitais públicos brasileiros.

Desde a década de 1990, em um contexto de transformações na gestão pública brasileira, o setor da saúde tem sofrido pressões sociais mais expressivas, acerca de questões como a melhoria no atendimento aos usuários, aumento da confiabilidade e segurança para pacientes e trabalhadores da área da saúde, bem como transparência na gestão das instituições públicas de saúde. Trata-se de um ambiente em que a exigência de um serviço de qualidade e por maiores níveis de desempenho se mostram manifestas (BONACIM; ARAUJO, 2009). Discussões acerca das modificações necessárias nas condutas e procedimentos concernentes ao meio se fazem presentes nos debates entre os gestores e trabalhadores das organizações de saúde, bem como, Marinho (1998), Lima-Gonçalves e Aché (1999) e Cherchiglia e Dallari (2006) representam o interesse acadêmico acerca da temática.

Apesar das transformações pelas quais as organizações hospitalares brasileiras têm passado, a insuficiência de recursos, sobretudo financeiros, se mostra notícia recorrente, em se tratando dos hospitais sem fins lucrativos. Assim, a identificação de variáveis econômico-financeiras e operacionais que conduzam a possibilidades de avaliação do desempenho dos hospitais sem fins lucrativos de forma mais refinada, consiste em uma alternativa de ferramental a ser utilizado por vários *stakeholders* presentes neste contexto, tais como: os dirigentes hospitalares, a administração pública, os benfeitores, a população de modo geral e os

colaboradores. O desenvolvimento de uma ferramenta específica para a avaliação do desempenho de hospitais filantrópicos brasileiros pode modificar o foco, atualmente, centrado em críticas à inexistência de ferramental específico para o contexto dos hospitais sem fins lucrativos e lançar luz em ações que visem à transparência na gestão dessas organizações, minimizando conflitos entre *stakeholders* e proporcionando sustentabilidade para essas organizações. Além disso, a utilização de indicadores econômico-financeiros ou operacionais, isoladamente, não reflete a realidade multidimensional das organizações hospitalares, ensejando a necessidade de avaliar seus desempenhos por meio da junção destes tipos de variáveis.

Desse modo, entendeu-se como relevante compreender o funcionamento da área da saúde no Brasil e seus possíveis desdobramentos, bem como a caracterização dos hospitais sem fins lucrativos. Além disso, lançou-se luz sob a teoria da firma, dos *stakeholders* e da agência e sob as análises das metodologias de avaliação de desempenho, sua evolução e seus incrementos à área da saúde. O entendimento acerca da utilização das métricas operacionais e econômico-financeiras na área da saúde também se fizeram importantes para identificar os indicadores mais usuais e os impactos decorrentes da utilização dos mesmos no campo da saúde. Além disso, intentou-se verificar algumas das principais críticas a esses indicadores e, por conseguinte, refletir sobre as adequações necessárias à utilização dos indicadores de desempenho. A revisão da literatura sugere que o desempenho das organizações hospitalares precisa ser mensurado por uma métrica multidimensional capaz de impactar de forma prática no cotidiano da gestão da saúde, uma vez, que se baseia em preceitos teóricos de avaliação de desempenho e achados empíricos desse tema. Além disso, sua multidimensionalidade possibilita a reunião de diferentes informações que isoladamente não teriam o mesmo significado.

1.4 Estrutura da tese

As discussões tecidas estão estruturadas em cinco seções além desta introdução. Na segunda seção foi apresentado breve panorama da situação financeira dos hospitais no Brasil, bem como suas transformações e desafios. Em seguida, na terceira seção, tratou-se da teoria da firma, com vistas a justificar a existência de contratos entre *stakeholders* que possuem interesses diversos, utilizou-se a teoria dos *stakeholders* e seus desdobramentos no contexto da gestão dos hospitais, bem como, achados teórico-empíricos relacionados à utilização da

teoria para o estudo das organizações hospitalares. Em seguida, abordou-se a teoria da agência, tendo em vista a adequação de seu arcabouço teórico às peculiaridades das relações existentes entre os diversos *stakeholders* no contexto das organizações hospitalares. Também foram explanadas algumas considerações acerca das metodologias e ferramentas utilizadas para a avaliação de desempenho dos hospitais. Na quarta seção foram explorados os aspectos metodológicos concernentes a esta tese. Na quinta seção, foram apresentados e discutidos os achados desta tese, considerando os objetivos estabelecidos anteriormente e as possíveis interrelações com o arcabouço teórico delimitado nesta pesquisa. E, na sexta seção, apresentou-se as principais contribuições dos resultados deste estudo, assim como, suas limitações e possíveis pesquisas futuras. Com vistas a relacionar os objetivos específicos desta tese com suas respectivas respostas, apresenta-se o quadro 1, que demonstra a localização dos resultados correspondentes a cada um dos objetivos específicos propostos.

Quadro 1 - Objetivos específicos e seus respectivos achados.

Objetivos específicos	Apresentação do resultado
Identificar as variáveis econômico-financeiras e operacionais que podem ser utilizadas para avaliar os desempenhos econômico-financeiro e operacional dos hospitais.	Seção 4.3.1 e 4.3.2
Determinar os fatores operacionais e econômico-financeiros que podem ser utilizados para a construção de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros.	Seção 5.2
Verificar a possibilidade de construção de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros.	Seção 5.3
Analisar a relação entre os fatores que melhor explicam o desempenho operacional econômico-financeiro dos hospitais sem fins lucrativos.	Seção 5.4
Verificar a existência de relações entre as dimensões operacionais e econômico-financeiras do índice de desempenho dos hospitais sem fins lucrativos.	Seção 5.4 e 5.6
Analisar o impacto de variáveis de caracterização dos hospitais sem fins lucrativos no desempenho dos mesmos.	Seção 4.3.3 e 5.5

Fonte: elaborado pela autora

Por fim, a seção de considerações finais se dedicou a sumarizar os principais achados teórico-empíricos desta tese, bem como suas limitações e a proposição de uma agenda de pesquisa que preencha as lacunas identificadas pela autora.

2. PANORAMA DA SITUAÇÃO FINANCEIRA DOS HOSPÍTIAIS BRASILEIROS: transformações e desafios

Este tópico visa explicar, de modo geral, a situação econômico-financeira dos hospitais brasileiros, com foco nas organizações sem fins lucrativos, tendo em vista as peculiaridades do sistema de saúde do país.

2.1 Caracterização dos hospitais e o sistema de saúde no Brasil

A Constituição de 1988 assegurou, em seu artigo 196, o acesso à saúde por todos os brasileiros, de forma universal. Para garantir o acesso a esse direito foi implantado o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e pelo setor privado, por meio do estabelecimento de contratos e convênios. O SUS tem como objetivos promover a descentralização dos serviços de saúde para os municípios, prestar apoio técnico e financeiro, planejar, controlar, organizar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como, formular políticas públicas que garantam o acesso universal e igualitário conforme determina a Constituição. O princípio da universalidade da saúde garante que todos os cidadãos brasileiros tenham direito à mesma e tal acesso não pode ser restringido. Neste sentido, cabe ao SUS ofertar um conjunto de serviços considerados socialmente necessários e baseados em diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos (BRASIL, 2011).

Silva, Borget e Schultz (2009) explicitam que as organizações hospitalares prestam serviços de prevenção, diagnóstico, tratamento, hospedagem, educação, pesquisa, dentre outros o que potencializa a complexidade de suas ações. Tais dificuldades implicam na necessidade de mensurar o desempenho dessas organizações, a fim de se verificar a efetividade dos investimentos e sua evolução ao longo do tempo. Como se trata de organizações de elevada complexidade é usual a segregação dos tipos de hospitais, de acordo com os objetivos e interesses dos estudos realizados acerca dos mesmos. Bezerra (2002) classifica os hospitais em: gerais, especializados, de curta permanência, de longa permanência, oficiais e particulares. Os hospitais gerais diferem dos especializados, pois os primeiros atendem pacientes que portam doenças de especialidades médicas variadas. Os de curta permanência são os que os pacientes ficam internados por períodos inferiores a 30 dias. Os hospitais oficiais são aqueles mantidos por diferentes níveis da administração pública (federal, estadual, municipal), por fim, os hospitais particulares são organizações da iniciativa privada.

Por sua vez, os estudos em saúde pública categorizam os hospitais em: (i) públicos municipais, estaduais e federais, os quais são geridos com recursos públicos, (ii) privados que podem ser contratados ou pertencentes à entidades de classe e (iii) universitários se dedicando à pesquisa e extensão (CAMPOS, 1999; CORDEIRO, 2001, MATOS; POMPEU, 2003). Independente do tipo de classificação adotada, não é incomum que os resultados acerca do desempenho da área da saúde, no Brasil, bem como dos hospitais, indiquem a necessidade de melhorias e transformações profundas no atual quadro do setor.

É importante destacar o funcionamento atual do sistema de saúde brasileiro que, de acordo com Paim et al. (2011), é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si. Três subsetores compõem o sistema de saúde brasileiro: (i) subsetor público em que os serviços são financiados e providos pelo Estado, considerando os níveis de atuação federal, estadual e municipal; (ii) subsetor privado, foco deste estudo, que pode ter ou não fins lucrativos e no qual os serviços podem ser financiados com recursos públicos ou privados e o (iii) subsetor de saúde suplementar detentor de variados tipos de planos de saúde e apólices de seguros, bem como de subsídios fiscais.

A expansão contínua do subsetor privado, financiado com recursos públicos, pode acarretar no subfinanciamento deste último, impactando sua capacidade de assegurar a qualidade e o acesso da população aos serviços de saúde. Ademais, o SUS é altamente dependente do setor privado, principalmente no que se refere aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, um exemplo é que somente 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos, denotando a desigualdade presente no acesso aos recursos de saúde no país (PAIM et al., 2011).

A Constituição Federal de 1988, ao prever garantias para a sistematização das ações e serviços de saúde no Brasil, bem como a reforma sanitária e os ajustes econômicos e administrativos promovidos pelo setor público, influenciou sobremaneira o ambiente no qual os hospitais atuam (RAIMUNDINI, 2003). Veloso e Malik (2010) asseguram que tais alterações influenciaram a atuação não apenas dos hospitais, mas de todas as organizações do setor da saúde. Neste sentido, Bonacim e Araújo (2011) afirmam que é possível visualizar uma mudança no contexto atual, no sentido de que o atendimento de qualidade tem sido exigência, independente do setor do qual se trata. Especificamente, no setor de saúde,

observa-se que os pacientes têm demandado maiores níveis de desempenho das organizações e essas tendem a prestar serviços de qualidade e confiabilidade. Contudo, a universalização do acesso à saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 e o aumento da expectativa de vida da população constituem fatores que têm contribuído para a elevação dos custos hospitalares, repercutindo na qualidade dos serviços de saúde prestados e nos recursos disponíveis para a realização dos mesmos (CAMPOS; MARQUES, 2011). Além disso, o avanço científico e tecnológico, as características inerentes à sociedade de consumo e as expectativas criadas quanto ao direito à proteção da saúde também impactam nos custos de assistência dessa. Dado que os cidadãos são insensíveis ao seu preço, aumentos ou diminuições do mesmo não influenciam a procura dos cuidados de saúde (FIGUEIREDO, 2010).

O setor de saúde brasileiro é caracterizado pelo financiamento público descentralizado do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de uma relevante indústria de seguros privados de saúde. O cenário nacional é composto por uma maioria de hospitais privados, com contratos de prestação de serviços com o SUS, ou seja, a principal fonte de recursos dessas organizações advém do SUS (LA FORGIA; COTTOULENC, 2009). Assim, Carpintéro (1999) afirma que a saúde brasileira passa por problemas financeiros decorrentes da falta de recursos, mas também de problemas na gestão financeira. A não utilização de ferramentas que visem controlar os custos, mensurar resultados e verificar a viabilidade de projetos de investimentos, impacta na eficiência da gestão financeira dessas organizações.

Rotta (2004) afirma que quase a metade das despesas destinadas ao setor da saúde é consumida pelos hospitais. Além disso, Oliveira (2005) assegura que os custos dos hospitais brasileiros são mal elaborados e, como consequência, a maioria eleva suas tabelas de preços recorrentemente, independente da análise real dos custos que incorrem. Abbas (2001) aponta que uma parcela relevante das organizações hospitalares do país não possui gestão de custos adequada, agravando a dificuldade em obter receitas compatíveis com as necessidades de manutenção das organizações.

Um dos maiores desafios do SUS consiste na estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que vise melhorar sua qualidade, aumentar a resolutividade da rede de unidades básicas de saúde e garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade, a fim de assegurar a universalidade do acesso (VERDI; COELHO, 2005). Um nível não é mais ou menos

importante que outro, por isso, é importante que a atenção básica e as de média e alta complexidade tenham investimentos e incentivos igualitários, haja vista que, a atenção à saúde no Brasil, por força de lei, deve ser integral (ERDMANN; MOREIRA, 2010). Uma das adequações realizadas para cumprir o acesso integral à saúde foi a criação da Política Nacional de Atenção às Urgências que visou fortalecer a atenção de média complexidade, por meio da criação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA's). Tal demanda decorreu da crescente elevação dos serviços de urgência e emergência resultantes do aumento de acidentes, da violência urbana e da insuficiente estruturação da rede (BRASIL, 2007).

Outra possível solução apontada por Guerra (2013) é um modelo de alocação de recursos para os hospitais brasileiros, especialmente, para os de alta complexidade. O modelo proposto pela autora prevê a consideração da destinação de recursos tendo em vista o tipo de hospital (geral ou de especialidade) e se público ou privado, de forma a alocar os recursos disponíveis a partir das variáveis de oferta. Também ficou evidente a necessidade de posicionar geograficamente hospitais de alta complexidade, haja vista as “limitações econômico-financeiras e de demanda-oferta de serviços de alta complexidade não justificarem a instalação de hospitais especializados em todas as regiões que necessitam de tal tipo de serviço” (p.116). Guerra e Gonçalves (2014) defendem a existência de hospitais regionais de referência em determinados tipos de tratamento que atenderiam demandas de diferentes localidades do país justificando a contratação de mão de obra altamente especializada e os elevados custos incorridos e, em contrapartida, a demanda local seria atendida por hospitais generalistas, responsáveis por atendimentos não tão específicos.

Os hospitais são organizações pressionadas tanto pela esfera pública, que se dedica a verificar a aplicação dos recursos financeiros disponibilizados, quanto pelos agentes privados que desejam os melhores retornos possíveis sobre seus investimentos. Adicionalmente, têm-se os pacientes exigindo serviços de qualidade e realizados tempestivamente, em um cenário que naturalmente é complexo, dada a gama de serviços realizados e tecnologias utilizadas (SMET, 2002; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Trata-se de um ambiente em que os diferentes interesses de *stakeholders* distintos podem acarretar em conflitos. Neste contexto, de exigências crescentes a possibilidade de verificar o desempenho das organizações hospitalares se mostra útil e necessária, mas não consiste em tarefa simples. Quando se trata de hospitais sem fins lucrativos o desafio se adensa, haja vista poderem ser identificados dois pontos

nevrálgicos: (i) a polêmica discussão da primazia pelo lucro ou pelo cuidado à saúde, especialmente em se tratando de hospitais particulares e (ii) a avaliação de hospitais sem fins lucrativos, considerando o lucro como métrica de desempenho. O tópico a seguir se destina a caracterizar e expandir as discussões acerca dos hospitais sem fins lucrativos, objetos deste estudo.

2.2 Hospitais sem fins lucrativos

São consideradas organizações sem fins lucrativos aquelas que possuem personalidade jurídica de direito privado, que não apresente superávit em suas contas ou, caso apresente que o destine integralmente à manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais (BRASIL, 1998). As organizações sem fins lucrativos possuem benefícios fiscais concedidos pelo governo como forma de incentivo a sua atuação junto à sociedade. Um desses benefícios é a isenção do pagamento do imposto de renda de pessoa jurídica e da contribuição social sobre lucro líquido. Para a manutenção desses benefícios, a organização deve cumprir alguns requisitos, como:

- não remunerar, por qualquer forma, seus dirigentes pelos serviços prestados, exceto no caso de associações, fundações ou organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, cujos dirigentes poderão ser remunerados, desde que atuem efetivamente na gestão executiva e desde que cumpridos os requisitos previstos nos arts. 3º e 16 da Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, respeitados como limites máximos os valores praticados pelo mercado na região correspondente à sua área de atuação, devendo seu valor ser fixado pelo órgão de deliberação superior da entidade, registrado em ata, com comunicação ao Ministério Público, no caso das fundações;
- aplicar integralmente seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais;
- manter escrituração completa de suas receitas e despesas em livros revestidos das formalidades que assegurem a respectiva exatidão;
- conservar em boa ordem, pelo prazo de cinco anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem de suas receitas e a efetivação de suas despesas, bem assim a realização de quaisquer outros atos ou operações que venham a modificar sua situação patrimonial;
- apresentar, anualmente, Declaração de Rendimentos, em conformidade com o disposto em ato da Secretaria da Receita Federal (BRASIL, 1998).

Por sua vez, hospital filantrópico é aquele que não possui fins lucrativos e realiza parte de seus procedimentos de forma gratuita. A Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009 determinou que os hospitais filantrópicos (a partir da lei passaram a ser denominados beneficentes) destinem, no mínimo, 60% de seus procedimentos a pacientes oriundos do SUS (BRASIL, 2009). Logo, a participação do SUS é parte das exigências necessárias para que o hospital seja certificado como beneficente, isto é, que atue no auxílio e amparo a pessoas carentes e, portanto, goze dos direitos a isenções fiscais e de incentivos especialmente

destinados a esse tipo de organização (LIMA et al., 2004). O restante do financiamento desses hospitais é realizado por meio de atendimentos a pacientes particulares e ainda por doações. No Brasil, o atendimento dos pacientes particulares se dá sobremaneira por meio dos planos de saúde (BARTMAN; TULIO; KRAUSER, 2005).

Há certa confusão em relação à definição de hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos, por isso, neste trabalho foram adotados os conceitos estabelecidos na legislação brasileira, explanados anteriormente. Portanto, os hospitais sem fins lucrativos podem ser filantrópicos, caso atendam às disposições estabelecidas na Lei 12.101 de 2009 e obtenham o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). Caso contrário não podem ser classificados como filantrópicos no entendimento do SUS.

Lima et al. (2007) destacam a importância dos hospitais filantrópicos para a saúde do país, haja vista corresponderem a 1/3 dos leitos disponíveis no Brasil e consistirem em uma rede pulverizada por todo o território nacional, com número relevante de pequenos hospitais de baixa complexidade presentes em pequenos municípios e, na metade desses, sendo o único hospital da cidade. Também se mostram importantes por incluírem alguns hospitais de alta complexidade, usualmente, localizados em regiões metropolitanas. No entanto, os autores afirmam que, apesar da importância dessas organizações hospitalares, elas inspiram cuidados e atenção, pois suas estruturas e processos gerenciais podem ser classificados como ausentes ou incipientes (LIMA et al., 2007). Lima et al. (2004) apontam como preocupante a situação da gestão dos hospitais filantrópicos pesquisados. Os autores chamam a atenção para o elevado risco de extinção dessas organizações e ressaltam a necessidade de ações tanto por parte dos agentes públicos quanto por parte de seus próprios gestores.

Neste sentido, a aferição do desempenho desses hospitais, com vistas a verificar a eficiência de suas operações se apresenta como um desafio. Ademais, como se trata de organizações sem fins lucrativos, a importância dada à mensuração do desempenho da organização tende a ser menor, quando comparada às organizações particulares, que buscam a eficiência e elevados índices de desempenho, com vistas a alcançar o maior lucro possível (HUERTA et al., 2008). Em contrapartida, a gestão dos hospitais, especialmente os filantrópicos, se vê cada vez mais pressionada devido à crescente exigência de prestação de contas e transparência preconizada pela administração pública e pelos valores, geralmente insuficientes, repassados

tanto pelos operadores de saúde quanto pelo SUS. Cabe destacar que a responsabilidade por tal deficiência não pode ser atribuída somente aos gestores dessas organizações, visto que as questões relacionadas à adequada alocação de recursos (financeiros e operacionais) e à eficiência hospitalar não têm sido discutidas nem avaliadas de forma ampla (GUERRA, 2011, 2013, LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009) pelos estudiosos da temática.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção se dedica à apresentação da teoria da firma, juntamente com a teoria da agência e a teoria dos *stakeholders*, com vistas a estabelecer o arcabouço teórico necessário para a discussão dos resultados encontrados nesta tese. Em seguida é apresentada a evolução pela qual os modelos de mensuração de desempenho organizacional passaram ao longo das décadas. Entende-se que a conjugação teoria da agência, da firma dos *stakeholders* pretende, apesar das mesmas terem origens distintas, avançar nas discussões acerca deste debate (SILVEIRA; YOSINHAGA e BORBA, 2005, BOAVENTURA et al., 2009).

3.1 Teoria da firma

A teoria da firma foi conceituada por Coase (1937) que definiu a firma como um ente que oferta bens e serviços produzidos a partir de fatores de produção. A existência da firma se justifica como forma de reduzir os custos transacionais de mercado. O autor defende que as atividades deveriam ser incluídas na firma, pois os custos de mercados seriam maiores do que os custos da utilização da autoridade direta. Desse modo, a relação contratual configura a essência da firma, tais contratos se estabelecem entre os diversos *stakeholders* (empregados, fornecedores, clientes, credores, etc.) (JENSEN; MECKLING, 1976).

A teoria da firma defende que o objetivo da firma é a maximização dos lucros. No entanto, é importante esclarecer que o paradigma de maximização dos lucros de uma firma deve ser explorado com maior profundidade, com vistas a averiguar de qual lucro está se tratando. Quando se trata da perspectiva econômica, o objetivo seria a maximização de valor de mercado de longo prazo das empresas, portanto, sua capacidade de geração de caixa em longo prazo (JENSEN, 2001). A maximização do valor da firma acarreta em benefícios para todos os públicos envolvidos com a mesma e não apenas os detentores de direitos de propriedade (JENSEN, 2001, SUNDARAN; INKPEN, 2004).

Jensen e Meckling (1976) afirmam que a teoria da firma consiste, em essência, em uma teoria de mercados em que as firmas atuam como participantes importantes. Os autores argumentam que a firma é entendida como uma “caixa preta” manipulada de modo a atender a condições de *inputs* e *outputs* que maximizem o lucro. As organizações consistem em ficções legais que servem como um ponto de apoio para um conjunto de relações contratuais entre os

stakeholders, por exemplo, empresas, clubes de futebol, associações, entidades sem fins lucrativos e, no caso desta tese, os hospitais sem fins lucrativos.

Interessante notar a ressalva que Jensen e Meckling (1976, p. 91) realizam acerca da personificação da firma. Os autores defendem que a firma não é um indivíduo e, portanto, não deve ser analisada e tratada como tal. Assim, “a firma é uma ficção legal que serve como um foco para um processo complexo no qual os objetivos conflitantes de indivíduos (alguns dos quais podem ‘representar’ outras organizações) atingem um equilíbrio no contexto de relações contratuais”.

Assim, a teoria da firma assume que as organizações se mostram mais eficientes do que o mercado, pois compreende a firma como um arranjo contratual. Este nexos contratual remete necessariamente aos detentores de direitos de propriedade e aos empregados e gestores e é interesse da literatura, conforme demonstraram Jensen e Meckling (1976), averiguar o comportamento dos mesmos. Os autores afirmam que quando o administrador-gestor da firma é proprietário integral dos direitos da empresa seu comportamento é diferente de quando parte dos direitos de propriedades pertencem a terceiros. Desse modo, a firma conviverá com personagens que possuem interesses distintos: os proprietários (detentores de direitos de propriedade) e os gestores, conforme explicita a teoria da agência no subtópico 3.3, dentre outros *stakeholders* que serão tratados no subtópico 3.2.

3.2 Teoria dos *stakeholders*

Para compreender a teoria dos *stakeholders*, inicialmente, se faz necessário, compreender quem são *stakeholders*, haja vista a conceituação acerca dos mesmos ser tratada de forma ampla na literatura. Donaldson e Preston (1995) afirmam que tal termo foi empregado em administração, inicialmente, em 1963, em um documento interno do *Stanford Research Institute* (SRI). O objetivo do termo, neste contexto, era identificar todos os grupos sem os quais a empresa deixaria de existir. O marco teórico da teoria dos *stakeholders* se constituiu com a obra de Freeman (1984) em que *stakeholders* foram definidos como sendo os atores que afetam e podem ser afetados pela empresa. Várias críticas em relação à amplitude desta definição foram realizadas com vistas a tentar reduzir o espectro de análise dos gestores e, assim, identificar de modo mais objetivo quem seriam os *stakeholders* de cada organização (FRIEDMAN; MILES, 2006). O resultado deste esforço em redefinir e/ou aprimorar o

significado e a identificação dos *stakeholders* resultou, conforme contabilizaram Friedman e Miles (2006), em 55 definições presentes em 75 publicações analisadas.

A despeito disso, a definição que ficou amplamente conhecida foi cunhada por Freeman (1984) que define como *stakeholders* todos os grupos ou indivíduos que afetam ou são afetados pela realização do propósito da organização, isto é, grupos constituintes que possuem reivindicações legítimas sobre a organização. Para que haja essa legitimidade é preciso existir uma relação de troca. No contexto dos hospitais sem fins lucrativos, é possível listar os profissionais que trabalham nas organizações, os pacientes, o Estado, a sociedade, os fornecedores, entre outros como *stakeholders* que possuem reivindicações legítimas. Freeman (1984) defendeu que a aplicação efetiva do conceito de *stakeholders* pelas organizações implicaria em mudanças significativas no modo de gerenciá-las. O autor afirma que a incorporação do conceito provocaria mudanças no modelo de gestão, dando origem a uma revolução em termos conceituais e impulsionaria o desenvolvimento de novas teorias e modelos organizacionais.

Com o decorrer do tempo e o desenvolvimento de outros estudos concernentes à temática, diferentes visões foram agregadas às discussões, inclusive algumas propostas pelo próprio Freeman em parceria com outros autores (FREEMAN; GILBERT, 1987, EVAN; FREEMAN, 1988, FREEMAN; EVAN, 1990). É importante destacar que a teoria dos *stakeholders* emergiu na década de 1980, mas em um primeiro momento não se apresentou como uma teoria propriamente dita, mas como um conceito cujo objetivo era abordar a necessidade das organizações preocupadas com os temas sociais (BOAVENTURA, 2012).

A perspectiva da teoria dos *stakeholders*, essencialmente, possui como mote o deslocamento do desempenho econômico para o desempenho social, ampliando o espectro de análise dos *shareholders* para os *stakeholders*. A despeito desta expectativa, Boaventura et al. (2009) afirmam que os estudos acerca desta ampliação não apontam para conclusões que refutam ou confirmam tal perspectiva. Os autores se dedicaram, portanto, a verificar a existência de subordinação da função-objetivo dos *stakeholders* em relação a dos *shareholders* e concluíram que, na amostra analisada, foi possível constatar que não há subordinação do atendimento da função-objetivo dos *stakeholders* ao atendimento da função-objetivo dos *shareholders*.

Donaldson e Preston (1995) visando organizar os conceitos relacionados aos *stakeholders*, após realização de um extenso levantamento acerca de estudos anteriores, classificaram o assunto em três diferentes níveis abordados pela academia: (i) o aspecto descritivo, (ii) o aspecto instrumental e (iii) o aspecto normativo. No que tange ao aspecto descritivo, os autores defendem que “a teoria dos *stakeholders* é utilizada para descrever, explicar e especificar características e comportamentos” (DONALDSON; PRESTON, 1995, p.70). Desse modo, o aspecto descritivo da teoria dos *stakeholders* descreve a natureza da firma, o modo que os gestores pensam a gestão, como os membros dos conselhos de administração pensam os interesses dos demais integrantes corporativos e como as organizações são geridas atualmente. Em síntese, o aspecto descritivo está relacionado à descrição do passado, do presente e do futuro, preocupando-se em delinear os limites e atuações da firma e seus *stakeholders*.

O aspecto instrumental está relacionado à capacidade de a organização identificar as conexões ou a falta destas conexões entre os *stakeholders*. Usualmente, utilizado para relacionar eventos específicos entre causa e efeito em detalhes, por exemplo, a gestão dos *stakeholders* e o desempenho da firma. O aspecto normativo é utilizado para interpretar as funções da organização, tendo em vista seus princípios morais e filosóficos. Nesta abordagem, a organização reconhece os interesses de todos os *stakeholders*, dando-lhes “importância intrínseca” (DONALDSON; PRESTON, 1995).

Donaldson e Preston (1995) afirmam ironicamente que a base da teoria dos *stakeholders* está relacionada à teoria dos direitos de propriedade que assevera a dominância dos direitos dos *shareholders* em detrimento dos direitos dos demais *stakeholders*. O que é necessário ser destacado é que os direitos de propriedade não são irrestritos. Logo, as restrições contra as utilizações prejudiciais aos demais envolvidos são intrínsecas ao direito de propriedade e, portanto, denotam claramente a existência da consideração dos direitos dos demais *stakeholders*. Trata-se de uma necessidade moral. Esta observação é especialmente importante quando se considera o contexto dos hospitais sem fins lucrativos e todos os seus *stakeholders*, evidenciando a necessidade de avaliação dos interesses dos mesmos. Ademais, este ponto, em específico, nutre estreita relação com os preceitos estabelecidos na teoria da firma.

Em seu livro “*Stakeholders: teoria e prática*”, Friedman e Milles (2006), analisam o trabalho de análise da teoria dos *stakeholders* realizado por Donaldson e Preston (1995) e afirmam que, na abordagem descritiva, a teoria é utilizada para descrever as características de uma organização. Na dimensão instrumental, analisa relações de causa e efeito hipotéticas dentro da organização e na dimensão normativa, pode assumir duas condutas: (i) os *stakeholders* são identificados pelos seus interesses na organização, independentemente de a recíproca ser verdadeira e (ii) os interesses de todos os grupos de *stakeholders* possuem valor intrínseco e, portanto, cada grupo é considerado pelo que possui e não por suas capacidades de sobrepujarem os demais grupos tendo em vista seus interesses.

A visão de Wood (1990) e Clarkson (1995, p. 106) apresenta uma perspectiva mais restritiva em relação à identificação dos *stakeholders*, pois defende que o objetivo da empresa é atender aos *stakeholders* primários, ou seja, criar e distribuir riqueza para os que possuem “um alto nível de interdependência com a organização”, “sem cuja participação contínua a empresa não pode sobreviver”. Por sua vez, os *stakeholders* secundários são os “que influenciam ou afetam, ou são influenciados ou afetados pela corporação, mas não estão envolvidos em transações com a corporação e não são essenciais para sua sobrevivência”, tais como os veículos de comunicação que são capazes de influenciar a opinião dos demais grupos sem, necessariamente possuírem transações com a organização.

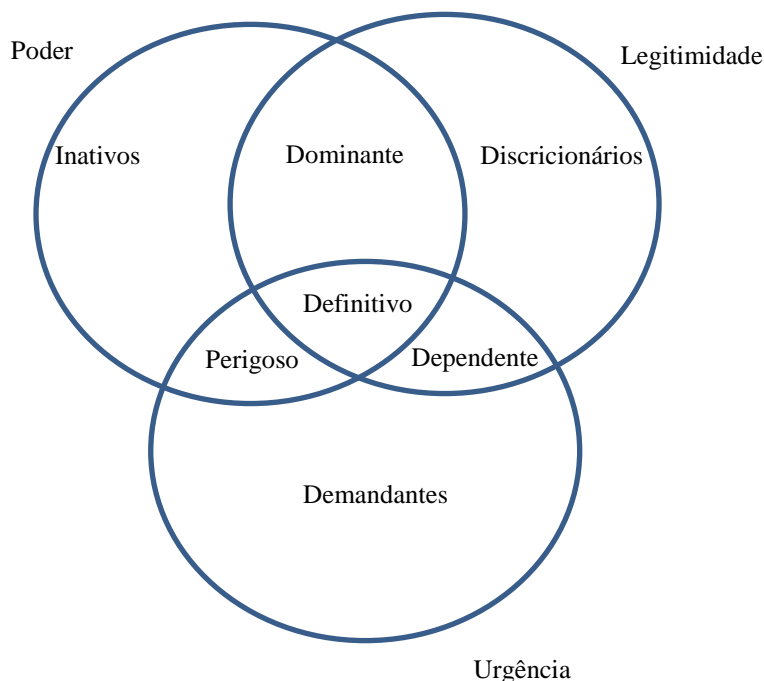
Mitchell, Agle e Wood (1997) julgaram não ser suficiente a classificação de Clarkson (1995) em *stakeholders* primários e secundários e se dedicaram a determinar procedimentos que identificassem os *stakeholders* relevantes para a organização, visto não ser possível aos gerentes considerar todos os interessados e/ou afetados pela mesma. Propuseram uma teoria de seleção dos *stakeholders*, de acordo com a relevância de cada um deles. A seleção proposta pelos autores se baseia na identificação da posse de um, dois ou os três dos seguintes atributos: (i) o poder de influenciar a empresa, (ii) a legitimidade da relação do *stakeholders* com a organização e (iii) a urgência da reivindicação do *stakeholders* sobre a empresa. A legitimidade é a percepção da utilidade, da adequação e do desejo da organização de realizar funções, conforme um sistema socialmente construído. O poder é identificado como uma relação entre atores sociais, em que o ator A influencia o ator B a agir de uma forma em que o ator B, geralmente, não o faria (SALANCIK; PFEFFER, 1974). E, finalmente, a urgência só

existe quando uma relação é de natureza sensível ao tempo e quando a mesma é importante ou crítica para os *stakeholders*.

Diante da posse de um ou mais desses atributos (legitimidade, poder e urgência), os *stakeholders* foram classificados em três classes: atores latentes, expectantes ou definitivos. Cada uma dessas classes diz respeito à presença ou ausência de cada um dos atributos em cada um dos *stakeholders* analisados. Cabe destacar que a legitimidade e a urgência podem ser amalgamados para originar autoridade, mas também podem existir independentes um do outro (MITCHELL; AGLE; WOOD, 1997).

Considerando a junção das classes e dos atributos, são constituídas oito novas subclasses de *stakeholders*, conforme ilustra a Figura 2. As subclasses tipos 1, 2 e 3 estão relacionados às classes com apenas um atributo e remetem aos *stakeholders* latentes; os tipos 4, 5 e 6 apresentam dois atributos e são denominados expectantes e, por fim, o tipo 7 possui os três atributos e é denominado definitivo. De modo detalhado, quando se consideram os *stakeholders* latentes, é possível identificar três tipos/categorias de *stakeholders*: (i) inativos que apresentam o atributo poder, (ii) os discricionários com o atributo legitimidade e (iii) os demandantes com o atributo urgência.

Figura 1 - Classificação dos *stakeholders*



Fonte: extraído de Mitchell, Agle e Wood (1997)

Em relação aos expectantes, que conjugam as classes e os atributos, têm-se: (i) os dominantes com poder e legitimidade, (ii) os perigosos que possuem poder e urgência, mas não detêm legitimidade e (iii) os dependentes que possuem legitimidade e urgência. Em relação aos *stakeholders* do tipo 7, os definitivos, pode-se verificar que apresentam, simultaneamente, legitimidade, poder e urgência e se posicionam opostamente à classe 8, que se refere aos *stakeholders* não envolvidos no processo (MTCHELL; AGLE; WOOD, 1997). A consideração desses atributos se faz útil para o desenvolvimento de um mapa de *stakeholders* que sinaliza para a administração em quem ela deve prestar atenção, o que lhe interessa e de que modo.

A caracterização das partes interessadas pode ser de grande utilidade para os hospitais sem fins lucrativos, haja vista serem organizações notadamente dependentes de legitimidade social, de recursos financeiros de vulto e demandantes de recursos humanos de elevado grau de especialização e que possuem elevado poder, tendo em vista a classe profissional em que se inserem. A confecção desse mapa de localização dos *stakeholders* se mostra útil para os hospitais, sobretudo, com vistas a catalisar a definição e implementação eficiente das estratégias de relacionamento que promovam sustentabilidade/sobrevivência desses hospitais, uma vez que não visam o lucro, mas necessitam de recursos financeiros para sobreviver.

De modo específico, o trabalho de Frooman (1999) desperta especial interesse, pois o autor identifica quatro tipos de estratégias de influências dos interessados: retenção de recurso vital na fonte direta ou numa fonte indireta e condicionamento (direto ou indireto) do modo de utilização dos recursos. Na estratégia de retenção de recursos, os *stakeholders* interrompem o fornecimento de recursos na expectativa que haja modificações no comportamento da organização. Quando é colocada em prática a estratégia do condicionamento da utilização dos recursos, as partes impõem condições para continuarem a fornecer recursos à organização. Também é preciso considerar quais são os condicionantes de escolha da estratégia de influência. A escolha da estratégia de influência está condicionada ao nível de dependência da organização em relação ao recurso e/ou ao nível de poder do *stakeholders* sobre o recurso. Diante disso, é possível verificar quatro tipos de relações baseadas nos recursos: poder das partes interessadas, de alta interdependência, de baixa interdependência e da empresa (FROOMAN, 1999). No caso dos hospitais sem fins lucrativos brasileiros, o Estado se

apresenta como significativo controlador de recursos vitais para os hospitais o que implica em amplo poder na relação que desenvolvem com essas organizações.

Em se tratando das relações existentes entre os *stakeholders*, Fassin (2012) afirma que enquanto uma organização afeta ou pode afetar as partes interessadas, esses interessados também podem influenciar esta organização. Desse modo, o autor pressupõe a existência do atributo da reciprocidade dos *stakeholders*, provavelmente, restrito às partes que possuem interesses reais na organização: os *stakeowners*, ou seja, atores verdadeiramente interessados na organização e cuja participação é efetiva, são parceiros que se esforçam para que ocorram benefícios mútuos. Logo, a consideração de uma teoria em que o valor econômico é criado tendo em vista a reunião de pessoas, como voluntárias, que se reúnem e cooperam com vistas a melhorar as condições de todos (FREEMAN; WICKS; PARMAR, 2004) se apresenta como capaz de alicerçar as relações entre os *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos. Além disso, Freeman, Harrison e Wicks (2007) defendem que a teoria dos *stakeholders* deve ser aplicada a empresas de pequeno porte, familiares, de controle não difuso, associações e organizações sem fins lucrativos ou públicas; ratificando a aderência desta teoria ao objeto de estudo em análise.

Assim, fornecedores, financiadores, governo, comunidade local e público em geral são exemplos de grupos interessados na eficiência da gestão das organizações hospitalares. Cada um desses grupos oferta recursos para os hospitais sem fins lucrativos e espera que seus interesses sejam satisfeitos, como forma de retribuição. A utilização da teoria dos *stakeholders* no contexto deste estudo se apresenta como notadamente importante devido às possibilidades de utilização de variáveis de desempenho adequadas para o contexto dos hospitais sem fins lucrativos, como ferramenta modeladora das relações existentes entre essas organizações e seus *stakeowners*, sobretudo, no que tange à obtenção de recursos financeiros.

Neste particular, Aldrich (1976) afirma que o acesso aos recursos externos é ponto crítico para as organizações públicas ou privadas sem fins lucrativos, que desempenham papel relevante para a comunidade ou porque são empregadores ou em decorrência do serviço que prestam, tendo em vista seus produtos (os serviços médicos prestados) serem de difícil avaliação para o consumidor final, neste caso, o usuário. Ademais, os hospitais consistem em um tipo de

organização complexa que gere um grande número de recursos materiais e humanos (BEN; GUINET; HAJRI-GABOUJ, 2012).

Em se tratando dos hospitais religiosos e dos sem fins lucrativos, Ferreira-da-Silva (2006) afirma que são a gênese das instituições hospitalares que, por sua vez, têm uma enorme diversidade de partes interessadas e um complexo processo de criação de valor. Contudo, “os gestores não podem atender às demandas de todos os interessados de forma imediata e personalizada” (MINOJA, 2012, p.67). A sustentabilidade dessas organizações está atrelada à solidez das relações que são desenvolvidas entre as partes interessadas e da gestão do equilíbrio dos vários interesses presentes (PFEFFER, 1973). Neste contexto, a teoria da agência emerge tendo como finalidade estudar os conflitos existentes entre proprietários e gestores, ou seja, *stakeholders*, sob a ótica dos hospitais. O próximo tópico se dedica a explicitar os preceitos desta teoria.

3.3 Teoria da agência

Proprietários de empresas e seus gestores têm interesses distintos dentro de uma organização e nos hospitais sem fins lucrativos esta relação também se apresenta. Esta divergência de interesses é a responsável pelo surgimento de conflitos entre proprietários e gestores, sendo então, a base dos estudos da teoria da agência. Desta forma, Jensen e Meckling (1976), definem os conflitos entre os gestores e proprietários como problemas de agência. A relação de agência se estabelece quando um contrato é firmado e uma ou mais pessoas (principal) empregam outra pessoa (agente) para executar, em seu nome, serviço que implique na tomada de decisão ou transferência de algum poder para o agente. Se o objetivo de ambas as partes for a maximização dos resultados, acredita-se que haverá conflitos entre agente e principal, pois o primeiro sempre agirá tendo em vista seus interesses. Portanto, ao principal caberá arcar com os custos provenientes de incentivo ao agente e de monitoramento, com vistas a verificar se, de fato, o agente tem agido consoante aos interesses do principal e limitando possíveis atividades irregulares do agente.

Os conflitos de agência podem ocorrer em função do oportunismo porque “se ambas as partes da relação são maximizadoras de utilidade, há boas razões para se acreditar que o agente não agirá sempre no melhor interesse do principal” (JENSEN; MECKLING, 1976, p. 308). Ou

seja, agentes e proprietários têm interesses divergentes e mesmo os agentes tendo sido contratados para assegurar os interesses dos proprietários podem optar por decisões que os beneficiem em detrimento dos principais (SMITH, 1776).

Jensen (1994) ainda afirma que as decisões tomadas privilegiando uma das partes podem acontecer de forma inconsciente, pois na teoria da agência o comportamento humano pode ser descrito como “*resourceful, evaluative, maximizing model – REMM*”. Este modelo preconiza que os indivíduos possuem preferências temporárias, pois avaliam continuamente uma diversidade de fatores dentro das organizações, visando à maximização de seus próprios interesses. Assim, as ações podem ser direcionadas em benefício próprio, visto que são considerados seres de desejos ilimitados. Portanto, o modelo REMM afirma que os indivíduos são capazes de promover mudanças em seu ambiente e se adaptarem à realidade em que estão inseridos, considerando suas necessidades e desejos.

Na perspectiva da teoria contratual, a existência das firmas é justificada como forma de reduzir os custos gerados pelos conflitos de interesses entre as partes contratantes. A empresa é definida como um conjunto de contratos os quais podem ser formais ou informais. Assim, tem-se um conjunto complexo de relações entre pessoas e a empresa representa uma forma de conciliar os diferentes interesses, dos diversos participantes, em um contexto contratual, com base legal (CORREA, 2008). Jensen e Meckling (1976, p.90) afirmam que as empresas são como “ficções legais”, ou seja, se justificam por serem uma relação contratual dos indivíduos que dela participam.

Diante das relações contratuais firmadas entre agentes e proprietários, Shapiro (2005) também afirma que as relações de agência podem ser consideradas contratos. Sendo os termos dos contratos definidos por mecanismos de incentivo, monitoramento e quaisquer outras formas de controle social estabelecidas pelos proprietários. Isso porque existe a necessidade de definir as normas sobre os direitos de propriedade das empresas que, normalmente, são constituídas por mais de um proprietário. Para tal, faz-se necessário definir os direitos de propriedade, por meio de contratos, explícitos ou implícitos, que regerão as ações dos administradores (COASE, 1937; ALCHIAN; DEMSETZ, 1972; FAMA; JENSEN, 1983).

Fama e Jensen (1983) apontam que quando os agentes não são afetados financeiramente por possíveis perdas decorrentes de suas decisões, existe a possibilidade de suas ações não serem pautadas nos interesses do principal. Com vistas a evitar tal risco, os autores apontam a necessidade de descentralizar os direitos de decisão e criar sistemas de controle que avaliem a performance e ofertem mecanismos de recompensas e punições aos agentes (JENSEN; MECKLING, 1995). Os autores explicam que o principal pode reduzir as possibilidades de o agente atuar em benefício próprio, por meio do estabelecimento de incentivos, a fim de que o agente atue de modo a alcançar os objetivos do principal, bem como, estabelecer monitoramento, com vistas a reduzir as atitudes oportunistas do agente (JENSEN; MECKLING, 1976).

Cumprido salientar a generalidade do problema de agência, haja vista, o obstáculo de induzir o agente a se comportar como se estivesse maximizando o bem-estar do principal consistir em uma dificuldade geral. Ou seja, se mostra presente em todas as organizações e em qualquer nível de administração das firmas, “em universidades, em empresas mistas (de sociedade anônima e cooperativa), em cooperativas, em órgãos públicos, em sindicatos e em relações normalmente classificadas como relações de agência” (JENSEN; MECKLING, 1976, p.90).

Tendo em vista a generalidade dos custos de agência, Jensen e Meckling (1976) defendem a necessidade do desenvolvimento de teorias que expliquem as formas que os custos de agência assumem em cada uma das situações em que as relações contratuais diferem substancialmente. Também interessa saber como e por que esses custos são gerados, visto que inexistente no estudo da economia e das ciências sociais, em geral, uma teoria que estabeleça tal relação (JENSEN; MECKLING, 1976).

Mesmo que a relação principal-agente não seja claramente definida, caso da maioria dos hospitais sem fins lucrativos, toda e qualquer ação que envolva “esforço cooperativo”, por parte de dois ou mais indivíduos implica em custos de agência (JENSEN; MECKLING, 1976). Esses custos existirão para todos os contratos estabelecidos na firma, sejam formais ou informais. Os custos de agência estão estreitamente relacionados à teoria da firma, sobretudo, quando se trata do problema da negligência e do monitoramento da produção da equipe (ALCHIAN; DEMSETZ, 1972; SAITO; SILVEIRA, 2008).

Jensen e Meckling (1976) afirmam que para a redução dos problemas decorrentes dos conflitos de interesse entre principais e agentes podem ser utilizadas soluções como: procedimentos de monitoramento, restrições nos contratos, relatórios periódicos, auditorias e incentivos que alinhem os interesses entre as partes. Independentemente da saída utilizada, qualquer dessas possibilidades implicará em custos.

No contexto dos hospitais sem fins lucrativos, acredita-se ser possível que os gestores hospitalares tomem decisões que não sejam consistentes com os objetivos de seus *stakeholders*. Neste âmbito, fica claro que os interesses dos *shareholders* e *stakeholders* são distintos. Rossetti e Andrade (2012) afirmam ser admissível o atendimento dos interesses dos *stakeholders* e *shareholders* simultaneamente, pois é possível encontrar um ponto de convergência que permita máximo retorno, em longo prazo, para ambas as partes. Os autores propõem a “maximização iluminada de valor” cujo objetivo é garantir que os interesses dos *shareholders* sejam alcançados, considerando a existência da possibilidade de retorno, em longo prazo, capaz de proporcionar harmonização entre seus interesses e os dos *stakeholders*. Não obstante, fica evidente que, em qualquer relação de agência serão incorridos custos, sejam eles de contratação, de monitoramento, de informação ou de risco moral.

Calve et al. (2013) afirmam haver crescente interesse do governo, da população, dos doadores e voluntários, entendidos como principais, nesta relação, em averiguar como a utilização dos recursos está sendo realizada e, conseqüentemente, verificar a correta aplicação dos mesmos. Mesmo sabendo que os hospitais sem fins lucrativos não distribuem lucros, observa-se a existência de uma relação de agência entre os *stakeholders*. Os autores afirmam que mecanismos de controle que visam manter os gestores dentro dos limites de discricionariedade também consistem em aspecto de grande interesse para as organizações sem fins lucrativos. Como os gestores dos hospitais são os responsáveis pela tomada de decisão e definem onde os recursos serão alocados são considerados os agentes e o governo, os doadores, a população e possíveis voluntários, são vislumbrados como principais (REZENDE; FACURE; DALMACIO, 2009).

Gimenes e Leonardo (2009) ressaltam que o interesse do Estado se faz presente, pois o mesmo contribui com recursos (financeiros e técnicos) destinados aos hospitais sem fins lucrativos e, portanto, necessita controlar seu emprego, de modo a verificar sua utilização e o

desenvolvimento das atividades a que se destinaram. De modo semelhante, os possíveis doadores de recursos aos hospitais têm interesse em monitorá-los, a fim de que não sejam inadvertidamente utilizados pelos agentes (LEAL; FAMÁ, 2007).

Cabe considerar que alguns autores como Weissbrod (1998) e Glaeser e Schleifer (2001) afirmam que os hospitais sem fins lucrativos tendem a ser mais eficientes do que outras organizações privadas e públicas de saúde, em consequência da assimetria informacional e das incertezas que permeiam o mercado de serviços médicos. Ademais, a impossibilidade de distribuição do resultado financeiro positivo seria responsável pela redução do risco de exploração de possíveis vantagens informacionais que tais organizações detêm (HANSMANN; KESSLER, MCCLELLAN, 2002). Por fim, essas organizações possuem benefícios legais que as tornam passíveis de obtenção de isenções tributárias.

Em contrapartida, alguns estudos apresentam os hospitais sem fins lucrativos como mais ineficientes do que os demais hospitais, haja vista, a ausência de um proprietário evidente, o que implica na redução dos incentivos administrativos para a minimização de custos o que impulsiona a implantação de sistemas de monitoramento (FAMA; JENSEN, 1983). Além disso, de acordo com os preceitos da teoria da agência, esse tipo de organização estaria mais suscetível à ineficiência por não contar com fiscalização de nenhuma espécie, incorrendo em desperdício de recursos, excesso de capacidade implantada e a subutilização de equipamentos médicos (PROITTE; SOUZA, 2004). Apesar dos estudos que apontam que os hospitais sem fins lucrativos são mais eficientes que os demais e da corrente que defende posição contrária, Mendonça e Machado Filho (2004) defendem que a ausência de indicadores e informações acerca do desempenho organizacional dificulta a eficiência dos mecanismos de controle das Organizações do Terceiro Setor (OTS).

Nas relações de agência presentes nos hospitais sem fins lucrativos, pode-se verificar que a assimetria informacional se manifesta justamente pela dificuldade de o principal monitorar a utilização dos esforços financeiros disponibilizados, bem como, precisar o resultado dos serviços prestados pelas organizações hospitalares. Assim, as áreas responsáveis pela realização de atividades operacionais e financeiras são reconhecidamente pontos de geração de conflitos os quais podem ser mitigados por ferramentas como conselhos fiscais e gestores, auditorias independentes e demonstrações financeiras que também impactam na redução da

assimetria informacional (REZENDE; FACURE; DALMACIO, 2009; CALVE et al., 2013; CALVE, 2011). É preciso ressaltar que quando se trata de organizações sem fins lucrativos, é comum que o principal não seja remunerado, logo, não possui incentivos para monitorar ostensivamente o agente, dando ao mesmo poder para alocar os recursos em seu próprio benefício (MISORELLI, 2003). Tal conduta se mostra previsível, na perspectiva de Jensen e Meckling (1976), na teoria da firma, que atestam sobre a diferença de conduta do administrador-gestor da organização quando o mesmo é proprietário integral dos direitos da empresa e quando a propriedade pertence a terceiros; demonstrando que a firma conviverá com personagens que possuem interesses distintos.

Tendo ciência das dificuldades de monitoramento e avaliação de tais organizações, se faz importante verificar de que modo o processo de avaliação de desempenho das organizações se desenvolveu, ao longo do tempo, a fim de se estabelecer parâmetros que não incorram em equívocos passados. O tópico a seguir se dedica a explicar a evolução da mensuração do desempenho das organizações.

3.4 Avaliação de desempenho: evolução da mensuração

Nas últimas décadas, a temática avaliação de desempenho organizacional tem sido bastante explorada pelos pesquisadores sem, no entanto, haver consenso sobre formas de operacionalizá-la (CUNHA, 2011; CUNHA; CORREA, 2013). Essa dificuldade decorre da insuficiência das técnicas abrangerem todos os aspectos relevantes do desempenho organizacional (ROGERS; WRIGHT, 1998). Mesmo em evolução, os estudos acerca do desempenho organizacional ainda não foram capazes de suprir as necessidades de avaliar as organizações considerando todas as suas dimensões. A esta falta de maturidade do campo se imputam questionamentos crescentes e ausência de respostas para vários problemas conhecidos. A falta de respostas para variações no desempenho das organizações eram atreladas a variáveis exógenas que, portanto, não eram passíveis de serem controladas, reduzindo a acurácia de possíveis previsões e, por consequência, a confiabilidade dos resultados (MEINDL; EHRLICH, 1987). Diante disso, apresentou-se a necessidade de modelos de avaliação de desempenho que proporcionassem resultados mais confiáveis e fossem mais adequados a avaliar as organizações e seus respectivos desempenhos.

O objetivo da realização da avaliação de desempenho é medir os resultados organizacionais, para tanto é necessário que todas as unidades organizacionais conheçam os objetivos a serem alcançados pela organização. Nesse sentido, Kaplan e Norton (2006) afirmam que a avaliação de desempenho também se presta a servir como elo entre a gestão das estratégias organizacionais e a gestão de operações das organizações. De forma mais ampla, pode-se assegurar que a avaliação de desempenho visa analisar a organização de forma global, considerando todas as dimensões presentes na organização (SINCLAIR; ZAIRI, 2000). Os estudos realizados na década de 1950 podem ser considerados mais estruturados que os realizados anteriormente e, por isso, datam dessa década os primeiros estudos seminais acerca da avaliação de desempenho. Mesmo com pouca estruturação conceitual e com certa subjetividade para o estabelecimento de quesitos avaliativos, Martindell (1950) indicava alguns preceitos para a realização da avaliação de desempenho de forma quantificável.

No mesmo sentido, Ridgway (1956) defendia a ideia de que a avaliação de desempenho deveria ser realizada tendo em vista todos os aspectos que pudessem ser mensurados, a fim de que tais métricas concedessem ao administrador possibilidades de melhorias na organização. Com vistas a facilitar o monitoramento de tais métricas, Koontz e O'Donnell (1974) dividiram as organizações em áreas-chave e afirmaram que os objetivos deveriam ser estabelecidos e medidos dentro de cada uma dessas áreas, visando facilitar o controle do administrador e possibilitando tratar os indicadores de forma balanceada, considerando a relevância de cada um deles para o contexto organizacional. Meyer e Gupta (1994) afirmam ter havido, no final do século XX, uma produção deliberada e sem caráter científico de indicadores de desempenho, contudo, devido à amplitude tomada, tais indicadores foram incorporados e validados universalmente, resultando no desenvolvimento deste campo de forma desordenada. Assim, entende-se que os achados datados da década de 1990 podem ser considerados estudos de referência, tendo em vista a relativa novidade da temática (NEELY, 2005).

De acordo com Cunha (2011), os estudos iniciais acerca da temática focavam a mensuração do desempenho com vistas a avaliar os indicadores econômico-financeiros das organizações. É possível justificar a primazia da utilização dos indicadores financeiros para a avaliação do desempenho das organizações devido à prevalência das ideias positivistas as quais influenciaram inclusive os estudiosos da Administração (LAVIERI; CUNHA, 2009). Neste

âmbito, Ohlson (1995) desenvolveu um modelo de mensuração de desempenho que utilizava poucas variáveis contábeis para a realização da avaliação. Sua maior contribuição foi a simplificação na utilização das variáveis contábeis e, por consequência, a redução do risco de manipulação de informações das empresas.

As críticas aos métodos que utilizavam indicadores econômico-financeiros para a avaliação do desempenho das organizações surgiram em decorrência da preocupação com os objetivos organizacionais sem a consideração de elementos interacionais importantes para o desenvolvimento das organizações (KEELEY, 1978). Esse autor defendeu que tal deficiência se reflete em problemas no momento de comparar as organizações e não as direciona no sentido de realizarem as modificações necessárias para melhoria. Além da crítica tecida no estudo de Keeley (1978), o descontentamento acerca da prevalência da utilização de indicadores com ênfase no desempenho financeiro das organizações também se adensou. Hayes e Garvin (1982) apontavam que a avaliação centrada em indicadores financeiros estava restrita ao curto prazo que, por sua vez, limitava o planejamento em médio e longo prazos.

Ainda na década de 1990, os estudos acerca da temática avaliação de desempenho haviam obtido poucas conclusões e definições, além de serem elaborados em grandes quantidades e sem respaldo científico (MEYER; GUPTA, 1994). Apesar das pesquisas continuarem se desenvolvendo, ainda não se pode afirmar sobre a existência de um campo de conhecimentos estruturado e um pensamento consolidado partilhado pelos estudiosos (NEELY, 2005). Além disso, os estudiosos da temática se defrontam com um novo desafio: o *trade-off* generalização x especificidade, haja vista, não ser possível a utilização de indicadores que agreguem ambas as perspectivas, ou seja, indicadores gerais possuem pouco poder de previsibilidade e adequação a setores específicos, portanto, sua aplicabilidade se torna sensivelmente reduzida. Em contrapartida, modelos que utilizam indicadores muito específicos pecam por não serem úteis a outros fins (YOKOMIZO; CUNHA; CORREA, 2009).

A avaliação do desempenho baseada na utilização de indicadores econômico-financeiros, apesar de bastante difundida e relativamente bem aceita não foi capaz de sanar as necessidades da área de avaliação do desempenho (SAQUETTO et al., 2013). Ittner e Larcker (1998) criticavam que indicadores relacionados à qualidade, satisfação dos funcionários e inovação não eram mensuráveis por meio das medidas financeiras, reduzindo a compreensão

do desempenho organizacional de forma ampla. O advento da qualidade total foi importante para ampliar a preocupação dos gestores em relação às atividades relacionadas à qualidade dos produtos e processos, com vistas, à melhoria contínua. Portanto, pode-se afirmar que houve um deslocamento do foco de indicadores financeiros para a mensuração do desempenho dos processos e da eficiência da organização (LAVIERI; CUNHA, 2009).

Constatada a necessidade de indicadores de desempenho que contemplassem a interação existente entre as áreas organizacionais (ECCLES, 1991; NEELY et al., 2000), o desafio foi identificar o que era preciso mensurar, haja vista o caráter multidimensional das organizações (BOURNE et al., 2000). Considerando essa perspectiva, foram desenvolvidos vários modelos de avaliação de desempenho organizacional, grande parte deles voltados para o gerenciamento estratégico das organizações (KAPLAN; NORTON, 1992; BITITCI et al., 1998; NEELY et al., 2000). No campo das Ciências Contábeis, Bortoluzzi et al. (2011) se dedicaram a desenvolver um modelo de avaliação do desempenho econômico-financeiro integrado, que integrasse a perspectiva dos gestores, com vistas a possibilitar uma avaliação global do desempenho das empresas.

A abundância de modelos resultou em problemas de utilização dos dados derivados desses (WAAL, 2003) e, por isso, as discussões sobre o desempenho das organizações migrou para o campo da Administração de Desempenho (LEBAS, 1995). De acordo com o autor, a gestão do desempenho se dedica a rever rotineiramente o sistema de desempenho da organização, isto é, a ênfase é conceder efetividade de uso às medidas de desempenho geradas pelas organizações, considerando as mutações cotidianas às quais estão sujeitas.

Nas organizações hospitalares o contexto também é complexo e intrincado, por isso, Erdmann e Moreira (2010) defendem a avaliação de resultados das organizações da saúde baseada na participação dos atores envolvidos no processo, a fim de que as soluções possam ser discutidas e construídas em conjunto, visando o aprimoramento das práticas organizacionais. Lenz e Kuhn (2004) afirmam que os indicadores podem ser considerados elementos essenciais para a avaliação de desempenho de uma organização, pois por meio deles é possível mensurar e avaliar se as metas estão sendo cumpridas e se os recursos estão sendo devidamente aplicados (BERNET; ROSKO; VALDMANIS, 2008). Silva (2006) acrescenta que o uso de indicadores hospitalares, com vistas a avaliar o desempenho dessas

organizações, também pode ser fonte de *benchmarking* ao passo que torna possível a comparação entre os indicadores de diferentes instituições.

Além da possibilidade de comparabilidade entre as entidades, a adoção da avaliação de desempenho por organizações de saúde, decorre da necessidade de indicadores que determinem a eficiência e a efetividade da atenção dispensada aos usuários e sejam úteis no processo de tomada de decisão nas principais dimensões da atividade exercida (SCHOUT; NOVAES, 2007).

3.5 Modelos de avaliação de desempenho na área da saúde

Em um contexto de acirramento da concorrência e de demandas por informações tempestivas e exatas para a tomada de decisão, as organizações da área da saúde têm passado por dificuldades para avaliarem seus desempenhos (AZEVEDO, 2001; SOUZA et al., 2008; SOUZA et al., 2009b). La Forgia e Couttolenc (2009) ressaltam a urgência do desenvolvimento de estruturas que avaliem, de forma padronizada, os serviços prestados na área da saúde.

A expansão do campo da avaliação das práticas relacionadas à área da saúde possui diversas vertentes que podem ser categorizadas em quatro gerações (PEDROSO et al., 2012). Na primeira fase, compreendida de 1910 a 1930, os procedimentos de avaliação visavam mensurar quem eram os beneficiários de determinada intervenção no campo da saúde. Por sua vez, o período de 1930 a 1967, foi marcado pela descrição das intervenções realizadas na área da saúde e pelo surgimento das avaliações dos programas de saúde. Por seu turno, de 1967 a 1980, os processos de avaliação foram dominados pela perspectiva de julgamento de mérito e da validade da intervenção no auxílio à tomada de decisão. Por fim, a quarta geração, de 1980 até os dias atuais, é caracterizada pelo processo de negociação entre as partes envolvidas no processo avaliativo (ALMEIDA, 2006; FARIA, 2005; FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010; GUBA; LINCOLN, 1989).

No Brasil, a utilização de indicadores de desempenho dos hospitais foi deflagrada pelas definições oriundas do processo de acreditação hospitalar (SCHIRSARI; KISIL, 2003). Esse processo, realizado pelo Ministério da Saúde, sofreu duras críticas por ser um instrumento baseado em uma avaliação do tipo “possui” ou “não possui”, não considerando a organização

de saúde de forma integrada e de maneira ampla. Além disso, este tipo de avaliação não contribui para o desenvolvimento de melhorias, pois não há espaço para questionamentos nem para a proposição de soluções (ERDMANN; MOREIRA, 2010).

Alemi e Sullivan (2007) reiteram a necessidade de as organizações hospitalares se dedicarem ao desenvolvimento de ferramentas que possibilitem uma gestão eficiente. Em meio às diversas possibilidades de ferramentas, Souza et al. (2008) destacam aquelas relacionadas à avaliação de desempenho que, usualmente, se baseiam na análise de indicadores de desempenho financeiro. Silva (2005) e Silva e colaboradores (2006) defendem que a utilização dos indicadores de desempenho financeiro para hospitais pode contribuir para a eficiência da gestão, mesmo em organizações complexas como as hospitalares.

Além disso, também se faz importante conhecer os desempenhos de hospitais semelhantes entre si - *benchmarking*, a fim de utilizar as melhores práticas do setor como estratégia de melhoria do desempenho. Para tanto, se faz necessária a utilização de métricas unificadas, com vistas a possibilitar a comparação do desempenho entre hospitais de diferentes estados e regiões. Mensurar o desempenho dessas organizações é importante, pois o aumento dos gastos não implica necessariamente em melhor desempenho. Na verdade, o que se observa é que o ponto central é a gestão eficiente desses recursos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Guerra e Souza (2011) afirmam que há estudos dedicados a investigar a obtenção da eficiência e a utilização de métodos adequados à mensuração, análise e controle na gestão das organizações hospitalares.

Essa preocupação pode ser justificada, pois estudos como o de Lima et al. (2004) demonstraram que quase a metade dos hospitais filantrópicos de baixa e média complexidade apresentam gestão ineficiente. Em consonância com este resultado, os achados de Baer, Campino e Cavalcanti (2001) sinalizam que hospitais públicos e privados que utilizam ferramentas de gestão defasadas são acometidos por problemas como baixa produtividade, desperdícios de recursos e elevação da suscetibilidade a problemas financeiros.

Há certo consenso no que diz respeito à necessidade de mensurar o desempenho das organizações hospitalares, a fim de que atinjam o objetivo de prestação de serviços de saúde, com qualidade, à população. No entanto, as dissonâncias giram em torno dos indicadores a

serem utilizados para a realização de tais mensurações. Por exemplo, Souza et al. (2008) defendem a necessidade de avaliar o desempenho da gestão financeira dos hospitais. Calvo (2002), por sua vez, aponta como possibilidades a utilização de indicadores de produtividade ou de custos, mas assevera que não há consenso na literatura acerca da melhor adequação dos indicadores a utilizar.

A utilização de indicadores de desempenho na área da saúde deve ser realizada de forma integrada, isto é, é importante que os indicadores sejam monitorados conjuntamente, a fim de que as avaliações decorrentes deles sejam contextualizadas e completas (MORAES, 1994). A qualidade dessas informações é essencial no processo de tomada de decisão pelos gestores e, por conseguinte, possui impacto direto no desempenho das organizações. Nesta mesma direção Stávale Jr. (2003) afirma que para a realização de uma análise de desempenho adequada não é necessária grande quantidade de indicadores. O foco deve ser a análise de um conjunto de indicadores que possibilite a compreensão da realidade da organização em análise. Os indicadores hospitalares são bastante significativos para a eficiência da gestão dessas organizações, haja vista possibilitarem o estabelecimento de relacionamentos estratégicos entre recursos humanos, materiais e equipamentos, visando à prestação de serviços de qualidade (SILVA, 2005).

Estudos como os de Calvo (2002), Marinho e Façanha (2000) e Guerra (2011) objetivaram congregar tipos diferentes de indicadores. Por exemplo, Calvo (2002) defendeu a junção de indicadores de produtividade ou de custos que denominou: insumos – mão de obra, estrutura do hospital, despesas gerais do hospital, serviços de apoio, serviços de diagnose e terapia, informações sobre o paciente e insumos ambientais – e tipos de produtos – tratamentos, processos (hospitalares) e (importância) social – como método de avaliação do desempenho dos hospitais. De modo análogo, Marinho e Façanha (2000) utilizaram a metodologia análise envoltória de dados (DEA), com vistas a avaliar quantitativamente o desempenho de 43 hospitais universitários brasileiros.

Indicadores operacionais e financeiros estão bastante relacionados quando se trata de desempenho em hospitais, afinal, trata-se de ambientes complexos com procedimentos, usualmente, de custos elevados. Para ofertar serviços de qualidade à população é importante que os hospitais sejam financeiramente saudáveis (LIMA NETO, 2011). Logo, a utilização de

indicadores econômico-financeiros se faz importante para analisar o desempenho dos hospitais (WATKINS, 2000; TAVARES; SILVA, 2012). O desempenho organizacional também pode ser considerado uma medida de eficiência com que os hospitais se utilizam dos recursos de que dispõem para prestar os serviços que lhe são característicos, quando comparados a outros hospitais (SAQUETTO et al., 2013).

Souza et al. (2009c) defendem que os indicadores de desempenho econômico-financeiro possuem como função avaliar a situação econômico-financeira das organizações hospitalares, visando quantificar os resultados e avaliar o cumprimento de objetivos e metas, demonstrando a situação econômico-financeira dessas organizações. Na tentativa de estabelecer os indicadores econômico-financeiros adequados para a avaliação das organizações hospitalares, Souza et al. (2009c) selecionaram quinze indicadores: liquidez geral, liquidez corrente, imobilização do patrimônio líquido, participação do capital de terceiros, composição do endividamento, índice de cobertura de juros, índice de endividamento geral, prazo médio de rotação de estoques, prazo médio de recebimento dos serviços prestados, margem bruta, margem líquida, margem operacional, giro do ativo, retorno sobre o ativo e retorno sobre o patrimônio líquido.

Guerra e Souza (2011) apontaram a importância da utilização da Margem Operacional (MO) como indicador relevante para mensurar o desempenho de hospitais e afirmaram que quanto maior este índice mais próximo à eficiência estará o hospital. Os autores também destacam a importância dos indicadores Participação do Capital de Terceiros (PCT), Liquidez Corrente (LC), Prazo Médio de Pagamento (PMP) e Endividamento (End) para a determinação da eficiência dos hospitais.

Faria, Azevedo e Oliveira (2012) afirmam que os indicadores de liquidez, calculados com base no Balanço Patrimonial, visam avaliar se a organização é capaz de saldar suas dívidas no prazo acordado. Os indicadores de estrutura de capital indicam o volume de dinheiro próprio e de terceiros que está empregado pela organização em suas operações. Por sua vez, os indicadores de rentabilidade objetivam verificar o desempenho da organização. Tomando como base os indicadores financeiros selecionados nos trabalhos de Zeller, Stanko e Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014) e Veloso e Malik (2010), têm-se os seguintes indicadores: liquidez corrente, liquidez seca, liquidez geral, giro do ativo, giro do ativo fixo,

giro do ativo circulante, margem líquida, margem operacional, margem EBITDA, margem EBIT, composição do endividamento, relação capital de terceiros e próprio, exigível a longo prazo sobre patrimônio líquido, retorno sobre o patrimônio líquido e retorno sobre o ativo.

O quadro 2 demonstra a utilização de alguns indicadores financeiros e os respectivos trabalhos em que foram utilizados, denotando a diversidade existente na utilização desses.

Quadro 2 - Principais indicadores econômico-financeiros utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares.

Indicador	Trabalhos
Liquidez geral	Faria, Azevedo e Oliveira (2012), Souza et al. (2009c), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Liquidez corrente	Faria, Azevedo e Oliveira (2012), Souza et al. (2009c), Guerra e Souza (2011), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Liquidez seca	Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Imobilização do patrimônio líquido	Souza et al. (2009c).
Participação do capital de terceiros	Souza et al. (2009c), Guerra e Souza (2011), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Composição do endividamento	Souza et al. (2009c), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Índice de cobertura de juros	Souza et al. (2009c).
Índice de endividamento geral	Souza et al. (2009c), Guerra e Souza (2011).
Prazo médio de rotação de estoque	Souza et al. (2009c).
Prazo médio de recebimento dos serviços prestados	Souza et al. (2009c).
Margem bruta	Souza et al. (2009c).

Margem líquida	Souza et al. (2009c), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Margem operacional	Souza et al. (2009c), Guerra e Souza (2011), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010), Barnum e Kutzin (1993).
Giro do ativo	Souza et al. (2009c), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010), Barnum e Kutzin (1993).
Giro do ativo fixo	Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Giro do ativo circulante	Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Retorno sobre o ativo	Souza et al. (2009c), Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Retorno sobre o patrimônio líquido	Souza et al. (2009c), Zeller et al. (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
Prazo médio de pagamento	Guerra e Souza (2011).
EBIT	Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).
EBITDA	Zeller, Stanko, Cleverley (1996), Watkins (2000), Silva (2014), Veloso e Malik (2010).

Fonte: elaborado pela autora

O desempenho operacional pode ser aferido por medidas estabelecidas para avaliar as operações das organizações (PERERA; HARRISON; POOLE, 1997). Saquetto et al. (2013) afirmam que as variáveis operacionais mais utilizadas nos estudos que avaliam o desempenho hospitalar estão relacionadas a leitos hospitalares, equipe médica hospitalar, equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), centros cirúrgicos, internações, atendimentos emergenciais e intervenções cirúrgicas.

Apesar da dissonância existente na literatura acerca dos indicadores mais adequados para aferir o desempenho das organizações hospitalares, Barnum e Kutzin (1993) apontam a Taxa

Média de Permanência (TMP), a Taxa de Ocupação (TO) e a Taxa de Rotatividade (TR) como parâmetros úteis para esclarecer a variação dos custos operacionais. Segundo os autores, considerando o perfil de custo do tratamento como similar para diferentes tipos de hospitais, uma TO mais elevada tende a resultar em custos, por paciente, mais baixos, haja vista, os custos indiretos serem distribuídos por leitos ocupados. No que tange a TO e à taxa de rotatividade, pode-se dizer que quanto maior esses indicadores, maior a eficiência do hospital, visto que indicam baixa ociosidade dos leitos. Por outro lado, a TO elevada pode indicar baixa resolutividade e incidência de moléstias crônicas, resultando em pouca reserva de leitos para eventuais emergências. Além disso, elevadas taxas de rotatividade podem indicar relevante quantidade de reinternações.

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam ser possível avaliar a gestão financeira dos hospitais por meio de indicadores operacionais como TO, TMP e taxa de rotatividade. Ademais, o trabalho de Silva (2008) demonstrou que a realização de investimentos nos hospitais repercute, de forma mais acentuada, nos indicadores operacionais: TO, TM (taxa de mortalidade) geral, TM da UTI e TM dos asilos, taxa de eficácia terapêutica, taxa de internação, taxa de ocupação dos leitos asilares e TMP. Younis, Younies e Okojie (2006) também encontraram relação entre os indicadores operacionais e financeiros, ao constatarem que o porte do hospital, sua localização geográfica e a TO influenciavam no retorno sobre o ativo (ROA). Marinho (2001) verificou que, no Brasil, a eficiência dos hospitais, quase sempre, esteve associada inversamente a TMP. Além disso, o porte do hospital também influencia sua efetividade, conforme constataram Marinho e Façanha (2000), visto que os hospitais com número inferior a 200 leitos tinham maior eficiência do que os hospitais com 200 leitos ou mais.

Os achados sugerem que o maior porte do hospital afeta negativamente sua liquidez, sobretudo, no curto prazo. Por sua vez, hospitais de maior porte têm, em média, menor volume de ativos circulantes o que, em princípio, possibilita reduzir o custo de capital e ter retornos melhores sobre esse tipo de ativo. No que diz respeito aos indicadores de lucratividade não foi possível constatar relação com o porte das organizações analisadas. Por sua vez, quando considerados hospitais de menor porte foi possível verificar maior volume de captação de recursos de terceiros para o financiamento das atividades. Os indicadores de desempenho econômico-financeiros também foram afetados pelos estados em que os hospitais

se localizam e pelo tipo de hospital (geral ou especializado), bem como, por sua natureza jurídica (públicos, com fins lucrativos e filantrópicos) (SOUZA et al., 2009c).

Considerando as peculiaridades presentes no ambiente hospitalar, o alcance de uma gestão eficiente que resulte em desempenho de qualidade da organização se dá com base na combinação entre recursos humanos, tecnológicos e financeiros da organização (CASTELAR; MORDELET; GRABOIS, 2003). No entanto, também se faz relevante a consideração das peculiaridades dos hospitais, a fim de que seu desempenho seja adequadamente mensurado. Estudos como os de La Forgia e Couttolenc (2009), Veloso e Malik (2010) e Brand et al. (2012) indicam que a natureza jurídica das organizações, bem como o porte e sua localização exercem influência sobre os indicadores.

De acordo com Silva et al. (2006) é importante que os indicadores sejam analisados de forma contextual e agregada, a fim de que o cenário real da organização seja identificado e compreendido. Ademais, conforme ressaltam Brand et al. (2012) é essencial conhecer as características específicas dos hospitais e o seu desempenho, a fim de compreender e aprimorar a gestão. É possível haver várias interpretações, por exemplo, baixas TMP podem indicar altas precoces ou óbitos prematuros, bem como, TMP elevada pode evidenciar baixa resolução dos casos atendidos. Finalmente, Zeller, Stanko e Cleverley (1996) e Watkins (2000) afirmam que, apesar de vários indicadores financeiros estarem disponíveis para a realização de avaliações de desempenho, são necessários poucos deles para subsidiar a tomada de decisão. Cabe salientar, contudo, que a utilização desses indicadores desperta críticas, visto que não se trata de indicadores específicos para a mensuração do desempenho de organizações hospitalares, haja vista suas reconhecidas especificidades.

Estudos como o de Pink et al. (2001) já demonstravam a impossibilidade de avaliar o desempenho das complexas organizações hospitalares considerando apenas uma perspectiva e a utilização de indicadores tradicionais de avaliação de desempenho. Logo, se faz necessária a consideração de outros atributos que não apenas os técnicos e financeiros, denotando a necessidade de serem contempladas a maior quantidade possível de variáveis intervenientes nos processos organizacionais.

Parece haver avanços, como os constatados nos estudos de Proite e Sousa (2004), Varela e Martins (2011), Guerra (2011) e Guerra, Souza e Moreira (2012). Os desafios para a confecção de uma técnica de avaliação de desempenho se adensam, quanto mais se aprofundam as investigações, e parecem convergir para uma perspectiva em que se faz necessário um modelo bastante complexo e específico em que se destacam aspectos internos e externos às organizações, bem como indicadores que retratem a eficiência operacional e econômico-financeira dos hospitais. O quadro 3 demonstra a utilização de alguns indicadores operacionais e os respectivos trabalhos em que foram utilizados, denotando a diversidade existente na utilização desses.

Quadro 3 - Principais indicadores operacionais utilizados para mensurar o desempenho de organizações hospitalares.

Indicadores utilizados	Autores
Taxa de ocupação	Marinho, Moreno e Cavalini (2001)
Taxa média de permanência do paciente, Taxa de rotatividade, Porte do hospital, Taxa de ocupação.	Marinho (2001)
Taxa média de permanência do paciente, Taxa de rotatividade, Porte do hospital, Taxa de ocupação.	Marinho e Façanha (2000)
Taxa de ocupação de leitos, Prazo médio de permanência, Taxa de rotatividade dos leitos e Taxa de mortalidade.	Silva et al. (2006)
Taxa de ocupação	Barnum e Kutzin (1993)
Taxa de ocupação, Nº de leitos e Retorno sobre o ativo.	Younis, Younies e Okojie (2006)
Nº de profissionais, Total de leitos.	Souza et al. (2009c)
Taxa de ocupação, Taxa de rotatividade e Taxa média de permanência, Altas hospitalares por leito, Funcionários por leito, Equipamentos por leito.	La Forgia e Couttolenc (2009)
Taxa de ocupação, Taxa de mortalidade geral, Taxa de mortalidade da UTI, Taxa de mortalidade dos asilos, Taxa de eficácia terapêutica, Taxa de reinternação, Taxa de ocupação dos leitos asilares e Taxa média de permanência.	Silva (2008)
Taxa de ocupação, Taxa média de permanência, Mix de pacientes internados/ambulatorial.	Schuhmann (2008)

Taxa de óbito, Taxa de infecção hospitalar.	SIHSUS (Sistemas de Informações Hospitalares do SUS)
Taxa de ocupação, Taxa média de permanência, Leitos ocupados e Taxa de eficácia terapêutica sobre nº de leitos.	Guerra e Souza (2011)

Fonte: elaborado pela autora

O reconhecimento da precisão de indicadores específicos para esse setor, dado a suas peculiaridades (CÔRREA; HOURNEAUX JR., 2008) e a ciência das discrepâncias causadas na avaliação de desempenho dos mesmos, em decorrência de suas especificidades, se apresenta como avanço tímido, mas necessário à evolução do processo de avaliação de desempenho. A discussão acerca da necessidade dos indicadores já se apresenta como sinal de progresso, sobretudo, por tratar-se de um país emergente (PECKAN; ATAN; BEYLIK, 2011).

4. METODOLOGIA

Esta seção se dedica a descrever os procedimentos metodológicos utilizados analisar as variáveis determinantes do desempenho dos hospitais sem fins lucrativos brasileiros.

O objetivo geral da presente pesquisa foi a análise das variáveis determinantes do desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros, considerando as dimensões econômico-financeira e operacional dessas organizações. Tal análise se justificou pela complexidade de gerenciamento dos hospitais sem fins lucrativos, tendo em vista, o relevante número de variáveis presentes nos mesmos e a necessidades de os gestores aliarem à tomada de decisão o fato de lidarem com um bem intangível e valioso: a saúde das pessoas e, em última instância, suas vidas. Para a compreensão clara acerca desta pesquisa, esta seção está subdividida nos tópicos: tipo de pesquisa, amostra e coleta de dados, variáveis analisadas e tratamento e técnicas de análise dos dados.

4.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa pode ser classificada de acordo com as tipologias propostas por Santos (1999). Esta classificação foi escolhida por ser a mais destacada da literatura de metodologia de pesquisa (HAIR; BLACK; BABIN, 2009; MALHOTRA, 2006; COOPER; SCHINDLER, 2003; MARTINS; THEOPHILO, 2007). Desse modo, a pesquisa é classificada: (i) quanto aos objetivos, (ii) quanto aos procedimentos e (iii) quanto à abordagem do problema.

No que diz respeito aos objetivos, as pesquisas podem ser classificadas como exploratórias, explicativas e descritivas (RAUPP; BEUREN, 2006; MARTINS; THEÓPHILO, 2007; COOPER; SCHINDLER, 2003). Podem ser classificadas como exploratórias as pesquisas que visam esclarecer e trazer informações acerca de temáticas poucos estudadas ou sobre as quais ainda há poucas informações. Estudos explicativos são os que apresentam maior nível de profundidade e têm como objetivo explicitar relações de causa e efeito (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Por sua vez, as pesquisas são classificadas como descritivas quando visam descrever as características da população ou fenômeno estudado, estabelecendo relação entre as variáveis investigadas ou ainda verificando a existência de associações entre as mesmas (GIL, 1999). Assim, este estudo pode ser classificado como descritivo, visto que analisa os relacionamentos existentes entre as variáveis investigadas.

Quanto aos procedimentos, ou seja, a forma pela qual o pesquisador coleta as evidências relacionadas ao fenômeno estudado, as pesquisas podem ser classificadas em: (i) bibliográficas, (ii) documentais, (iii) experimentais, (iv) quase-experimentais e (v) estudos de caso (MARTINS; TEOPHILO, 2007). Diante disso, este estudo pode ser classificado como bibliográfico e documental. Considera-se bibliográfico, pois prescinde de informações relacionadas aos indicadores de desempenho mais usuais, bem como, às relações existentes entre os mesmos para a construção de possíveis relacionamentos entre as variáveis estudadas. Para tanto, fez-se necessária a investigação em artigos científicos, livros, dissertações e teses, relatórios governamentais e leis, como fontes de coleta de evidências que pudessem contribuir para responder aos problemas e atingir os objetivos da pesquisa (RAUPP; BEUREN, 2006). Esta pesquisa também pode ser classificada como documental, haja vista utilizar-se de dados secundários (demonstrações contábeis) dos hospitais, bem como de informações disponíveis no banco de dados Datasus.

Dados secundários são aqueles que já foram coletados, tabulados e, às vezes até trabalhados e estão disponíveis para serem utilizados (MATTAR, 1996), portanto, apresentam limitações como a disponibilização parcial dos mesmos, a ausência de informações relevantes, entre outros. A disponibilidade dos dados pode ser uma limitação quando se trata de estudos longitudinais, uma vez que os hospitais podem deixar de existir, deixarem ou passarem a ser sem fins lucrativos, etc.

Por fim, quanto à abordagem do problema, este estudo se classifica como quantitativo, visto utilizar o instrumental matemático e estatístico para a realização da análise dos dados coletados (HAIR, BLACK; BABIN, 2009). Tal abordagem é condizente com a afirmação de Cooper e Schindler (2003) que defendem que os estudos descritivos e causais, geralmente, utilizam técnicas estatísticas para a análise dos dados. A utilização da estatística se faz importante, pois possibilita ao pesquisador categorizar, ordenar e sumarizar as evidências presentes nos dados coletados (KERLINGER, 1910). A Figura 2, a seguir, sumariza a classificação da presente pesquisa.

Figura 2 - Classificação da pesquisa



Fonte: elaborada pela autora

4.2 Amostra e coleta de dados

A amostra é constituída por hospitais sem fins lucrativos, tendo em vista a disponibilidade de suas demonstrações contábeis (Balanco Patrimonial e Demonstração do Resultado do Exercício) nos anos de 2006 a 2015, portanto, trata-se de uma amostra não probabilística, formada por observações anuais, organizada em painel não balanceado, pois nem todas as informações de todos os hospitais estavam disponíveis.

Com vistas a elucidar a principal fonte de dados desta pesquisa, cumpre explicitar a arquitetura das bases de dados do Ministério da Saúde utilizadas neste estudo, conforme ilustra o quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Sistemas de abrangência nacional do Datasus.

Finalidades ou Áreas	Aplicações	Bancos de dados	Modos de operação
Cadastros Nacionais	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Firebird	Não informado
	Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS)	Vários SGBDs relacionais	Internet
	Repositório de Tabelas	Oracle	Rede
	CID 10	Não informado	Não informado

	Cadastros de Unidades territoriais	Não informado	Não informado
Ambulatoriais	Sistema para Gerenciamento de Informações Locais (GIL)	Firebird	Rede
	Sistema de Informações Ambulatoriais (SIASUS)	DBF	Local/rede
Epidemiológicos	Sistema de Informações para o Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)	DBF/Access/Paradox	Não informado
	Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)	Dbase	DOS
	Sistemas para o Câncer da Mulher (SISCOLO/SISMAMA)	DBF	Local
	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)	Interbase/Oracle	Não informado
	Sistema para Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)	Paradox	Local
Hospitalares	Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS)	DBF/Firebird/Oracle	Não informado
	Sistema de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia (HEMOVIDA)	SQL-Server	Rede
	Sistema de Gerenciamento e Produção de Bancos de Leite Humano (BHLweb)	MySQL	Internet
	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD)	Não informado	Local/rede
	Sistema para Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA)	Firebird	Intranet
Estruturantes	Integrador	MySql/Firebird	Internet/Intranet

	Criação de Formulários (FORMSUS)	MySql	Internet
Sociais	Bolsa Família	Oracle	Internet
	Sistema para o Programa de Volta para Casa (PVC)	Oracle	Internet
Financeiros	Sistema para Controle dos Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)	Oracle/XML	Não informado
	Sistema de Informações Financeiras (SGIF)	Firebird	Não informado
	Sistema de Gerenciamento Financeiro (SIGSERF)	Oracle/Firebird	Intranet
Eventos vitais	Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC)	Firebird/Interbase	Local/rede
	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)		
Regulação	Sistema Nacional de Transplantes (SNT)	Oracle/Access	Internet
	Sistema de Relação de Doadores Não Aparentados de Medula Óssea (REDOMENet)	Não informado	Não informado
	Sistema do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS)	Não informado	Não informado
	Sistema para Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	Não informado	Rede
	Sistema para Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)		
	Sistema de Centrais de Regulação (SISREG-II)	Não informado	Não informado

Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos>. Acesso em 20 dez 2016

A construção dos bancos de dados listados no quadro 4 denota o esforço do Ministério da Saúde, por meio do Datasus, em prover informações no que diz respeito a eventos epidemiológicos, atenção básica, ambulatoriais, hospitalares e em várias outras ações implementadas pelo Ministério da Saúde no Brasil (BRASIL, 2009).

Apesar de tais esforços, alguns estudos apontam variadas falhas no Sistema Nacional de Informações em Saúde (SNIS), tais como: falta de integração entre os sistemas, base de dados e dados fragmentados, cobertura insuficiente de alguns sistemas, incertezas relacionadas à confiabilidade dos dados e disponibilização em formato que dificulta a utilização pelos gestores e o controle social (SOUZA; FREIRE; ALMEIDA, 2010; DAMÉ et al., 2011; ALMEIDA; ALENCAR; SHOEPS, 2009; MORAES, 2010). Apesar disso, os bancos de dados do Datasus consistem em oferta de dados oficiais sobre a saúde no Brasil e possuem abrangência nacional, portanto, consistem em ferramenta importante para realização de pesquisas na área da saúde no país.

Certamente, manusear os dados dissemináveis, que são as informações disponíveis ao público nesses bancos de dados, consiste em árduo trabalho, mas é preciso destacar a riqueza de tal fonte de informações. Especificamente, nesta pesquisa, foram utilizados dados disponíveis nos dois bancos de dados, assinalados em vermelho, no quadro 4: CNES e o SIHSUS. As subseções, a seguir, especificarão a utilização de cada um deles.

4.2.1 Coleta de dados financeiros

Inicialmente, para a coleta de dados financeiros, considerou-se os hospitais classificados no CNES como filantrópicos. Neste levantamento preliminar, foram selecionados 721 hospitais filantrópicos, número que perfaz todas as organizações hospitalares deste tipo existentes no país. A partir deste levantamento, foram obtidos os e-mails de contato cadastrados pelos responsáveis de cada uma dessas instituições. Para cada um desses endereços foram enviados e-mails, por pelo menos três vezes, apresentando a pesquisa e pedindo contribuição com a mesma, por meio da disponibilização das demonstrações contábeis da organização.

Na primeira rodada de e-mails foram enviados, aproximadamente 2100 e-mails, para o total de 721 hospitais. Desse total, 86 (11,92%) instituições tiveram seus e-mails devolvidos em decorrência de contas inexistentes, caixas de correios sem espaço ou incorreções nos

endereços. Além disso, 60 hospitais (8,32%) não possuíam endereço de e-mail cadastrado na base de dados do Datasus. Os endereços foram verificados, a fim de sanar problemas de digitação ou eventuais erros evidentes de grafia e novamente foram encaminhados a seus destinatários. Este processo foi repetido em cada uma das três rodadas de envios de e-mails.

A pesquisadora entendeu tal processo de coleta de dados como viável tendo em vista o disposto na Lei nº 12.101 de 2009 que dispõe, em seu capítulo VI, parágrafo único que “As entidades referidas no caput [entidades beneficentes de assistência social] deverão dar publicidade e manter de fácil acesso ao público todos os demonstrativos contábeis e financeiros e o relatório de atividades” (BRASIL, 2009). Apesar da publicidade de tais informações estar prevista em lei, a taxa de retorno foi de apenas 0,8%, perfazendo apenas seis instituições. Cabe destacar também que duas das instituições contatadas se disseram impossibilitadas de participarem da pesquisa por estarem sob intervenção judicial, devido inclusive à ausência de demonstrações financeiras.

Com vistas a ampliar a amostra foram empreendidos novos esforços, tais como contato telefônico e busca, nos sites dos hospitais elencados, quando os mesmos possuíam, de suas demonstrações contábeis, no entanto, sem êxito. Optou-se por contatar, via telefone, a princípio, os hospitais que haviam respondido a algum dos e-mails encaminhados anteriormente, mas que não haviam disponibilizado suas demonstrações contábeis. Não se obteve êxito para esta estratégia de coleta de dados.

Em seguida, considerando a relação inicial de 721 hospitais, elaborou-se uma lista com os hospitais situados nas capitais brasileiras, pois entende-se que, usualmente, são cidades populosas e que, de modo geral, quanto maiores as cidades, maiores tendem a ser as organizações hospitalares situadas nas mesmas. Em consequência, se espera que tais hospitais possuam estrutura que possibilite a manutenção de sites institucionais nos quais divulguem suas demonstrações contábeis periodicamente. Decisão semelhante foi tomada por Guerra (2011) em seu estudo sobre o desempenho de organizações hospitalares.

Posteriormente, foram pesquisados na internet, por meio do nome dos hospitais, a existência de um site. Para os hospitais que possuíam site, foi realizada busca, por meio dos links disponíveis, com vistas a obter relatórios contábeis e financeiros dessas organizações. Obteve-

se informações do BP e da DRE de quatro hospitais, no entanto, em sua maior parte referente apenas aos anos de 2012, 2013 e 2014.

Outra tentativa de obtenção de dados financeiros deu-se por meio do pedido das demonstrações contábeis dos hospitais filantrópicos, no e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão), do Governo Federal, que consiste em ferramenta que operacionaliza os dispostos na Lei nº 12.527 de 2011, também conhecida como Lei de Acesso a Informações. Optou-se por utilizar tal possibilidade de acesso às informações contábeis dos hospitais filantrópicos, pois conforme determina a Lei nº 12.101 de 2009 para que as organizações obtenham e/ou renovem suas Certificações das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS-SAÚDE), precisam apresentar suas demonstrações contábeis para o Ministério da Saúde, quais sejam: Balanço Patrimonial, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, Demonstração dos Fluxos de Caixa, Demonstração dos Resultados do Exercício, bem como as notas explicativas. Apesar desta exigência legal, o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (DCEBAS), por meio da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, negou o pedido, informando que não possuía tais informações (vide ANEXO A).

Diante disso, optou-se por expandir a coleta de dados contemplando também os hospitais classificados no CNES como “entidades sem fins lucrativos”. Desta classificação, foram excluídos os hospitais de ensino que porventura pudessem estar presentes. Neste novo contexto, utilizou-se a base de dados financeiros construída pelo NEGEC – Núcleo de Estudos Gerenciais e Contábeis, incorporando à amostra 14 hospitais. Também se utilizou a base de dados Quantum, ampliando a amostra em mais 26 organizações, totalizando 50 hospitais sem fins lucrativos. Os dados coletados no CNES tiveram dezembro de 2016 como mês de competência.

4.2.2 Coleta de dados operacionais

A partir da listagem dos hospitais sem fins lucrativos que tiveram seus dados financeiros coletados, procedeu-se à segunda etapa da construção da base de dados: a coleta dos dados operacionais. Estas informações foram obtidas nas bases do CNES e do SIHSUS. Para a coleta dos referidos dados utilizou-se o programa TabWin (Tab para Windows)

disponibilizado pelo Ministério da Saúde, especificamente destinado à extração e manipulação das informações de saúde coletadas pelo órgão.

Cabe destacar que, se esperava que todas as informações relacionadas aos hospitais selecionados, na etapa de coleta de dados financeiros, estivessem presentes no período de 2006 a 2015, compondo um painel balanceado, entretanto, informações como a quantidade de leitos disponível, por hospital, estavam disponíveis apenas até 2014. Não foi possível identificar o motivo da ausência de tais dados, uma vez que a grande maioria dos hospitais já apresentava nestes dois sistemas dados posteriores a 2014.

Explicita-se que todos os dados coletados nos bancos de dados do Datasus, SIHSUS e CNES, tiveram como mês de competência dezembro de 2016, mesmo aqueles coletados após esta data. Desse modo, dados que porventura possam ter sofrido alguma alteração após esta data não foram contemplados nas análises deste estudo. O quadro 5, a seguir, apresenta os hospitais que compõem a amostra deste estudo. A planilha que informa os anos em que as demonstrações financeiros estavam disponíveis e foram utilizadas se encontra no APÊNDICE 1.

Quadro 5 - Hospitais da amostra

CNES	Hospital	Município	UF	Porte	Tipo
2007037	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	Maceió	AL	Grande	Geral
2010151	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS	São Miguel dos Campos	AL	Pequeno	Geral
2018098	HOSPITAL PORTUGUES	Manaus	AM	Pequeno	Geral
0003808	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	Salvador	BA	Grande	Geral
2651394	IRMANDADE BEN DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA	Fortaleza	CE	Grande	Geral
0011746	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA	Vitória	ES	Grande	Geral
0011738	AFECC ASSOCIACAO FEMININA EDUCACAO COMBATE CANCER	Vitória	ES	Grande	Especializado
2456958	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO MARANHAO	São Luiz	MA	Grande	Geral
2165058	ASSOCIACAO DE COMBATE AO CANCER DO BRASIL CENTRAL	Uberaba	MG	Médio	Especializado
0026808	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS	Belo Horizonte	MG	Médio	Geral
2219638	FUNDACAO HOSPITALAR DE MONTES CLAROS	Montes Claros	MG	Grande	Geral
2695375	ASSOCIACAO BENEFICENTE PAULO DE TARSO	Belo Horizonte	MG	Médio	Geral
2148293	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	Curvelo	MG	Médio	Geral
0009733	ASSOC DE AUX E RECUP DOS HANSENIANOS	Campo Grande	MS	Médio	Geral
2371375	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOURADENSE	Dourados	MS	Médio	Geral
2756951	SOCIEDADE BENEFICENTE DO HOSPITAL N S AUXILIADORA	Três Lagoas	MS	Grande	Geral
2397684	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA	Poxoréu	MT	Médio	Geral
2592746	FUNDACAO GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO COUTINHO	Santa Rita	PB	Médio	Geral
2354551	ASSOC DE PROT A MATERNIDADE E A INFANCIA DE SURUBIM	Surubim	PE	Grande	Geral
2344882	HOSPITAL DO TRICENTENARIO	Olinda	PE	Médio	Geral
0015644	LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER	Curitiba	PR	Grande	Especializado
2409151	INSTITUTO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A INFANCIA DO RN	Natal	RN	Médio	Especializado
2232928	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUÇU	Canguçu	RS	Médio	Geral
2241072	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE	Antônio Prado	RS	Médio	Geral

3006522	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	Porto Alegre	RS	Grande	Geral
2558017	HOSPITAL DE CARIDADE S B J DOS PASSOS	Laguna	SC	Médio	Geral
2537788	ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA	Chapecó	SC	Grande	Geral
2379333	ASS DE CARIDADE S VICENTE DE PAULO	Mafra	SC	Médio	Geral
2662914	ASSOC BENEFICENTE SEARA DO BEM	Lages	SC	Médio	Especializado
2754843	ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ	Guarujá	SP	Grande	Geral
2078252	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI	Birigui	SP	Médio	Geral
2083116	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARILIA	Marília	SP	Médio	Geral
2791749	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDERNEIRAS	Pederneiras	SP	Médio	Geral
2081350	SOCIEDADE DE BENEFICENCIA DE PIRAJUI	Piraju	SP	Médio	Geral
2080532	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE	Presidente Prudente	SP	Grande	Geral
2080796	ASSOCIACAO DE BENEFICENCIA E FILANTROPIA SAO CRISTOVAO	São Paulo	SP	Grande	Geral
2077531	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	São Paulo	SP	Grande	Especializado
2058391	SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	São Paulo	SP	Especial	Geral
2077477	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE SANTA MARCELINA	São Paulo	SP	Especial	Geral
2080575	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	São Paulo	SP	Especial	Especializado
2079461	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO FRANCISCO BURITAMA	Buritama	SP	Pequeno	Geral
2079135	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI	Tatuí	SP	Médio	Geral
2081105	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALPARAISO	Valparaíso	SP	Pequeno	Geral
2082624	HOSPITAL SANTA CRUZ	São Paulo	SP	Médio	Geral
2751623	HOSPITAL FRANCISCO ROSAS	Espírito Santo do Pinhal	SP	Médio	Geral
2089572	ASSOCIACAO CRUZ VERDE	São Paulo	SP	Grande	Especializado
2747871	HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR	Ilhabela	SP	Pequeno	Geral
2079097	ASSOCIACAO BENEF SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPAO BONITO	Capão Bonito	SP	Médio	Geral
2027186	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	Itapeva	SP	Médio	Geral
2082853	SANTA CASA DE MISERICORDIA ASILO DOS POBRES DE BATATAIS	Batatais	SP	Médio	Geral

Fonte: elaborado pela autora

Diante da descrição do processo de coleta de dados financeiros e operacionais fica evidente que a amostra foi por acessibilidade (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Dois hospitais foram excluídos da amostra, pois as demonstrações contábeis eram de suas mantenedoras e contemplavam as demonstrações da mesma, interferindo nos resultados dos referidos hospitais.

Cumprir destacar que todos os BPs e DREs dos hospitais, que compõem a amostra, foram transcritos para uma planilha modelo, com vistas a padronizar as contas patrimoniais e de resultado das diversas organizações hospitalares. É sabido que a ausência de um modelo de Plano de Contas dificulta o controle social às informações dessas organizações, sobretudo, quando o objetivo é compará-las ou sintetizar seus dados (ARAÚJO, 2015).

Nesta planilha modelo também foram calculados os indicadores financeiros de cada um dos hospitais, em cada um dos anos disponíveis. Tais indicadores compõem as variáveis econômico-financeiras utilizadas nas análises desta pesquisa, conforme será explicitado no subtópico a seguir.

4.3 Variáveis analisadas

Este tópico elenca as variáveis econômico-financeiras (4.3.1) e operacionais (4.3.2) utilizadas para a realização das análises dos dados desta pesquisa. A seleção das variáveis econômico-financeiras e operacionais baseou-se na revisão de literatura nacional e internacional acerca da temática desempenho de organizações hospitalares. Os contextos em que foram utilizadas nos trabalhos pesquisados são específicos e, portanto, necessitam ser testadas estatisticamente, a fim de verificar sua validade como componente constituinte de um ferramental de avaliação de desempenho para hospitais sem fins lucrativos.

4.3.1 Variáveis econômico-financeiras

As variáveis econômico-financeiras utilizadas consistem nos indicadores econômico-financeiros provenientes das contas presentes no BP e na DRE dos hospitais que compõem a amostra desta pesquisa. Com vistas a agregar os indicadores econômico-financeiros de acordo com suas finalidades, os mesmos foram separados por grupos de análise: liquidez,

rotatividade, eficiência de ativos, lucratividade, estrutura de capital e rentabilidade, conforme listado a seguir.

Os indicadores de liquidez são utilizados para a verificação da capacidade de pagamento das organizações (SOUZA et al., 2009a). Foram considerados os indicadores de liquidez geral, corrente e seca, conforme descrito a seguir.

- Liquidez geral – mensura a capacidade de pagamento da organização de modo geral, pois analisa os direitos e obrigações de curto e longo prazos (PADOVEZE, 2010). É comum que se utilize, como parâmetro para este indicador, valor superior a 1, com vistas a denotar capacidade de pagamento satisfatória. O cálculo é realizado por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Liquidez geral} = \frac{\text{ativo circulante} + \text{ativo realizável a longo prazo}}{\text{passivo circulante} + \text{passivo não circulante}}$$

- Liquidez corrente - evidencia a capacidade de pagamento do hospital, considerando o curto prazo (PADOVEZE, 2010). Como referência, adota-se que este indicador deve ser maior que 1, denotando capacidade de a organização honrar seus compromissos de curto prazo. Seu cálculo é dado pela fórmula:

$$\text{Liquidez corrente} = \frac{\text{ativo circulante}}{\text{passivo circulante}}$$

- Liquidez seca – denota maior rigidez na análise quando comparado aos dois indicadores de capacidade de pagamento anteriores, pois exclui a conta estoques do ativo circulante. Este indicador se mostra bastante relevante no contexto dos hospitais, tendo em vista o elevado valor de alguns insumos e medicamentos que necessitam estar disponíveis nos estoques destas instituições. Devido a tal peculiaridade, Padoveze (2010) sugere que para algumas organizações é necessária a avaliação deste indicador conjuntamente com os demais indicadores de liquidez e a consideração do contexto econômico-financeiro da organização. Seu cálculo é dado por:

$$\text{Liquidez seca} = \frac{\text{ativo circulante} - \text{estoques}}{\text{passivo circulante}}$$

Os indicadores de rotatividade são utilizados com vistas a verificar os principais prazos relacionados às atividades das organizações, portanto, contemplam prazos de pagamento de fornecedores, de recebimento, para o consumo de estoques, entre outros (SOUZA; LARA; NEVES, 2010).

- Prazo médio de recebimento – este indicador demonstra o prazo médio de recebimento dos serviços prestados pelos hospitais. É importante destacar que não há um parâmetro para tal métrica, visto que cada organização possui políticas de crédito próprias e, no contexto hospitalar, os recebimentos provenientes das operadoras de saúde e de repasses de recursos do SUS parecem não considerar as necessidades temporais dos hospitais. Apesar disso, sob o aspecto financeiro quanto menor este indicador, melhor, pois menor é o tempo para recebimento do crédito (PADOVEZE, 2010).

Prazo médio de recebimento = contas a receber x 360 dias/receita bruta

- Prazo médio de estocagem – indica o prazo médio necessário para a completa renovação dos estoques de materiais no hospital, ou seja, é o tempo que os estoques permanecem antes de serem consumidos. Cabe destacar que quanto maior o PME, maior será o investimento em estoques da organização, visto que maior será o prazo que os produtos permanecem estocados (ASSAF NETO; LIMA, 2017).

PME = (Estoque médio/Custo dos serviços prestados) x 360

- Prazo médio de pagamento – demonstra o prazo médio que a organização consegue negociar com seus fornecedores de materiais e serviços. Assim, quanto maior o prazo conseguido para o pagamento dos compromissos, melhor para a gestão do hospital, pois consegue ampliação do prazo para o pagamento (PADOVEZE, 2010).

Prazo médio de pagamento = (Fornecedores/Compras de materiais e serviços) x 360

- Ciclo operacional – indica o tempo médio necessário para que o hospital desenvolva todo o seu processo operacional, isto é, prestar o serviço médico necessário e receber a receita proveniente do mesmo. A fórmula de cálculo deste indicador se dá por:

$$\text{Ciclo operacional} = \text{Prazo Médio de Recebimento} + \text{Prazo Médio de Estocagem}$$

- Ciclo financeiro – se inicia no momento em que o hospital paga seus fornecedores e termina quando o mesmo recebe pelos serviços prestados.

$$\text{Ciclo financeiro} = \text{PMP} + \text{ciclo operacional}$$

- Giro dos estoques – demonstra a velocidade em que os estoques são utilizados nos serviços hospitalares prestados (PADOVEZE, 2010).

$$\text{Giro dos estoques} = \text{Custo dos serviços prestados/Estoque médio}$$

- Giro de contas a receber – indica quão rápido o hospital pode receber de seus credores.

$$\text{Giro de contas a receber} = \text{Receitas operacionais/Contas a receber}$$

Os indicadores de eficiência dos ativos visam verificar quantos “giros” determinada conta contábil efetua ao longo de determinado período. O objetivo é verificar a eficiência da organização na utilização de seus ativos.

- Giro do ativo – demonstra a velocidade em que o investimento total se transforma em serviços hospitalares prestados aos pacientes, assim, sob a ótica estritamente financeira, quanto maior o número de vezes que o ativo girar, maior será o volume de atendimentos realizados e, por consequência, maior tende a ser a receita do hospital. Padoveze (2010) indica a seguinte fórmula para o cálculo deste indicador:

$$\text{Giro do ativo} = \text{Receita Operacional Líquida/Ativo total}$$

- Giro do ativo fixo – avalia a eficiência do hospital na utilização de ativos de baixa liquidez (SOUZA; LARA; GUERRA, 2010).

Giro do ativo fixo = Receitas operacionais líquidas / (Ativo não circulante – Realizável a longo prazo)

- Giro do ativo circulante – demonstra a eficiência da organização hospitalar em gerar receitas operacionais líquidas utilizando-se dos ativos que possuem maior liquidez em um hospital (SOUZA; LARA; GUERRA, 2010).

Giro do ativo circulante = Receitas operacionais líquidas / Ativo circulante

Indicadores de lucratividade são aqueles cujo objetivo é verificar a evolução da organização ao longo dos anos, no que tange à lucratividade, no caso dos hospitais sem fins lucrativos, em relação ao resultado financeiro positivo, bem como compará-la dentro do setor no qual está inserida (PADOVEZE, 2010).

- Margem líquida – mede a eficiência do hospital considerando os serviços prestados.

Margem líquida = Superávit ou déficit líquido / Receitas operacionais líquidas

- Margem operacional – demonstra o resultado operacional, sem considerar a dedução do imposto de renda.

Margem operacional = Superávit ou déficit operacional / Receitas operacionais líquidas

- Margem receita não operacional – verifica a relação entre as receitas oriundas de outros meios que não a prestação de serviços médicos em relação às receitas operacionais líquidas (ARAÚJO, 2015).

Margem receita não operacional = Receitas não operacionais / Receitas operacionais líquidas

- Margem bruta – seu objetivo é identificar o quanto a organização gerou de lucro para cada real de prestação de serviço de saúde (IUDÍCIBUS, 2017). No caso hospitais sem fins lucrativos, o resultado financeiro positivo para cada real de serviços hospitalares prestados. É calculado da seguinte forma:

$$\text{Margem bruta} = \text{Superávit ou déficit bruto} / \text{Receitas operacionais bruta}$$

Os indicadores de estrutura de capital demonstram as fontes de recursos utilizados pelo hospital, bem como o volume de recursos próprios investido, portanto, também elucidam a participação do capital de terceiros nas organizações (IUDÍCIBUS, 2017).

- Imobilização do patrimônio líquido – indica quanto do patrimônio líquido do hospital financia seu ativo fixo, denunciando a maior ou menor dependência de recursos de terceiros para financiar as operações do hospital.

$$\text{IPL} = (\text{Ativo não circulante} - \text{Realizável a longo prazo} / \text{Patrimônio Líquido}) \times 100$$

- Imobilização dos recursos não correntes – revela o percentual de passivo permanente que se encontra imobilizado em ativos não correntes (ASSAF NETO; LIMA, 2017).

$$\text{IRNC} = [\text{Ativo não circulante} - \text{Realizável a longo prazo} / (\text{PL} + \text{Passivo não circulante})] \times 100$$

- Composição do endividamento - possibilita conhecer o perfil da dívida do hospital. Este indicador tem como objetivo evidenciar o grau de endividamento demonstrando a relação entre as obrigações de curto prazo frente às obrigações totais (SILVA, 2014).

$$\text{CE} = (\text{Passivo circulante} / \text{Passivo circulante} + \text{PNC}) \times 100$$

- Ativo total/Patrimônio líquido – demonstra a relação do ativo total frente aos recursos próprios do hospital.

Ativo total/PL = Ativo total/Patrimônio líquido

- Relação capital de terceiros e próprio – demonstra o nível de endividamento da organização em relação a seu financiamento por meio de recursos próprios. Assim, revela para cada R\$1,00 de capital próprio investido quanto é proveniente de dívidas, denotando a dependência financeira de recursos de terceiros da empresa (ASSAF NETO; LIMA, 2017).

CT/CP = Passivo circulante + Passivo não circulante/Patrimônio líquido

- Passivo não circulante/Patrimônio líquido – esta relação visa identificar como se configura a relação existente entre as obrigações de longo prazo e os recursos próprios do hospital.

PNC/PL=Passivo não circulante/Patrimônio líquido

- Passivo não circulante em relação ao passivo +PL – esta relação visa verificar quanto das obrigações de longo prazo representa do ativo total do hospital.

PNC/Passivo+PL=Passivo não circulante/Ativo

- Dívida líquida/EBITDA – indica o impacto na dívida da organização em relação à sua capacidade de geração de caixa, assim, quanto maior o valor do indicador, mais endividado está o hospital.

Dívida líquida/EBITDA=(Dívida total- Disponibilidades)/EBITDA

- Despesas financeiras/Dívida líquida – demonstra o impacto dos custos da utilização de capital de terceiros em relação ao valor da dívida bruta menos as disponibilidades. Assim, quanto maior este múltiplo, maior o custo da dívida.

Despesas financeiras/Dívida líquida=Resultado financeiro/Dívida líquida

- Dívida líquida/Imobilizado líquido – esta relação denota o impacto da dívida líquida nos ativos não circulantes, deduzido o valor da depreciação. Este indicador pode ser útil para verificar a magnitude da dívida do hospital em relação a seus ativos não circulantes.

$$\text{Dívida líquida/Imobilizado líquido} = (\text{Dívida bruta} - \text{Disponibilidades}) / (\text{Imobilizado bruto} - \text{depreciação})$$

- Dívida líquida/PL – este múltiplo indica o impacto da dívida líquida no capital próprio da organização. Este indicador pode ser útil para verificar a magnitude da dívida do hospital em relação a seu capital próprio.

$$\text{Dívida líquida/Patrimônio líquido} = (\text{Dívida bruta} - \text{Disponibilidades}) / \text{Patrimônio líquido}$$

Os indicadores de rentabilidade são utilizados para mensurar os retornos alcançados pelas organizações. Usualmente, são utilizados como preditores de tendências dos desempenhos organizacionais (IUDÍCIBUS, 2017).

- Margem EBITDA - EBITDA (*Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization*) ou LAJIDA (Lucro [resultado financeiro] antes dos juros, impostos, depreciação e amortização) é uma medida que permite avaliar o potencial da organização para a geração de caixa, portanto, uma medida de desempenho operacional (IUDÍCIBUS, 2017). Neste trabalho será utilizada sua medida percentual, logo, a margem EBITDA.

$$\text{Margem EBITDA} = (\text{EBITDA} / \text{Receita líquida de serviços}) \times 100$$

- Margem EBIT - EBIT (*Earnings Before Interests and Taxes*) ou LAJIR (Lucro [resultado financeiro] antes dos juros e impostos) é o resultado operacional bruto antes do imposto de renda. Também é considerada uma medida de desempenho operacional da empresa (ASSAF NETO; LIMA, 2017). Utilizado na sua forma percentual, margem EBIT:

Margem EBIT = (EBIT/Receita líquida de serviços) x 100

- ROIC - *return on invested capital* ou retorno sobre o capital investido (ROIC) mensura o retorno do capital total investido na organização, desta forma, permitindo avaliar a capacidade do hospital em gerar recursos frente aos investimentos realizados.

ROIC = Resultado operacional líquido/Capital investido

- ROE – indica a rentabilidade do capital dos sócios, ou seja, demonstra qual o ganho dos sócios (PADOVEZE, 2010).

ROE = (Resultado financeiro líquido/Patrimônio líquido final) x 100

- ROA – este indicador demonstra a rentabilidade dos investimentos realizados por uma organização. É comumente utilizado para a análise da rentabilidade, no entanto, é preciso cuidado em sua interpretação, pois usualmente, o ativo total não é inteiramente financiado com capital próprio (PADOVEZE, 2010).

ROA = (Resultado financeiro líquido /Ativo total) x 100

- Custo/receita líquida – indica a magnitude dos custos dos serviços prestados quando comparados às receitas líquidas auferidas pela organização, portanto, demonstra a eficiência operacional da organização (ARAÚJO, 2015).

Custo/Receita líquida= Custos dos serviços prestados/Receita líquida de serviços

- SG&A/RL – *selling, general and administrative expenses* ou despesas de vendas, gerais e administrativas em relação à receita líquida de serviços indica o impacto de tais despesas na capacidade de geração de receitas da organização, portanto, também demonstra a eficiência operacional do hospital (ARAÚJO, 2015).

SG&A/RL= Despesas operacionais+|Depreciação|/Receita líquida de serviços

- Despesas financeiras/Receita líquida – demonstra a participação resultado financeiro da organização em relação às receitas líquidas da mesma.

Despesas financeiras/Receita líquida=Resultado financeiro/Receita líquida de serviços

4.3.2 Variáveis operacionais

As variáveis operacionais, bem como as variáveis econômico-financeiras, foram selecionadas tendo em vista a literatura nacional e internacional pertencente à área de desempenho em saúde.

- Taxa média de permanência (Prazo médio de permanência) – este indicador visa demonstrar o prazo médio de permanência dos pacientes internados, considerando determinado período. La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que resultados elevados para este indicador, cujo valor-padrão médio é 2,9, podem indicar internações por períodos superiores ao necessário, denotando desperdício de recursos, bem como, limitação do acesso a leitos por pacientes com necessidade dos mesmos. Somado a isso, os autores afirmam não haver evidências que longos períodos de internação impliquem em melhoria nos resultados dos tratamentos de saúde. Este indicador é dado por meio do seguinte cálculo:

$$TMP = (Total\ dos\ pacientes\ internados\ no\ período / Total\ de\ pacientes\ com\ alta\ no\ período) \times 100$$

- Taxa de ocupação hospitalar (Taxa de ocupação de leitos) – indica a capacidade ocupada do hospital. La Forgia e Couttolenc (2009) defendem que valores entre 75% e 85% para a TO sejam os ideais. Vecina Neto e Malik (2011) concordam que os hospitais podem ser considerados subutilizados quando sua TO é inferior a 80%. Contudo, é importante esclarecer que altas taxas de TO não implicam em elevado desempenho, haja vista a especificidade dos tratamentos de saúde realizados e, portanto, a necessidade ou não de tempo superior à média de permanência de internações. Este indicador é calculado por meio da seguinte fórmula:

$$TO = (\text{Número de pacientes no período} / \text{Número de leitos no período}) \times 100$$

- Taxa de rotatividade (Taxa de rotatividade de leitos ou Giro de rotatividade) – representa a utilização da capacidade instalada, desse modo, representa um dos principais indicadores de produtividade hospitalar, portanto, sob a ótica da eficiência, quanto maior, melhor (RAMOS et al., 2015). Para calculá-lo, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$TR = \text{Número de saídas por alta ou óbito no período} / \text{Número de leitos no período}$$

- Taxa de mortalidade (Taxa de mortalidade geral) – denota a quantidade de óbitos em relação à quantidade de saídas do hospital, seja por motivo de alta ou de óbito, durante o período analisado. Elevadas taxas de óbitos podem denotar desempenhos operacionais ruins. O cálculo deste indicador se dá por:

$$TM = \text{Número de óbitos no período} / \text{Número de saídas por alta ou óbito no período}$$

- Número de profissionais por leito (Profissionais por leito) – demonstra a quantidade de profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes. De acordo com Ramos et al. (2015, p.3), hospitais que apresentam “menor razão por leito apresentam maior produtividade”.

$$PROF_LEITO = \text{Número total de funcionários constantes na folha de pagamentos} / \text{Número total de leitos}$$

- Valor médio de AIH paga – indica o valor médio de cada internação no período. Este indicador é significativo para a avaliação do faturamento do hospital, apesar de não refletir, de modo pleno, a cobertura dos custos incorridos em cada internação. Para isso, seria necessário um sistema mais robusto de informações oficiais acerca dos custos dos hospitais (RAMOS et al., 2015). Seu cálculo se dá por:

$$VLR_AIH = \text{Faturamento proveniente das AIH} / \text{Quantidade de internações realizadas}$$

- Quantidade de leitos disponível – indica o número de leitos disponível para atendimento aos pacientes. A utilização desta métrica é importante para verificar a relação entre o desempenho dos hospitais e a quantidade de leitos que disponibilizam.

É importante salientar que não foram encontrados na literatura nacional nem internacional, padrões que possam ser utilizados como métricas de comparação para a maior parte dos indicadores operacionais utilizados nesta pesquisa (LAFORGIA; COUTOLLENC, 2009; GUERRA, 2011).

A seleção das variáveis econômico-financeiras (4.3.1) e operacionais que compõem as análises consiste na resposta ao primeiro objetivo específico delimitado nesta tese. A seguir são listadas as variáveis de caracterização da amostra. As mesmas foram selecionadas tendo como base a revisão de literatura realizada e, portanto, alguns achados acerca da possível influência das mesmas nos desempenhos dos hospitais.

4.3.3 Variáveis de caracterização

As variáveis constantes neste subtópico têm como função caracterizar as organizações hospitalares, com vistas a verificar possíveis diferenças (ou semelhanças) entre as mesmas, tendo em vista tais variáveis. São elas: (i) porte, (ii) tipo do hospital, (iii) estado de localização e (iv) se filantrópico ou não. Em relação ao porte, os hospitais foram classificados em quatro grupos distintos, tendo em vista a quantidade de leitos que dispõem. Os hospitais que contam com até 50 leitos são classificados como sendo de pequeno porte; os que possuem de 51 a 150 leitos, médio porte; de 151 a 500 leitos de grande porte e aqueles que contam com mais de 500 leitos são considerados de porte especial (BRASIL, 1977).

Em relação à variável tipo do hospital, os mesmos podem ser classificados em hospitais gerais ou de especialidades. São consideradas gerais as organizações que atuam em diversas áreas da medicina, ou seja, não se dedicam a uma especialidade médica específica. Por sua vez, os hospitais especializados têm como foco uma área médica específica, por exemplo, traumatologia, oncologia, etc.

O estado em que os hospitais estão localizados também consiste em variável de caracterização, uma vez que é sabido que o estado de localização dos hospitais parece afetar

seu desempenho (WANG et al., 2001; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; BRAND et al., 2012). Por fim, a identificação dos hospitais como filantrópicos ou não, de acordo com a classificação do Ministério da Saúde, em consonância com os critérios estabelecidos na Lei 12.101 de 2009, visa identificar, na amostra desta pesquisa, quais os hospitais são considerados de tal modo e se existe diferença entre eles e os não filantrópicos.

4.4 Tratamento e técnicas de análise dos dados

Para a análise dos dados coletados e consequente alcance dos objetivos desta tese utilizou-se a análise fatorial por componentes principais com dados em painel não balanceado. Os dados foram tabulados, compilados e analisados utilizando-se os softwares Excel, SPSS 17.0, Stata 14 e TabWin.

A análise fatorial é uma técnica útil quando se tem quantidade relativamente elevada de variáveis e se deseja determinar novas variáveis, denominadas fatores, que captem o comportamento das variáveis iniciais. Ao final, o pesquisador terá uma quantidade reduzida de fatores que conseguirão captar o comportamento de todas as variáveis originais (FÁVERO; BELFIORE, 2015). Assim, diante da grande quantidade de variáveis, fez-se necessário agrupá-las e, por consequência, construir um índice que representasse todos os indicadores de desempenho econômico-financeiro e operacional dos hospitais sem fins lucrativos. Para tanto, as variáveis econômico-financeiras e operacionais foram agrupadas, utilizando a técnica de análise fatorial por componentes principais (ACP).

Pode-se dizer que quando há ligação coerente entre as variáveis, as mesmas estão relacionadas (FRANCISCO, 2014). A estatística é utilizada exatamente para verificar se a relação resulta em algum tipo de associação. No entanto, é necessário destacar que tal verificação não implica em identificar ou mesmo estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis. É possível explicar como e em que grau as variáveis estão associadas entre si (ANDERSON; SWEENEY; WILLIAMS, 2002).

A ACP tem como objetivo a adequação de um conjunto de variáveis em um novo conjunto de variáveis, de mesma dimensão, os componentes principais. São características desses: (i) formados por combinações lineares de outras variáveis, conforme afirmam Nagar e Basu (2002) e (ii) as variáveis lineares são independentes entre si e com o foco de interligar o

máximo de informação da variação contida nos dados. Ademais, relaciona-se à necessidade de reduzir um grande volume de informações, com a menor perda possível de conhecimento e, para tanto, agrupa um conjunto de informações, consoante às características de variância das variáveis (FRANCISCO, 2014).

Para a construção do índice de desempenho dos hospitais sem fins lucrativos, efetuou-se a análise dos componentes principais de todos os indicadores representativos das dimensões econômico-financeira e operacional. Após a obtenção dos componentes principais econômico-financeiros e operacionais, calculou-se os respectivos índices, por meio do cálculo da média ponderada de todos os componentes principais, sendo os pesos representados pelas respectivas variâncias (NAGAR; BASU, 2002; FÁVERO; BELFIORE, 2015).

O método dos componentes principais basicamente possui como característica o fato de o primeiro fator (ou componente) ser formado pelo maior percentual de variância compartilhada pelas variáveis originais, por isso é denominado fator principal. O segundo fator considera a segunda maior proporção de variância explicada e os demais fatores refletem, sucessivamente, proporções de variâncias cada vez menores (CORREIA, 2008). Também é importante destacar que esta técnica de extração de fatores é comumente utilizada quando o pesquisador deseja realizar a redução de dados para a criação de fatores ortogonais, bem como para o estabelecimento de rankings, considerando os fatores gerados, contemplando um dos objetivos específicos desta tese (FÁVERO; BELFIORE, 2015).

Dado a semelhança entre a análise dos componentes principais e a análise fatorial como técnicas estatísticas, cujo objetivo é a redução de diversas variáveis em uma quantidade menor delas, faz-se necessário apontar as similitudes e diferenças existentes entre ambas e, portanto, a justificativa de utilizar-se ACP ao invés da análise fatorial. A diferença entre as técnicas diz respeito ao tratamento das variâncias, uma vez que na análise fatorial não se considera a variância exclusiva, pressupondo-se que alguma variância de erro é admitida. Por sua vez, na análise de componentes principais toda a variância é considerada, tanto a compartilhada quanto a exclusiva, pressupondo-se a inexistência de erro (DANCEY; REIDY, 2006; FRANCISCO, 2014).

A técnica de ACP se mostra adequada para a criação de índices, conforme demonstram os estudos de Correia (2008) - que utilizou tal técnica para a criação de um índice de governança corporativa para empresas no Brasil - e de Francisco (2014) - que utilizou a referida técnica para a criação de um índice de governança corporativa para as cooperativas de crédito. Silva, Silva e Borges (2015) também utilizaram a ACP para a criação de um índice de desempenho no setor público. Figueiredo Filho et al. (2013) utilizaram a mesma técnica para construção de um índice de qualidade de moradia por estados brasileiros. Krishnakumar e Nagar (2008) utilizaram a ACP para a criação de um índice socioeconômico, cujo objetivo era a compreensão das diferenças de desenvolvimento, de crianças canadenses, na primeira infância. Kubrusly (2001) demonstrou duas possibilidades para a criação de índices, utilizando da técnica de ACP.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados desta pesquisa. Este tópico se divide em seis subtópicos: análise exploratória dos dados, análise de componentes principais, criação do índice, correlação entre a dimensão econômico-financeira e operacional, diferença entre o desempenho econômico-financeiro e operacional considerando o porte do hospital e ranking dos hospitais sem fins lucrativos.

5.1 Análise exploratória dos dados

O passo precedente à análise descritiva dos dados é uma avaliação preliminar e cuidadosa dos mesmos, com vistas a se evitar problemas subsequentes na realização das análises estatísticas (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Esta verificação permite identificar possíveis problemas constantes no banco de dados como dados ausentes, observações atípicas influentes e o possível não atendimento aos pressupostos estatísticos concernentes a cada técnica. Assim, foi realizada a averiguação em relação aos dados ausentes, a *outliers* uni e multivariados, à normalidade e à linearidade dos dados. Também foi observada a estatística descritiva dos dados.

5.1.1 Análise de dados ausentes

Os dados ausentes são um problema que afeta diversas pesquisas e podem ocorrer devido à inexistência e/ou indisponibilidade da informação para aquela situação específica, a erros na coleta ou na tabulação de dados, dentre outros motivos. Realizou-se diagnóstico detalhado acerca da existência dos dados ausentes e de seu padrão de aleatoriedade, haja vista a existência de não aleatoriedade de dados ausentes e o excesso dos mesmos consistirem em possibilidade de entrave à generalização dos resultados da pesquisa, conforme alertam Hair, Black e Babin (2009).

De modo a verificar a extensão dos dados ausentes foi verificada a quantidade de células em branco do banco de dados. Dessa forma, foram observadas 7.774 células em branco num total de 20.160 células, o que representa 38,6% do total. Devido ao elevado percentual de dados ausentes no banco de dados decidiu-se realizar uma análise individual de dados ausentes para cada variável e observação (hospital/ano). Assim foram identificadas 220 observações com mais de 15% de dados ausentes e quatro variáveis com mais de 75% de dados ausentes:

- Prazo Médio de Estocagem (PME) – 80,0%

- Giro dos Estoques (GE) – 80,0%
- Margem Receita Não Operacional (RNO) - 78,5%
- Prazo Médio de Pagamento (PMP) – 76,5%

Optou-se então por eliminar as quatro variáveis e as 220 observações e foi realizada novamente uma análise da extensão dos dados ausentes no banco de dados. Foram então observadas 332 células em branco num total de 10.140 células, o que representa apenas 3,3% do total, valor aceitável.

Procedeu-se então à verificação do padrão de aleatoriedade dos dados visto que a existência de padrão de dados ausentes implica em problema na generalização dos resultados. A existência de um padrão de aleatoriedade pode indicar que os dados ausentes são decorrentes da relação com alguma outra variável, o que pode estar omitido na análise. Desse modo, para verificar se os dados ausentes eram completamente aleatórios ao acaso realizou-se o teste Little's MCar, no SPSS 17.0. O resultado do teste apresentou uma significância superior a 5% o que significa que os dados são Aleatórios Completamente ao Acaso (AACAA).

Como a extensão dos dados ausentes foi inferior a 5% e como foram considerados AACAA, Hair, Black e Babin (2009) revelam que qualquer tipo de saída pode ser utilizada. Dessa forma, foi empregado o método de substituição dos dados ausentes pela média, por ser adequado ao diagnóstico encontrado, sem maiores prejuízos.

5.1.2 Análise de outliers

Os *outliers* são reconhecidos por apresentarem padrões diferentes dos encontrados para a maioria das observações. Tipicamente, é possível sua ocorrência por motivos como erros de procedimento (erros de digitação, por exemplo), eventos extraordinários (programas de refinanciamento de tributos, o que impacta as variáveis financeiras), observações extraordinárias (aquelas em que o pesquisador não possui explicação) e observações únicas em sua classe de valores (HAIR; BLACK; BABIN, 2009).

O pesquisador deve realizar diagnóstico apurado acerca das observações atípicas, mesmo antes de classificá-las como prejudiciais ou não às análises. Uma das ocorrências possíveis de *outliers* são erros na entrada dos dados. Por se tratar de uma pesquisa que teve como fonte

dados secundários não foi possível verificar esse primeiro tipo de ocorrência. Procedeu-se então à verificação de *outliers* de uma perspectiva uni e multivariada.

Com o objetivo de verificar a presença de *outliers* univariados, que são observações com padrões diferentes, se comparadas às demais, para uma variável específica, optou-se pela padronização das variáveis em que a média da variável se torne “0” e o desvio padrão “1”, sendo que as observações que apresentarem um escore de mais ou menos 3 ou 4 podem ser considerados *outliers*. Como critério de corte para a identificação de *outliers* utilizou-se o escore fora do intervalo de $[-3,29]$ (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Foram encontradas 1,35% de *outliers* univariados. A pesquisadora retornou a todas as fontes de observações e verificou, caso a caso, os valores discrepantes, para cada variável. Após a confirmação das informações tabuladas, tais dados foram mantidos no banco de dados, mesmo estando fora do intervalo de $[-3,29]$.

Para a verificação da presença de dados atípicos multivariados, empregou-se a medida D^2 de Mahalanobis, utilizada para a verificação da posição de cada observação, quando comparadas com o centro de todas as observações em um conjunto de variáveis. As observações que apresentam significâncias inferiores a 1% para esta medida no teste qui-quadrado são consideradas *outliers* (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Diante disso, foram encontrados 39 (15%) casos de *outliers* multivariados.

Há diversas formas de tratar as observações atípicas. De acordo com Hair, Black e Babin (2009), o modo mais adequado de lidar com os mesmos é mantendo-os no banco de dados, a não ser que haja provas demonstráveis que estejam realmente fora do normal ou que não representem observações representativas da realidade da amostra. Diante disso, fica evidente que a eliminação dos *outliers* pode melhorar os resultados das análises multivariadas, no entanto, pode levar a problemas de generalização. Optou-se, portanto, por reter os casos identificados no banco de dados, como forma de não incorrer em erro de infidelidade à realidade dos hospitais da amostra.

5.1.3 Normalidade dos dados

Visando verificar se o comportamento dos dados se assemelha ou não ao de uma curva normal que possui como características o formato de sino e assimetria e curtose iguais a zero,

realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, conforme sugerem Hair, Black e Babin (2009). A verificação desse tipo de padrão de distribuição dos dados é importante para definição das técnicas de análise que serão utilizadas em seguida. As variáveis que apresentam significância para o referido teste inferior a 1% não seguem uma distribuição normal.

Assim, verificou-se que a maioria das variáveis deste estudo não apresenta distribuição conforme a curva normal, de forma univariada e multivariada. Apenas as variáveis composição do endividamento, margem bruta, taxa de permanência, taxa de ocupação e taxa de rotatividade apresentaram significância superior a 1%, portanto, se comportando com distribuição consoante à curva normal.

Quadro 6 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov

<i>Variável</i>	<i>Est.</i>	<i>Sig.</i>
<i>Liquidez Geral (LG)</i>	3,784	,000
<i>Liquidez Corrente (LC)</i>	3,425	,000
<i>Liquidez Seca (LS)</i>	3,757	,000
<i>Prazo Médio de Recebimento (PMR)</i>	3,238	,000
<i>Ciclo Operacional</i>	3,317	,000
<i>Ciclo Financeiro</i>	3,377	,000
<i>Giro de Contas a Receber (GCR)</i>	7,305	,000
<i>Giro do Ativo (GA)</i>	2,663	,000
<i>Giro do ativo fixo (GAP)</i>	3,385	,000
<i>Giro do Ativo Circulante (GAC)</i>	4,156	,000
<i>Margem Líquida (ML)</i>	3,586	,000
<i>Margem Operacional (MO)</i>	4,306	,000
<i>Margem Bruta</i>	1,845	,002
<i>Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)</i>	6,149	,000
<i>Imobilização dos Recursos Não Correntes (IRNC)</i>	5,628	,000
<i>Composição do Endividamento (CE)</i>	1,128	,157
<i>Ativo Total/ PL (AT/PL)</i>	6,012	,000
<i>Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)</i>	6,011	,000
<i>PNC/PL</i>	6,002	,000
<i>PNC/Passivo+PL</i>	2,855	,000
<i>Dívida Líquida / EBITDA</i>	8,232	,000
<i>Despesas Financeiras / Dívida Líquida</i>	7,172	,000
<i>Dívida Líquida / Imobilizado Líquido</i>	2,216	,000
<i>Dívida Líquida / PL</i>	5,342	,000
<i>Margem EBITDA</i>	8,320	,000
<i>Margem EBIT</i>	8,320	,000
<i>ROIC</i>	8,320	,000

<i>Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE)</i>	6,170	,000
<i>Retorno sobre o Ativo (ROA)</i>	4,139	,000
<i>Custo / Receita Líquida</i>	2,252	,000
<i>SG&A / RL</i>	3,209	,000
<i>Despesas Financeiras / Receita Líquida</i>	4,636	,000
<i>Taxa de permanência</i>	7,197	,000
<i>Taxa de ocupação</i>	1,221	,102
<i>Taxa de rotatividade</i>	1,118	,164
<i>Taxa de mortalidade</i>	7,115	,000
<i>Valor médio da AIH</i>	4,034	,000
<i>Profissionais por leito</i>	4,479	,000
<i>Quantidade de leitos</i>	2,996	,000

Fonte: dados da pesquisa

5.1.4 Linearidade

Após a verificação de dados ausentes, *outliers* e da normalidade dos dados, testou-se a linearidade dos mesmos, ou seja, a existência ou não de relações lineares entre as variáveis.

Uma das formas de se verificar a linearidade dos dados é por meio de correlações das variáveis par a par, com base no coeficiente de *Pearson* (MALHOTRA, 2006). Quando a correlação se mostra com uma significância inferior a 5% pode-se atestar que aquele par de variáveis apresenta relação linear.

Ressalta-se que foram observadas para os dados financeiros 64 de 496 relações significativas ao nível de 5%, a partir da análise da matriz de correlação, o que representa 13% das correlações possíveis. Para os dados operacionais 4 de 21 relações são significativas ao nível de 5%, o que representa 19% das correlações possíveis. Ao total, 87 das 741 relações possíveis são significativas (12%).

Verificou-se então qual a intensidade das relações não lineares entre as variáveis, por meio do coeficiente de *Spearman* (ANDERSON; SWEENEY; WILLIAMS, 2007). Foram então encontradas 178 de 496 relações significativas ao nível de 5%, a partir da análise da matriz de correlação, o que representa 36% das correlações possíveis. Para os dados operacionais 12 de 21 relações são significativas ao nível de 5%, o que representa 57% das correlações possíveis. No total, 240 das 741 relações possíveis são significativas (32%).

5.1.5 Análise descritiva dos dados

De acordo com Anderson, Sweeney e Williams (2007), a análise descritiva dos dados visa descrever e sintetizar os aspectos de um conjunto de dados. Essencialmente, são utilizados dois tipos de medidas ao se realizar uma análise descritiva: medidas de tendência central e medidas de dispersão.

No que tange às medidas de tendência central, optou-se pela utilização da média e da mediana. A média considera o somatório de todos os valores observados, para cada variável, e as divide pelo número total de observações. A mediana informa o valor que divide os dados em duas partes iguais. Quanto às medidas de dispersão, foram utilizados a amplitude, o desvio-padrão e os quartis. A amplitude, assim como a média é sensível a valores extremos, por isso, a análise do desvio-padrão é importante para verificar com maior acurácia a variabilidade dos dados, pois reflete quanto os valores oscilam em torno da média. A utilização dos quartis também se mostra importante para a verificação da distribuição das variáveis. A tabela 1, a seguir, será analisada juntamente com os gráficos de 1 a 11 que analisarão o comportamento da média dos hospitais para as variáveis selecionadas para a análise.

Tabela 1 - Medidas de tendência central e dispersão das variáveis da amostra

Variáveis	N	Mínimo	1º quartil	Mediana (2º quartil)	3º quartil	Máximo	Média	Desvio- padrão
	Valid							
Liquidez Geral (LG)	260	-2,27	0,33	0,67	1,24	7,97	1,14	1,43
Liquidez Corrente (LC)	260	-2,83	0,55	1,03	1,73	9,54	1,53	1,66
Liquidez Seca (LS)	260	-2,89	0,48	0,93	1,51	9,28	1,41	1,61
Prazo Médio de Recebimento (PMR)	239	-646,91	33,30	52,04	78,82	483,47	57,86	71,98
Ciclo Operacional	247	-683,51	27,89	47,28	86,20	483,47	55,64	92,59
Ciclo Financeiro	252	-683,51	15,70	37,91	63,45	483,47	31,62	98,53
Giro de Contas a Receber (GCR)	239	-965,32	4,27	6,54	9,76	69,52	-2,21	81,94
Giro do Ativo (GA)	260	-0,40	0,68	1,07	1,57	6,49	1,32	1,05
Giro do ativo fixo (GAP)	260	-0,47	1,10	1,66	3,02	20,98	2,55	2,76
Giro do Ativo Circulante (GAC)	260	-2,57	1,96	3,07	4,76	62,10	4,48	6,34
Margem Líquida (ML)	260	-2,16	-0,08	0,00	0,06	0,76	-0,04	0,30
Margem Operacional (MO)	260	-3,30	-0,14	-0,02	0,05	0,83	-0,15	0,51
Margem Bruta	260	-2,24	0,07	1,00	1,86	5,35	0,96	1,17
Imobilização do Patrimônio Líquido (IPL)	260	-506,48	0,38	0,97	1,68	85,62	-0,25	33,38
Imobilização dos Recursos Não Correntes (IRNC)	260	-5,89	0,66	0,94	1,23	49,05	1,30	3,81
Composição do Endividamento (CE)	260	-0,72	0,48	0,66	0,85	1,00	0,66	0,23
Ativo Total/ PL (AT/PL)	260	-752,72	1,05	1,43	2,62	128,00	-0,27	49,65
Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)	260	-753,72	0,06	0,43	1,69	127,00	-1,27	49,61
PNC/PL	235	-511,63	-0,09	0,11	0,67	74,28	-1,21	34,89
PNC/Passivo+PL	235	-0,06	0,07	0,19	0,48	2,56	0,33	0,37
Dívida Líquida / EBITDA	255	-778184,78	-2,46	-0,55	0,70	107,84	-3056,10	48731,57
Despesas Financeiras / Dívida Líquida	242	-402,73	-0,29	-0,11	0,03	102,79	-1,05	27,42
Dívida Líquida / Imobilizado Líquido	260	-2,48	-0,24	-0,02	0,20	2,44	-0,05	0,58
Dívida Líquida / PL	260	-40,05	-0,36	-0,06	0,17	78,69	0,13	6,20

Margem EBITDA	255	-2,15	-0,05	0,01	0,08	4401681,84	17261,48	275644,01
Margem EBIT	255	-2,15	-0,06	0,01	0,06	3417757,40	13402,95	214028,27
ROIC	255	-2,64	-0,08	0,01	0,10	3417757,40	13402,93	214028,27
Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE)	260	-81,23	-0,10	0,07	0,21	10,48	-0,23	5,21
Retorno sobre o Ativo (ROA)	260	-3,99	-0,08	0,00	0,07	0,48	-0,05	0,33
Custo/Receita Líquida	236	-3,24	-0,94	-0,29	0,87	4,35	-0,02	1,23
SG&A/RL	252	-2,12	-0,32	-0,12	-0,05	1,95	-0,23	0,51
Despesas Financeiras/Receita Líquida	242	-1,93	-0,04	-0,01	0,01	1,85	-0,02	0,18
Taxa de permanência	236	1,00	1,03	1,05	1,10	628,50	10,12	58,35
Taxa de ocupação	246	0,01	18,61	29,22	36,35	67,38	29,39	14,32
Taxa de rotatividade	223	0,00	16,72	26,39	33,94	63,40	26,07	14,79
Taxa de mortalidade	235	0,00	0,03	0,05	0,08	72,00	0,68	5,75
Valor médio da AIH	260	275,08	518,00	962,00	1819,77	14133,08	1529,73	1861,65
Profissionais por leito	243	0,18	1,33	2,35	3,80	37,20	3,76	5,13
Quantidade de leitos	246	36,00	89,50	147,00	257,00	1172,00	218,59	208,86

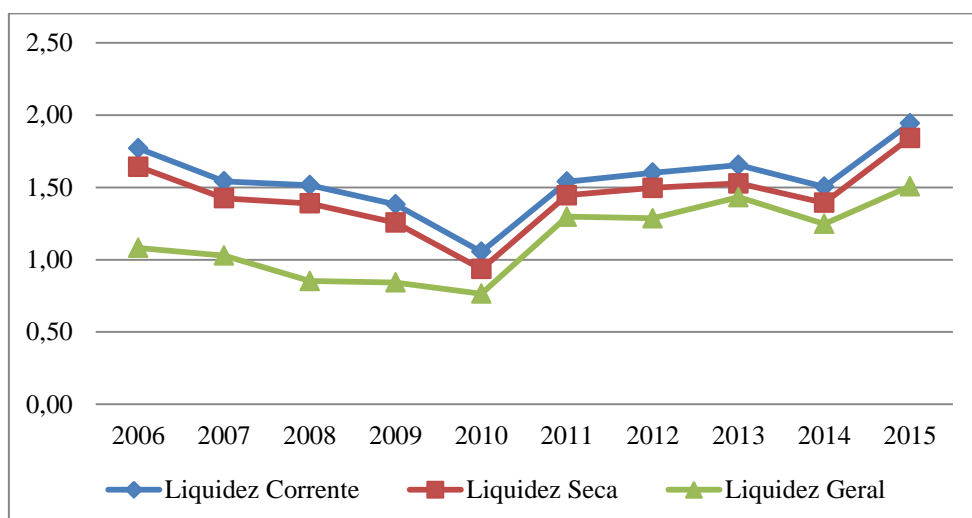
Fonte: dados da pesquisa

De modo geral, é possível verificar que grande parte das variáveis apresenta elevado desvio-padrão, denotando afastamento dos valores observados em relação à média. É interessante notar que as variáveis Dívida líquida/Ebitda, Margem Ebitda, Margem Ebit e ROIC, em 2007, apresentam valores extremamente discrepantes em relação aos demais anos, por isso, nova conferência nas demonstrações financeiras foi realizada, no entanto, não foi encontrado nenhum erro de transferência de dados. Identificou-se que o valor do Ebitda, neste ano, sofreu drástica alteração em três hospitais, apesar disso, os referidos dados foram mantidos no banco de dados, pois não foi possível averiguar o motivo de tal dissonância.

O gráfico 1 demonstra que os indicadores de liquidez se comportam com certa uniformidade, ao longo do período analisado. Apesar disso, a liquidez geral se mantém com indicadores sempre inferiores aos outros dois indicadores deste grupo. Também é interessante notar que só há problemas de liquidez (indicador menor que 1) quando se analisa a liquidez geral, sugerindo que não haja, na média, problemas com a capacidade de pagamento de curto prazo das organizações. Também é possível observar que mais de 50% das observações está abaixo da média em todos os três indicadores.

Uma das possibilidades que justifique a liquidez seca e corrente apresentarem resultados superiores aos da liquidez geral podem estar relacionados às próprias características do negócio, tais como o investimento em máquinas e equipamentos de elevado valor com pagamentos, usualmente, realizados em longo prazo. Além disso, é interessante notar que como a liquidez seca se apresenta como métrica mais conservadora que a liquidez corrente se poderia esperar resultado diferente do apresentado, com a liquidez seca sendo menor que a liquidez corrente.

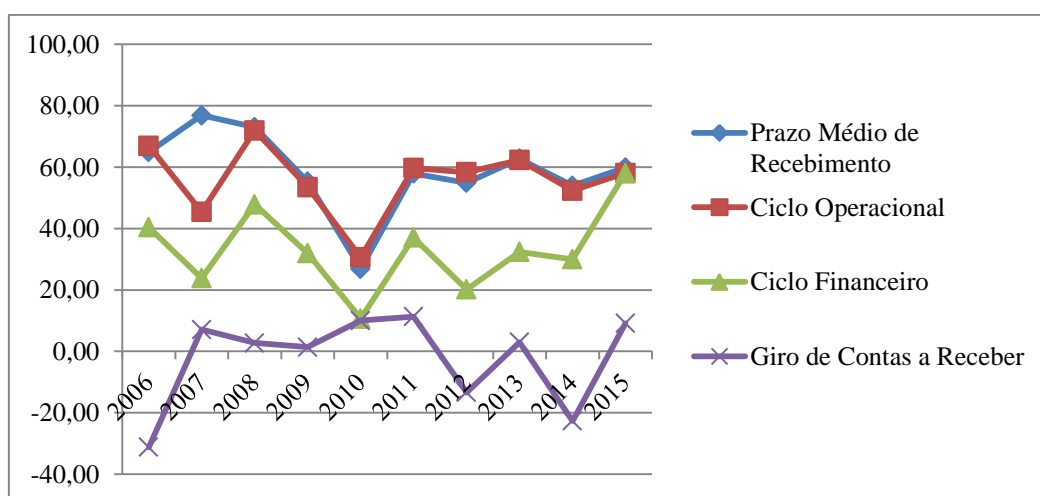
Gráfico 1 - Indicadores de liquidez, considerando as médias entre 2006 e 2015.



Fonte: dados da pesquisa

Em relação aos indicadores de rotatividade, o gráfico 2 demonstra que o prazo médio de recebimento oscilou bastante, durante o período analisado, no entanto, é possível verificar que os serviços prestados são pagos sempre com prazo, concedido pelos hospitais, evidenciando que a prestação de serviços para pagamento a prazo possa ser uma característica do setor. Também é possível observar que tanto o Prazo Médio de Recebimento quanto o Ciclo Operacional possuem 50% das observações situadas abaixo do segundo quartil. A média do Giro de Contas a Receber oscila bastante o que pode implicar em insegurança em relação às projeções acerca dos recebimentos e, portanto, das necessidades de fluxo de caixa.

Gráfico 2 - Indicadores de rotatividade, considerando as médias entre 2006 e 2015

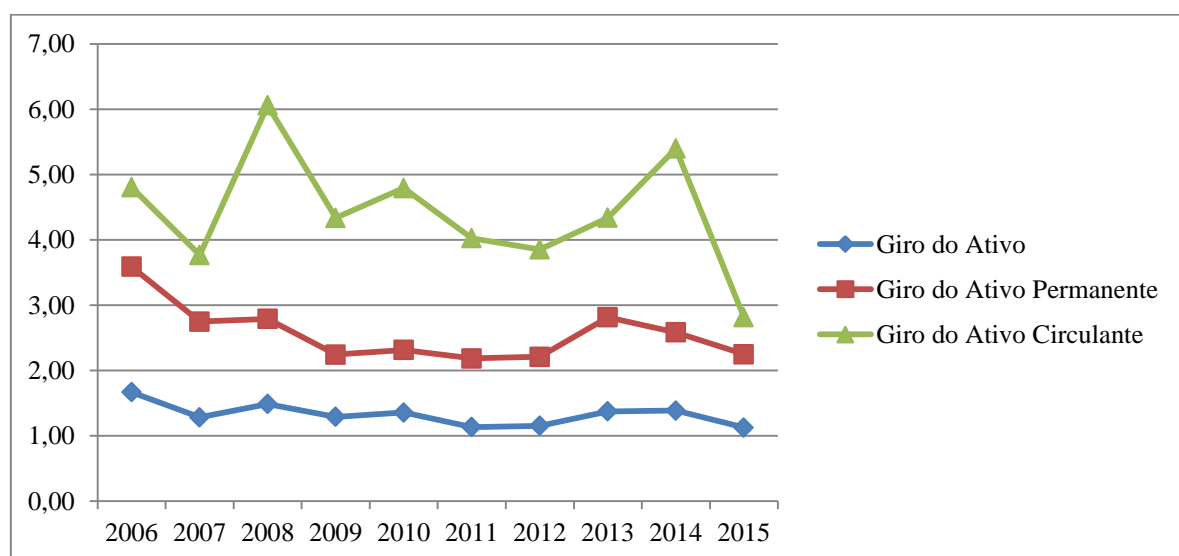


Fonte: dados da pesquisa

No que tange aos indicadores de eficiência dos ativos, é possível verificar que, na média, os hospitais apresentam certa uniformidade, ao longo dos anos, para as variáveis giro do ativo e giro do ativo fixo (não circulante), conforme é possível observar no gráfico 3. A amplitude das três variáveis analisadas é bastante relevante o que pode ser verificado analisando-se os valores mínimo e máximo, demonstrando a oscilação de tais valores, ao longo do tempo, na amostra. É importante destacar que, na média, os hospitais analisados utilizam melhor os ativos que possuem maior liquidez para a geração de receitas operacionais líquidas do que os ativos fixos, de baixa liquidez.

O Giro do Ativo demonstra a capacidade que o hospital possui em transformar o investimento total em serviços hospitalares prestados aos pacientes, portanto, quanto maior a quantidade de vezes que o ativo girar, em um ano, maior a quantidade de serviços prestados e, por consequência, maior a receita do hospital. O gráfico 3 demonstra que a capacidade de geração de receita é maior, na média, por meio da utilização de ativos circulantes.

Gráfico 3 - Indicadores de eficiência dos ativos, considerando as médias entre 2006 e 2015



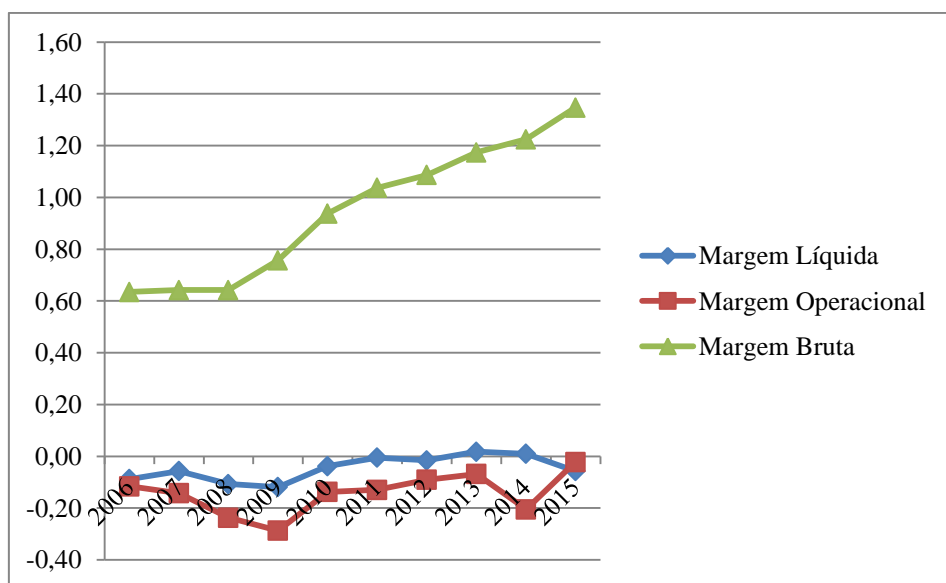
Fonte: dados da pesquisa

É possível verificar que o giro do ativo circulante, na média, oscilou de forma relevante, assim, é possível que o ativo circulante tenha diminuído ou o lucro líquido aumentado, ou ainda, uma junção de ambos os acontecimentos. Apesar da variação desta última variável ser maior, quando comparada às outras duas presentes no gráfico 3, os três indicadores se

apresentam como satisfatórios do ponto de vista de eficiência dos ativos, ou seja, demonstram que de modo geral, as organizações têm se mostrado eficientes.

O gráfico 4 ilustra o comportamento, na média, dos indicadores de lucratividade no período analisado. No caso dos hospitais sem fins lucrativos, são úteis para verificar a existência de uma situação superavitária.

Gráfico 4 - Indicadores de lucratividade, considerando as médias entre 2006 e 2015.



Fonte: dados da pesquisa

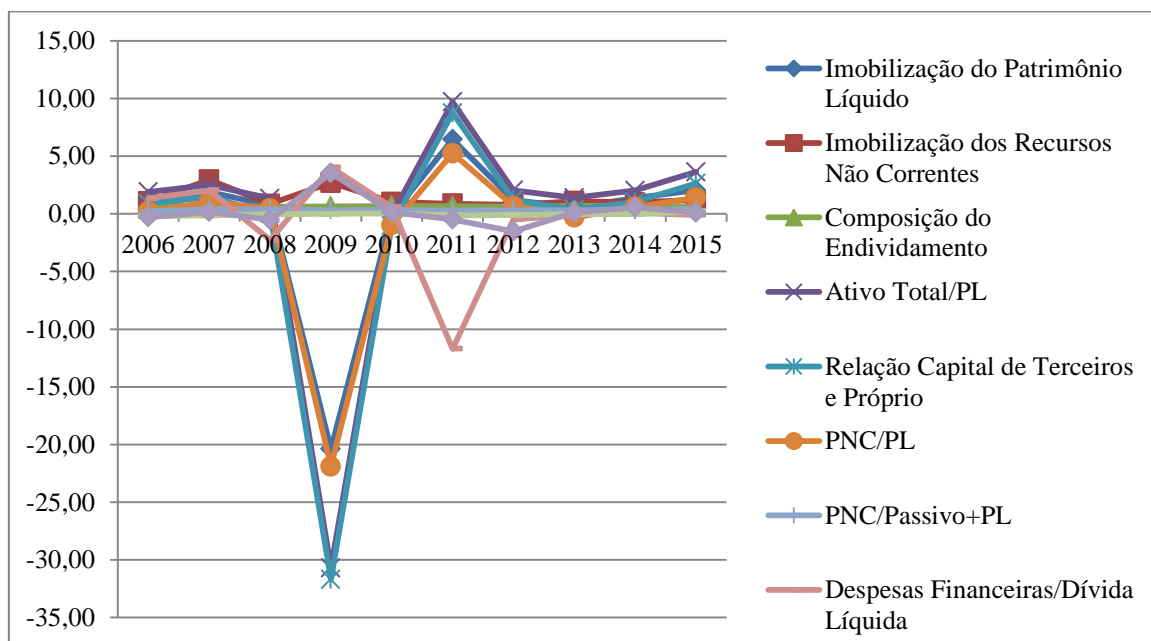
É interessante observar que os indicadores margem operacional e margem líquida têm comportamento negativo, sugerindo que os hospitais não demonstram eficiência operacional, quando considerados de modo agregado. Apesar disso, a margem bruta apresenta resultado bastante discrepante em relação aos dois indicadores anteriormente citados, uma das possíveis causas para esta diferença pode ser resultante de uma observação atípica, também demonstrada na tabela 1, pelo elevado valor do desvio-padrão para esta variável ao longo dos anos. A situação dos indicadores de rentabilidade dos hospitais analisados não é confortável, por exemplo, no que diz respeito à Margem Operacional, 75% das observações estão abaixo da média.

No entanto, é preciso destacar que operacionalmente, na média, os hospitais se mostram eficientes, ao demonstrarem taxas crescentes de lucros, ao longo do período analisado,

conforme demonstra a evolução da Margem Bruta. O que gera incômodo são os resultados das Margens Operacional e Líquida que se mostram, na média, próximas a zero ou negativas, denotando que as estruturas operacionais parecem sobrecarregar os hospitais, a ponto de neutralizar as receitas operacionais dos mesmos. Este cenário pode ocorrer, por exemplo, devido a gastos elevados provenientes de custos fixos e/ou despesas comerciais, administrativas e operacionais.

Situação semelhante ocorre com um dos indicadores de estrutura de capital, Dívida líquida/EBITDA, como há valores muitíssimo discrepantes da variável EBITDA, esta variável não foi plotada, pois pode mascarar o comportamento das demais variáveis, tendo em vista a divergência da escala. Assim, o gráfico 5 ilustra o comportamento dos indicadores de estrutura de capital, excetuando-se a Dívida líquida/EBITDA.

Gráfico 5 - Indicadores de estrutura de capital, considerando as médias entre 2006 e 2015



Fonte: dados da pesquisa

O indicador Imobilização do Patrimônio Líquido visa verificar a parcela de recursos do PL que está sendo investida no ANC, portanto, quanto maior o resultado deste indicador, pior será para a organização, pois menos recursos próprios sobrarão para serem investidos no AC e, portanto, maior será a dependência de recursos de terceiros para a realização deste

financiamento. É possível observar que também há um pico negativo em 2009, o que pode significar o PL é negativo, ou seja, o montante das obrigações com terceiros é superior ao valor dos ativos da organização. É importante destacar que como esta análise se refere à média dos hospitais da amostra, pode ser que esta realidade tenha sido fortemente impactada por uma única organização em situação fortemente negativa. De modo geral, excetuando-se o ano de 2011, a média das organizações analisadas demonstra dependência preocupante do capital de terceiros para o financiamento do AC.

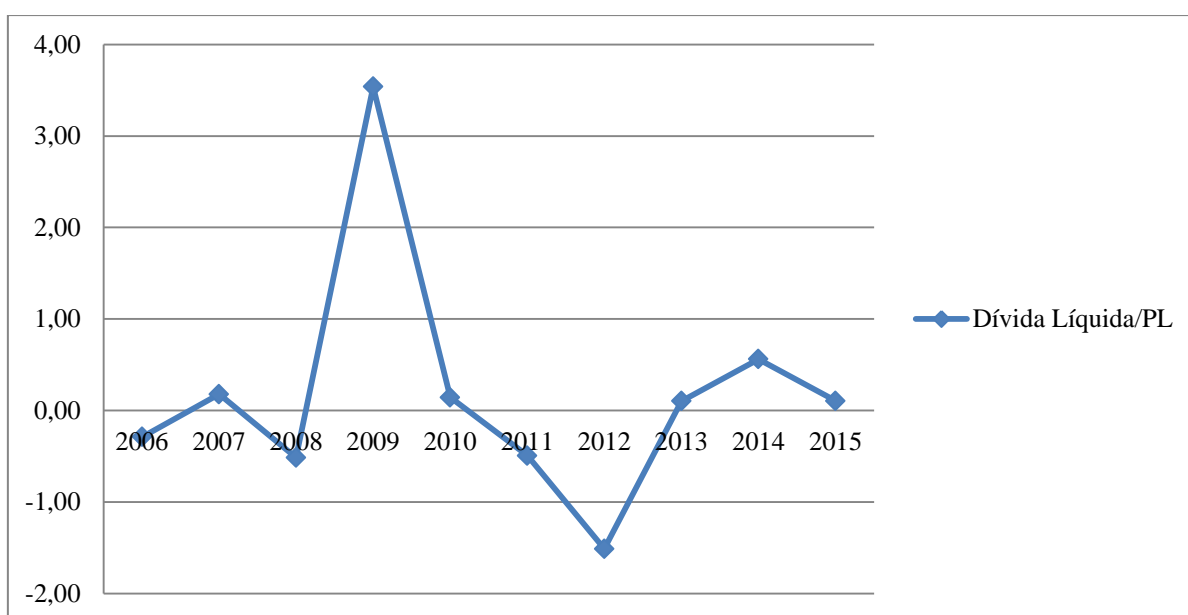
O indicador Imobilização de Recursos não correntes revela o percentual de passivo não circulante que se encontra imobilizado em ativo não circulante, portanto, visa identificar qual a dependência de recursos de terceiros de longo prazo. É possível observar que os resultados deste indicador apresentam picos nos anos de 2007 a 2010, no entanto, durante todo período analisado o IRNC se apresenta elevado, denotando elevada imobilização de recursos e, portanto, a dependência de recursos de terceiros.

Os indicadores Relação Capital de Terceiros e Próprio, PNC/PL e PNC/Passivo+PL apresentam variação atípica, que também pode ser verificada na tabela 1, por meio da verificação do desvio padrão destas variáveis. Tal variação pode ser decorrência de dados atípicos coletados em um ou mais hospitais da amostra. As variáveis: (i) Composição do Endividamento, que visa verificar os compromissos de curto prazo da organização, (ii) PNC/Passivo+PL cujo objetivo é verificar quanto as obrigações de longo prazo representam do ativo total da organização e a (iii) Dívida Líquida/Imobilizado Líquido que visa verificar a magnitude da dívida do hospital em relação a seus ativos não circulantes, apresentam comportamentos das variações gráficas semelhantes, denotando certa homogeneidade da amostra em relação aos indicadores de estrutura de capital.

Em relação ao indicador Despesas financeiras/Dívida líquida, é possível observar que, dos anos de 2006 a 2010 e de 2012 a 2015, seu comportamento no ano de 2011, houve acentuado decréscimo deste indicador que pode ter sido ocasionado por dívidas contraídas em dólar, visto que neste mesmo período houve valorização do real em relação ao dólar. Excetuando-se este episódio, em um breve pico em 2008, talvez ocasionado pelo mesmo motivo, o custo da dívida se mostrou variando positivamente ao longo do período estudado.

Os gráficos 6 e 7, a seguir, ilustram, respectivamente, o comportamento dos indicadores Dívida líquida/PL e Dívida líquida/ EBITDA. O resultado da relação Dívida líquida/PL demonstra o quanto do patrimônio da organização equivale a sua dívida líquida, portanto, quanto menor, melhor. O que se pode observar é que, apesar de certa constância da média deste indicador, justamente, no ano de 2009, há um ponto de inflexão que aponta que a média de endividamento líquido dos hospitais da amostra equivale a 3,5 vezes o valor dos seus PLs.

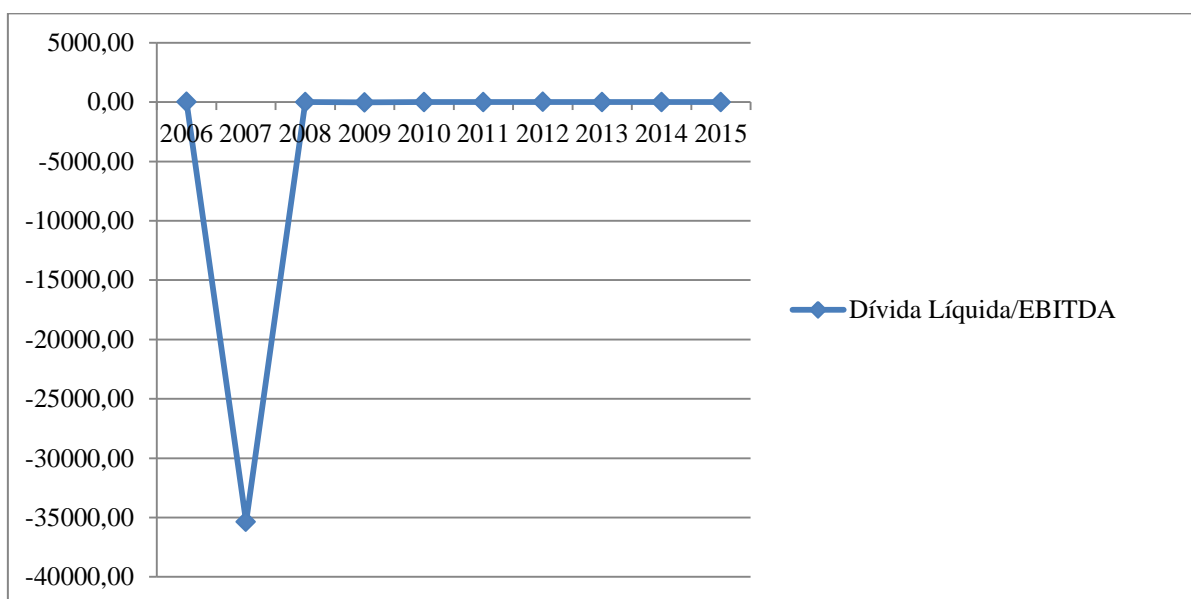
Gráfico 6 - Indicador Dívida líquida/PL, considerando as médias entre 2006 e 2015.



Fonte: dados da pesquisa

Por sua vez, o indicador Dívida líquida/EBITDA, conforme já verificado, foi plotado em separado, no gráfico 7, para demonstrar a atipicidade da média de seus resultados, decorrente da margem EBITDA atípica declarada por algumas organizações.

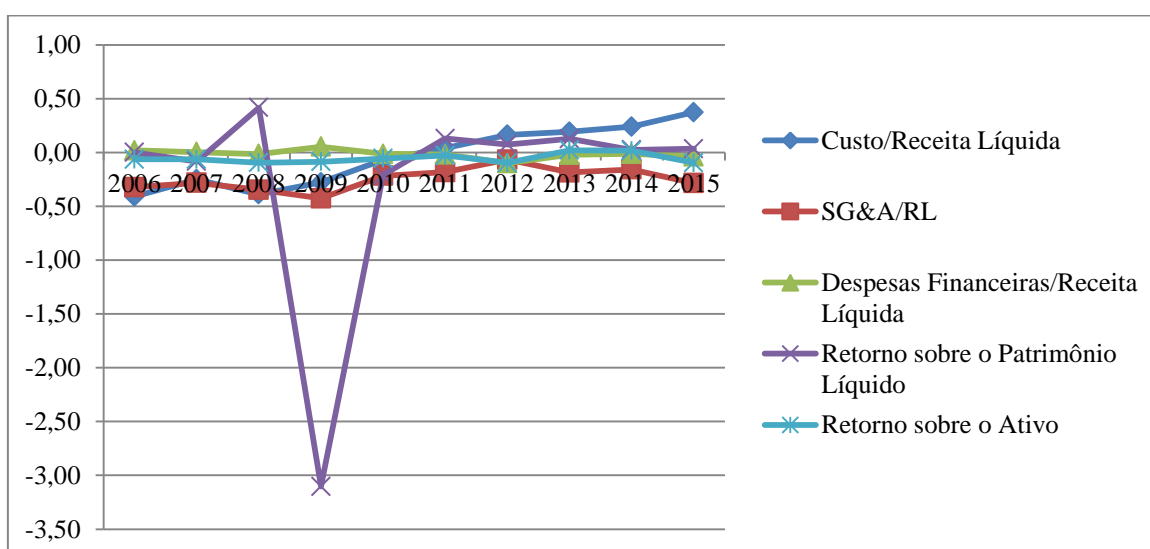
Gráfico 7 - Indicador Dívida líquida/EBITDA, considerando as médias entre 2006 e 2015.



Fonte: dados da pesquisa

Os indicadores de rentabilidade também são afetados pela influência de dados discrepantes, sobretudo, as variáveis que possuem a Margem EBITDA em sua composição. Tais indicadores não foram plotados no gráfico 8, tendo em vista estarem em escala muito diferente das demais variáveis. Cabe ressaltar que mesmo apresentando discrepâncias tais variáveis foram mantidas na amostra, tendo em vista a representação da realidade de tais organizações.

Gráfico 8 - Indicadores de rentabilidade, considerando as médias entre 2006 e 2015.



Fonte: dados da pesquisa

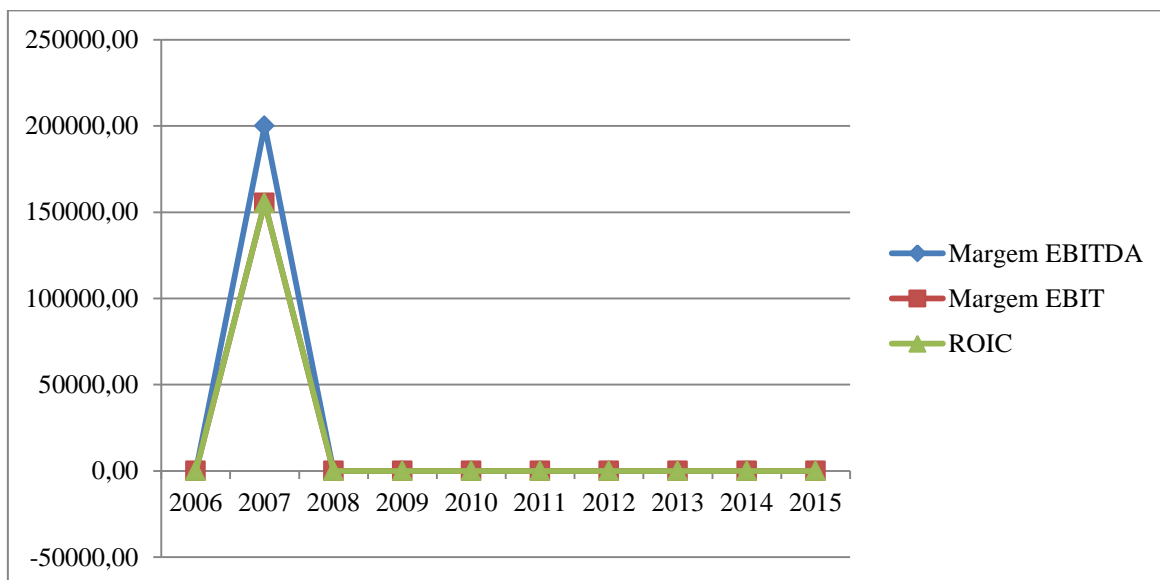
Os indicadores de rentabilidade, na média, demonstram que a situação dos hospitais não é confortável. O ROE apresenta ponto de inflexão no ano de 2009, em que o desvio padrão desta variável também é elevado, demonstrando a elevada variação dos valores observados em relação à média do grupo. Considerando que o ROE e o ROA contemplam o lucro líquido após o imposto de renda como numerador e o ROA se manteve praticamente estável, ao longo do período analisado, é possível que tenha havido brusca queda no PL de algum(ns) hospital(is). Este fato já havia sido sinalizado na análise do indicador Imobilização do PL quando foram observados os indicadores de estrutura de capital dos hospitais analisados.

O indicador SG&A/RL demonstra o impacto das despesas de vendas, gerais e administrativas em relação à receita líquida de serviços, portanto, também demonstra a eficiência operacional da organização. É possível observar que, na média, os hospitais analisados não se encontram em situação confortável, visto que ao longo do período analisado, este indicador se mostra negativo, denotando provavelmente a existência de resultado deficitário.

O indicador Custo/Receita líquida indica a magnitude dos custos dos serviços prestados quando comparados às receitas líquidas auferidas pela organização, logo, também demonstra a eficiência operacional da organização. O gráfico 8 demonstra que esta relação é crescente, logo, indica que o custo é crescente e/ou a receita líquida é decrescente.

De modo, análogo ao apresentado para os indicadores de estrutura de capital, no gráfico 9, a seguir, foram inseridas as variáveis que possuem variação que indica a presença de observações extremamente discrepantes.

Gráfico 9 - Indicadores de rentabilidade com observações atípicas entre 2006 e 2015.

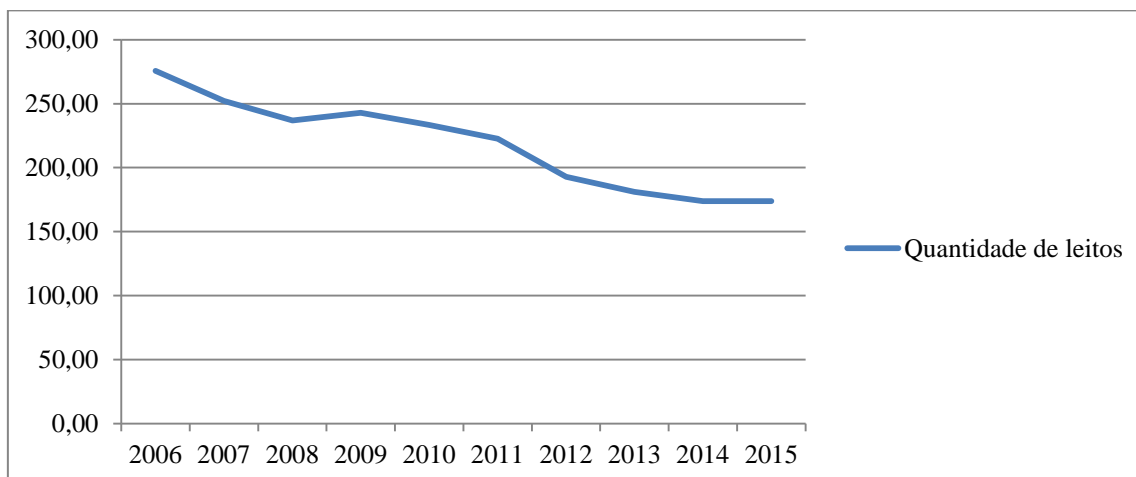


Fonte: dados da pesquisa

As variáveis Margem Ebitda, Margem Ebit e ROIC apresentam valores máximos extremamente discrepantes, conforme já constatado na avaliação dos indicadores de estrutura de capital. O ROE também apresenta amplitude das observações bastante elevada, sugerindo que haja influência de dados atípicos, no entanto, não tão discrepantes quanto os das variáveis listadas anteriormente.

Em relação às variáveis operacionais é interessante observar que, dentre os hospitais desta amostra, considerando a média da quantidade de leitos, houve ao longo dos anos observados, decréscimo no número de leitos disponível, conforme ilustra o gráfico 10.

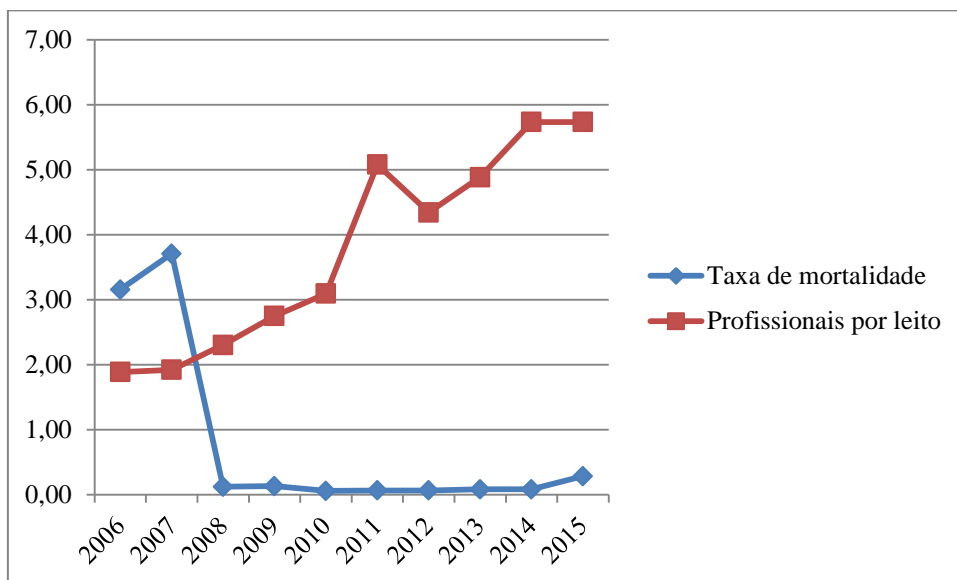
Gráfico 10 - Quantidade de leitos (média do período de 2006 a 2015)



Fonte: dados da pesquisa

Em contrapartida, o indicador profissionais por leito demonstrou elevação média, no mesmo período (gráfico 10). É possível que a quantidade de profissionais por leito tenha aumentado não em decorrência da contratação de pessoal, mas da redução do número de leitos disponível. Um dos motivadores da redução do número de leitos disponíveis pode ser exatamente o subfinanciamento operacional pelo qual os hospitais têm passado ao longo dos anos (PAIM et al., 2011). Independentemente do motivo, a elevação da taxa de profissionais por leito não se apresenta como um indicador positivo para o hospital, visto que Ramos e colaboradores (2015, p.3) afirmam que os hospitais que apresentam “menor razão por leito apresentam maior produtividade”.

Gráfico 11 - Profissionais por leito e taxa de mortalidade (média do período de 2006 a 2015)

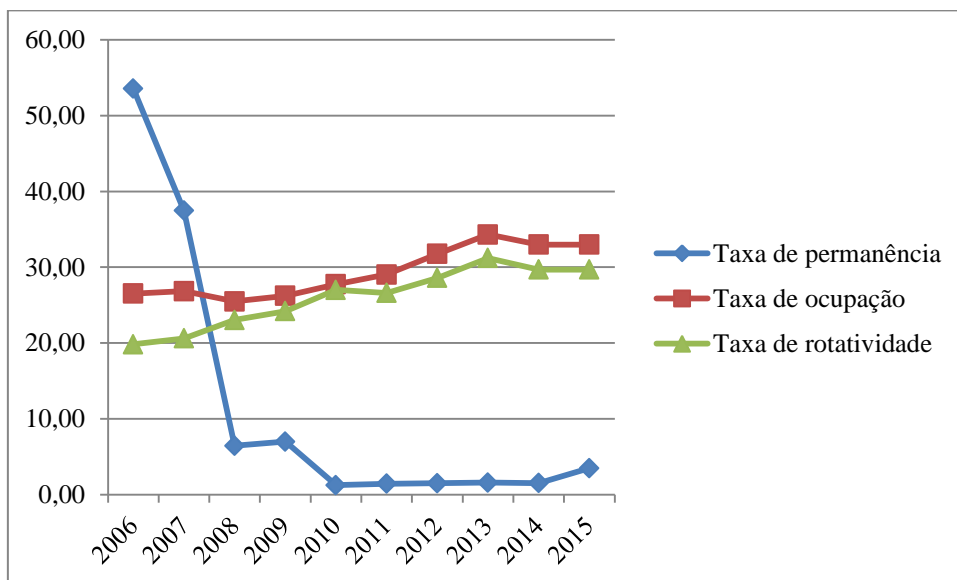


Fonte: dados da pesquisa

Também é interessante destacar que a taxa de mortalidade sofre redução durante o período analisado. No entanto, não é possível associar a elevação da quantidade de profissionais por leito com a redução da taxa de mortalidade, visto que esta última é resultado de diversas variáveis e afetada, inclusive, por políticas públicas.

O gráfico 12 a apresenta o comportamento médio das variáveis operacionais: taxa de permanência, taxa de ocupação e taxa de rotatividade. A primeira variável apresentou queda significativa durante o período analisado. A redução da taxa de permanência é uma das diretrizes preconizadas pela ANS (2013), pois considera o leito um recurso valioso, portanto, deve ser utilizado de forma racional. Além disso, quanto maior o tempo de permanência do paciente no hospital, maior o custo incorrido para tal.

Gráfico 12 - Taxa de permanência, ocupação e rotatividade, na média (2006 a 2015)



Fonte: dados da pesquisa

As taxas de ocupação e de rotatividade tiveram variações semelhantes, na média, dos hospitais analisados. Apesar da drástica redução da taxa de permanência que poderia denotar elevação do desempenho dos hospitais, na média, a taxa de ocupação se mantém próximo a um patamar distante do ideal que é de 75 a 85%, segundo La Forgia e Coutollenc (2009).

5.1.5.1. Características da amostra

Julgou-se necessário descrever os hospitais que compõem a amostra, para tanto, considerou-se apenas as observações válidas e consideradas na análise dos dados. Grande parte da amostra foi composta por observações de hospitais gerais (82%) e apenas 18% de hospitais especializados, conforme ilustra o gráfico 13. Esta diferenciação se faz necessária, pois pode haver variações de desempenho tendo em vista a atuação do hospital, tendo em vista a necessidade de demandas específicas, para o caso dos hospitais especializados.

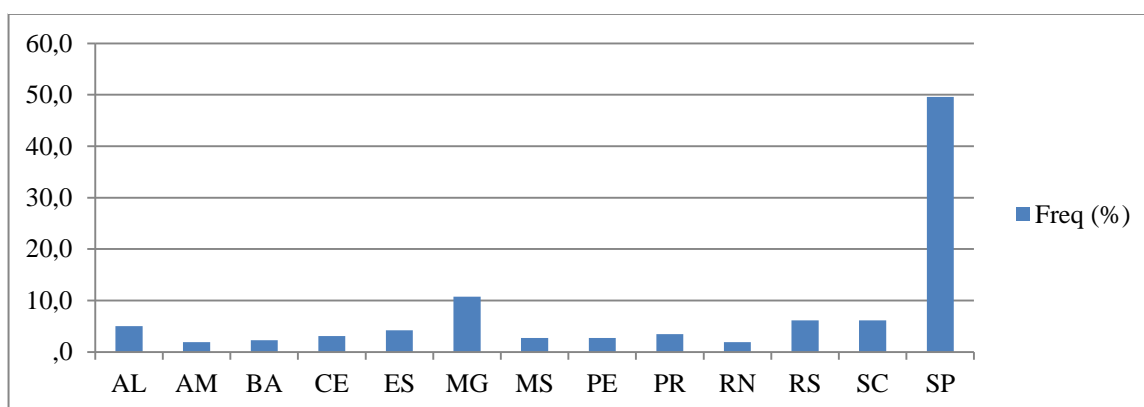
Gráfico 13 - Proporção entre os hospitais gerais e especializados participantes da amostra.



Fonte: dados da pesquisa

O gráfico 14 ilustra o perfil da amostra em relação à variável de caracterização localização geográfica dos hospitais, foram obtidos dados de dezesseis estados diferentes, dentre eles, os que mais tiveram observações válidas participantes foram São Paulo (49,6%) e Minas Gerais (10,8%).

Gráfico 14 - Estado dos hospitais participantes da amostra

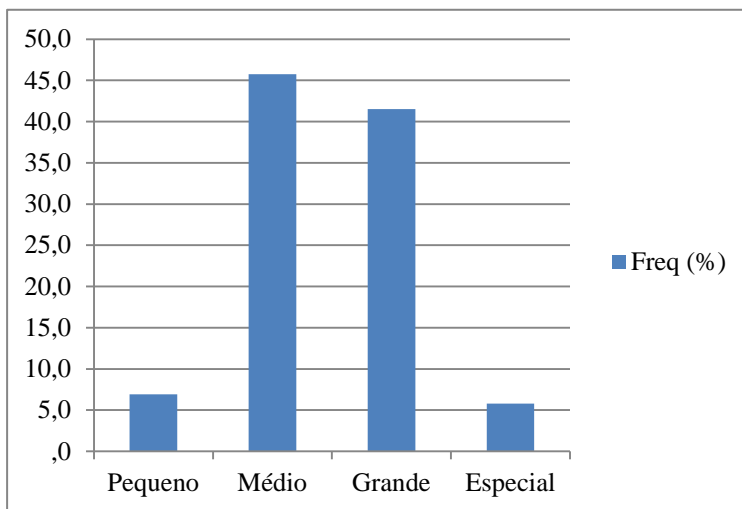


Fonte: dados da pesquisa

A variação que caracteriza a amostra considerando o porte dos hospitais, tendo em vista a quantidade de leitos que os mesmos dispõem, apresentou os resultados exibidos no gráfico 14. Foram considerados hospitais de pequeno porte os que dispõem de até 50 leitos, de médio

porte aqueles que possuem de 51 a 150 leitos, de grande porte os que dispõem de 151 a 500 leitos e os de porte especial os que contam com mais de 500 leitos (BRASIL, 1977).

Gráfico 14 – Frequência do tipo de porte dos hospitais que compõem a amostra



Fonte: dados da pesquisa

A amplitude da variável quantidade de leitos é grande, visto que o hospital da amostra com menor número de leitos, considerando o período analisado, dispõe de 36 leitos e o maior de 1172 vagas. A quantidade de hospitais localizados nos extremos (pequeno porte e especial) é semelhante, bem como as observações dos hospitais de médio e grande porte também apresentam equilíbrio. Optou-se por unir os hospitais de pequeno e médio porte como uma categoria e os de grande porte e especiais como outra categoria, a fim de realizar análises com esta variável.

Vale destacar que, inicialmente, intentava-se utilizar as variáveis de caracterização para verificar a existência de perfis de desempenho econômico-financeiro e operacionais diferentes, tendo em vista o porte, o estado de localização, o fato de o hospital ser filantrópico ou não e/ou ser geral ou especializado em uma área médica específica. No entanto, devido à desproporção entre hospitais filantrópicos e não filantrópicos, gerais e especializados não se julgou adequado comparar tais grupos, com vistas a verificar possíveis diferenças de resultados considerando uma categoria ou outra (SOUZA et al., 2009c). Similarmente, não houve equilíbrio entre os dados obtidos por estado, destacando-se a preponderância de hospitais do estado de SP. Desse modo, apenas a variável de caracterização porte foi mantida, uma vez que apresentou relativo equilíbrio entre os portes considerados.

5.2 Análise de componentes principais

Visando atingir o objetivo específico de construir um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros, tendo em vista as peculiaridades do sistema de saúde no país, considerando as dimensões econômico-financeira e operacional dessas organizações, utilizou-se a técnica de análise de componentes principais (ACP). Dessa forma, foi realizada uma ACP para a dimensão econômico-financeira e uma para a dimensão operacional.

O objetivo da ACP é o agrupamento de um conjunto de variáveis em um novo conjunto de variáveis pertencentes à mesma dimensão, denominados componentes principais. O principal objetivo desta técnica é a redução de um conjunto de variáveis a um componente que representará todas as elas, considerando a menor perda possível de informações (NAGAR; BASU, 2002; FRANCISCO, 2014).

Algumas medidas devem ser avaliadas antes de se verificar os resultados de modo a garantir a adequabilidade da aplicação da mesma aos dados coletados. Para tais verificações foram aplicadas as medidas Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de esfericidade de Barlett. O KMO varia de 0 a 1 e quanto mais próximo deste último, mais adequada a amostra à aplicação da análise em questão, pois esta medida indica o quanto da variância dos dados pode ser atribuída a um fator comum. Malhotra (2006) afirma que resultados do KMO entre 0,5 e 1 já atestam a adequação da análise aos dados. Por sua vez, o teste de esfericidade de Barlett deve possuir significância inferior a 1% denotando que a matriz de correlação dos dados não é uma matriz identidade o que impediria a utilização da análise.

A estatística KMO é definida da seguinte forma:

$$KMO = \frac{\sum_{l=1}^k \sum_{c=1}^k \rho_{lc}^2}{\sum_{l=1}^k \sum_{c=1}^k \rho_{lc}^2 + \sum_{l=1}^k \sum_{c=1}^k \varphi_{lc}^2}, l \neq c \quad (1)$$

em que l representa as linhas da matriz e c, as colunas da matriz de correlações ρ , φ representa os coeficientes de correlação parcial entre duas variáveis.

O teste de esfericidade de Barlett é utilizado para averiguar se as correlações de Pearson entre os pares de variáveis são estatisticamente diferentes de zero, atestando que a utilização da análise fatorial se faz adequada e, portanto, os fatores poderão ser extraídos tendo como base as variáveis originais.

O teste de esfericidade de Bartlett se baseia na comparação da matriz de correlações ρ com uma matriz identidade I de mesma dimensão. Fávero e Belfiore (2015, p.386) afirmam que “se as diferenças entre os valores correspondentes fora da diagonal principal de cada matriz não forem estatisticamente diferente de zero, a determinado nível de significância, (...) a extração dos fatores não será adequada”. O teste em questão apresenta as seguintes hipóteses nula e alternativa:

$$H_0: \rho = \begin{bmatrix} 1 & \rho_{12} & \dots & \rho_{1k} \\ \rho_{21} & 1 & \dots & \rho_{2k} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \rho_{k1} & \rho_{k2} & \dots & 1 \end{bmatrix} = I = \begin{bmatrix} 1 & 0 & \dots & 0 \\ 0 & 1 & \dots & 0 \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 0 & 0 & \dots & 1 \end{bmatrix} \quad (2)$$

$$H_1: \rho = \begin{bmatrix} 1 & \rho_{12} & \dots & \rho_{1k} \\ \rho_{21} & 1 & \dots & \rho_{2k} \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \rho_{k1} & \rho_{k2} & \dots & 1 \end{bmatrix} \neq I = \begin{bmatrix} 1 & 0 & \dots & 0 \\ 0 & 1 & \dots & 0 \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ 0 & 0 & \dots & 1 \end{bmatrix} \quad (3)$$

O teste de esfericidade de Bartlett é dado por χ^2

$$\chi_{Bartlett}^2 = - \left[(n - 1) - \left(\frac{2k+5}{6} \right) \right] \ln|D| \quad (4)$$

com graus de liberdade $\frac{k(k-1)}{2}$, sendo k o número de variáveis, n o tamanho da amostra e D o determinante da matriz de correlações ρ .

Vale destacar que o resultado do teste de esfericidade de Bartlett deve ser privilegiado quando comparado à estatística KMO no que tange à decisão sobre a adequação global da análise fatorial.

Após realizados os testes para a verificação da adequação do modelo, definiu-se os fatores, utilizando-se os autovalores e autovetores da matriz de correlações ρ . Os fatores são constituídos pelo resultado do agrupamento das k variáveis de uma amostra com n observações, multiplicados por seus escores fatoriais (s), como apresentado a seguir.

$$F_{1i} = s_{11} \cdot X_{1i} + s_{21} \cdot X_{2i} + \dots + s_{k1} \cdot X_{ki} \quad (5)$$

$$F_{2i} = s_{12} \cdot X_{1i} + s_{22} \cdot X_{2i} + \dots + s_{k2} \cdot X_{ki} \quad (6)$$

⋮

$$F_{ki} = s_{1k} \cdot X_{1i} + s_{2k} \cdot X_{2i} + \dots + s_{kk} \cdot X_{ki} \quad (7)$$

Os escores fatoriais se baseiam no cálculo dos autovalores e autovetores da matriz de correlações ρ . Os escores fatoriais do k -ésimo fator são dados por:

$$S_k = \begin{pmatrix} S_{1k} \\ S_{2k} \\ \vdots \\ S_{kk} \end{pmatrix} = \begin{pmatrix} \frac{v_{1k}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \\ \frac{v_{2k}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \\ \vdots \\ \frac{v_{kk}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \end{pmatrix} \quad (8)$$

Os escores fatoriais são padronizados considerando seus respectivos autovalores e as variáveis originais são padronizadas visando a obtenção de variáveis com média nula e desvio padrão unitário. Os fatores serão representados por:

$$F_{1i} = \frac{v_{11}}{\sqrt{\lambda_1^2}} \cdot ZX_{1i} + \frac{v_{21}}{\sqrt{\lambda_1^2}} \cdot ZX_{2i} + \dots + \frac{v_{k1}}{\sqrt{\lambda_1^2}} \cdot ZX_{ki} \quad (9)$$

$$F_{2i} = \frac{v_{12}}{\sqrt{\lambda_2^2}} \cdot ZX_{1i} + \frac{v_{22}}{\sqrt{\lambda_2^2}} \cdot ZX_{2i} + \dots + \frac{v_{k2}}{\sqrt{\lambda_2^2}} \cdot ZX_{ki} \quad (10)$$

⋮

$$F_{ki} = \frac{v_{1k}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \cdot ZX_{1i} + \frac{v_{2k}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \cdot ZX_{2i} + \dots + \frac{v_{kk}}{\sqrt{\lambda_k^2}} \cdot ZX_{ki} \quad (11)$$

em que ZX_{ki} é o valor padronizado da i -ésima observação da variável X_k .

Após a determinação dos fatores define-se as cargas fatoriais, ou seja, as correlações de Pearson entre as variáveis originais e cada um dos fatores. Cumpre lembrar que a somatória do quadrado dessas cargas será sempre igual 1, uma vez que cada variável compartilha parte do seu percentual de variância com todos os k fatores, caso sejam extraídos K fatores. Se o número de fatores extraídos for inferior a K , a somatória dos quadrados das cargas fatoriais em cada linha será menor que 1, tendo em vista o critério da raiz latente. Esta somatória é denominada comunalidade que representa a “variância total compartilhada de cada variável em todos os fatores extraídos a partir de autovalores maiores que 1” (FÁVERO; BELFIORE, p.117, 2015).

Para verificar a qualidade da análise, utiliza-se a variância explicada que deve possuir valores de, pelo menos, 50%. Esta medida revela o quanto as variáveis são capazes de explicar o fator. Em seguida, é preciso observar a comunalidade que revela a quantidade total de variância que uma variável compartilha com as demais participantes da análise. Para serem consideradas adequadas precisam ter valores superiores a 0,4 bem como a carga fatorial de cada variável. Por fim, é preciso avaliar as cargas fatoriais das variáveis participantes da

análise, pois cargas com valores aproximados (com diferenças entre as cargas inferiores a 0,100) em mais de um fator não são consideradas adequadas segundo os parâmetros de Hair, Black e Babin (2009).

O quadro 7, a seguir, sintetiza os critérios avaliados, com vistas a verificar a adequação dos dados à análise e se os resultados obtidos são de qualidade, de acordo com Hair, Black e Babin (2009), Mingoti (2005) e Malhotra (2006).

Quadro 7 - Critérios para adequação da solução fatorial encontrada.

Medida	Parâmetro
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	> 0,500
Teste de Esfericidade de Bartlett (TEB)	Valor significativo inferior a 1%
Variância explicada (VE)	> 50%
Comunalidade (h ²)	> 0,400
Carga fatorial (CF)	> 0,400

Fonte: Hair, Black e Babin (2009), Mingoti (2005), Malhotra (2006).

Cumprir lembrar que, inicialmente, foram selecionadas 36 variáveis econômico-financeiras as quais constavam na revisão de literatura acerca do tema e, portanto, poderiam integrar o índice de desempenho para os hospitais sem fins lucrativos. Após o tratamento dos dados, obteve-se um total de 32 variáveis econômico-financeiras e sete operacionais. Lembrando, portanto, que três variáveis econômico-financeiras foram eliminadas devido a seus elevados níveis de dados ausentes.

Realizou-se a ACP considerando-se primeiramente as variáveis econômico-financeiras. Na primeira análise, apesar das medidas de adequação se mostrarem satisfatórias, foi eliminada a variável Imobilização de Recursos Não Correntes, pois a mesma não se agregou a nenhum fator. Nova verificação de adequação aos critérios foi realizada e novamente a variável Giro de Contas a Receber foi eliminada da análise, pois apresentou baixa comunalidade e apresentou cargas muito semelhantes em dois fatores distintos. Na terceira rodada, após satisfeitas as condições de adequação dos dados foram eliminadas as variáveis PNC/Passivo+PL e SG&A/RL, pois ambas apresentaram carga similar em mais de um fator e baixa comunalidade. Os mesmos motivos eliminaram a variável ROIC, na quarta rodada e também a variável Composição do endividamento, na quinta análise.

Na sexta rodada, foram eliminadas as variáveis Margem Líquida, Margem Operacional, Margem Bruta, Margem EBITDA, Margem EBIT e Custo/Receita Líquida, pois todas essas variáveis apresentaram cargas fatoriais com medidas próximas para um mesmo fator. Na sétima rodada foram eliminadas, pelo mesmo motivo, as variáveis Giro do Ativo Circulante e Dívida líquida/Imobilizado líquido. Na oitava rodada, devido à carga fatorial inferior a 0,4, a variável Despesas financeira/Dívida líquida também foi excluída. Na nona rodada, a variável Ciclo Operacional foi eliminada, por exibir carga similar em mais de um fator.

A tabela 2 exhibe os fatores econômico-financeiros encontrados por meio da ACP, bem como os valores de suas cargas, comunalidades e variâncias explicadas. Esta solução fatorial obteve KMO igual a 0,718 e significância do Teste de esfericidade de Barlett inferior a 1%.

Tabela 2 -Resultado da análise de componentes principais econômico-financeiros

	Variáveis	Cargas	Comunalidade	Variância explicada
Componente 1 (Estrutura de capital +Rentabilidade)	Ativo Total/ PL (AT/PL)	0,976	0,953	37,1%
	Relação Capital de Terceiros e Próprio (RCTP)	0,976	0,954	
	PNC/PL	0,983	0,967	
	Retorno sobre o Patrimônio Líquido (ROE)	0,965	0,936	
	Dívida Líquida / PL (inversa)	0,807	0,654	
Componente 2 (Liquidez)	Liquidez Corrente (LC)	0,983	0,972	23,5%
	Liquidez Seca (LS)	0,979	0,967	
	Liquidez Geral (LG)	0,930	0,874	
Componente 3 (Rotatividade)	Prazo Médio de Recebimento (PMR)	0,926	0,863	14,5%
	Ciclo Financeiro	0,922	0,864	
Componente 4 (Eficiência do ativo)	Giro do Ativo (GA)	0,918	0,871	14,5%
	Giro do ativo fixo (GAP)	0,937	0,879	

Fonte: dados da pesquisa

Conforme demonstra a tabela 2, foram extraídos quatro componentes principais das variáveis econômico-financeiras. Interessante notar que os componentes principais se formaram considerando lógica semelhante à adotada para a classificação dos indicadores econômico-financeiros. Assim, o componente 1 contempla métricas de estrutura de capital e rentabilidade das organizações hospitalares da amostra e corresponde a 37,1% da variância explicada. O componente 2 explica 23,5% da variância da ACP e é composto pelos indicadores de liquidez. O componente 3 contemplou os indicadores de rotatividade e possui variância explicada de

14,5%. Este valor é idêntico à variância explicada do componente 4 que agregou variáveis que demonstram a eficiência dos ativos das organizações.

Procedimento idêntico ao adotado para a verificação da ACP econômico-financeira foi realizado com as variáveis operacionais. Foram extraídos dois componentes principais, o primeiro composto pelas variáveis Taxa de Mortalidade e Taxa de Permanência, o segundo pela Taxa de Ocupação e Rotatividade, conforme quadro 8.

Quadro 8 - Resultado da análise de componentes principais operacionais

	Variáveis	Cargas	Comunalidade	Variância explicada
Componente 1	Taxa de mortalidade	0,970	0,943	47,469%
	Taxa de permanência	0,964	0,945	
Componente 2	Taxa de ocupação	0,953	0,908	44,989%
	Taxa de rotatividade	0,953	0,903	

Fonte: dados da pesquisa

O teste de esfericidade de Barlett foi significativo a 1% e o valor do KMO igual a 0,511, demonstrando a adequação da utilização da técnica para a amostra desta pesquisa. A determinação dos fatores operacionais e econômico-financeiros realizada neste subtópico responde o segundo objetivo específico delimitado nesta tese. A seção a seguir elucida os resultados da criação do índice de desempenho econômico-financeiro e operacional.

5.3 Criação do índice

Este tópico se destina a relatar o processo de criação de um índice de desempenho para os hospitais sem fins lucrativos, contemplando o terceiro objetivo específico proposto nesta tese. Utilizou-se a metodologia proposta por Nagar e Basu (2002) que propõe que um índice deve ser calculado considerando-se a média ponderada de todos os componentes obtidos na ACP. Os pesos desses componentes correspondem às suas respectivas variâncias os quais possibilitarão, por meio do procedimento descrito na fórmula 12, a seguir, a elaboração de variáveis sintéticas.

Num primeiro momento, todos os fatores foram transformados em variáveis, por meio de médias ponderadas, conforme procedimento descrito na fórmula a seguir (NAGAR; BASU, 2002).

$$\hat{Índice}_x = \frac{\sum_{i=1}^x (VE * S)}{\sum_{i=1}^x (VE)} \quad (12)$$

Em que VE é a variância explicada do fator, S é o escore do fator e x é o número de fatores que compõem o índice.

Os dois principais métodos para a criação de índices são: (i) a utilização do primeiro componente principal e (ii) a média ponderada de todos os componentes gerados na ACP, utilizando-se as ponderações baseadas em seus respectivos autovalores. No entanto, quando se utiliza o primeiro método incorre-se num problema de explicação a qual será reduzida. Por outro lado, o segundo método que considera todos os componentes gerados e, por isso, os últimos componentes podem apresentar variâncias menores que 1 (KRISHNAKUMAR; NAGAR, 2008). Considerando a limitação do segundo método, a pesquisadora extraiu apenas fatores que apresentassem eigenvalues maiores que um, com vistas a mitigar esta possibilidade de ausência de explicação.

O cálculo dos índices de econômico-financeiro e operacional seguem, a seguir, considerando seus respectivos fatores e a metodologia proposta por Fávero e Belfiore (2015).

$$\begin{aligned} \hat{Índice} \text{ Econômico – financeiro: } & [(F1 * 0,371) + (F2 * 0,235) + (F3 * 0,145) \\ & + (F4 * 0,145)] / 0,896 \end{aligned}$$

Em que:

$$\begin{aligned} F1 = & [(zf19_1 * 0,976) + (zf20_1 * 0,976) + (zf21_1 * 0,983) + (zf30_1 * 0,965) \\ & + (zf36_1 * 0,807)] / 4,708 \end{aligned}$$

$$F2 = [(zf1_1 * 0,9829) + (zf2_1 * 0,9793) + (zf3_1 * 0,9303)] / 2,893$$

$$F3 = [(zf4_1 * 0,9263) + (zf7_1 * 0,9223)] / 1,849$$

$$F4 = [(zf10_1 * 0,9177) + (zf11_1 * 0,9369)] / 1,855$$

$$\hat{Índice} \text{ Operacional: } [(F1 * 0,475) + (F2 * 0,449)] / 0,925$$

Em que:

$$F1 = [(ZscoreTX_MORT * 0,979) + (ZscoreT_PERM * 0,964)] / 1,934$$

$$F2 = [(ZscoreTX_OCUP * 0,9530 + (ZscoreTX_ROTAT * 0,935)]/1,887$$

O quadro 9 demonstra os quatro fatores econômico-financeiros, os dois fatores operacionais e os índices operacional e econômico-financeiro. Interessa conhecer o perfil dos fatores e dos índices criados a partir dos mesmos.

Quadro 9 - Estatística descritiva das novas variáveis criadas

	<i>Mínimo</i>	<i>1º quartil</i>	<i>2º quartil (mediana)</i>	<i>3º quartil</i>	<i>Máximo</i>
<i>Estrutura de capital/Rentabilidade</i>	-15,70	0,03	0,04	0,06	2,05
<i>Liquidez</i>	-2,03	-0,58	-0,30	0,06	4,55
<i>Rotatividade</i>	-9,32	-0,31	-0,03	0,27	5,87
<i>Eficiência do ativo</i>	-1,64	-0,58	-0,28	0,22	4,61
<i>Permanência+mortalidade</i>	-0,33	-0,18	-0,13	-0,06	12,43
<i>Eficiência Operacional</i>	-2,04	-0,71	-0,01	0,46	2,92
<i>IND_FIN</i>	-6,62	-0,20	-0,04	0,18	1,07
<i>IND_OP</i>	-1,16	-0,42	-0,08	0,21	6,22

Fonte: dados da pesquisa

O fator estrutura de capital e rentabilidade possui uma amplitude muito grande, variando de - 15,70 a 2,05, confirmando os efeitos captados pelas variáveis econômico-financeiras, quando analisadas individualmente, considerando-se os grupos de indicadores. Talvez esta amplitude elevada seja resultado da provável interferência de dados atípicos já diagnosticada na estatística descritiva das variáveis pertencentes a este fator. O comportamento de variação deste fator sugere que, em termos de estrutura de capital e rentabilidade, os hospitais da amostra precisam organizar suas gestões, afinal, 50% das observações estão abaixo da média.

O fator liquidez apresenta apenas 25% das observações no 3º quartil, portanto, apenas elas se encontram acima da média. A variação das observações também é relevante e pode ter sido resultado da captação do efeito da liquidez geral abaixo do ideal, durante determinado período, que esteja influenciando o perfil deste fator. O fator de maior amplitude é o rotatividade que apresenta mínimo de 9,32 e o máximo de 5,37. Neste fator 50% das observações são inferiores à mediana. A situação do fator eficiência do ativo é semelhante ao do fator rotatividade no que tange ao seu posicionamento em relação à media. Os indicadores que captam o comportamento do fator eficiência do ativo são muito utilizados pelas

organizações com o objetivo de avaliar se os ativos organizacionais estão produzindo riquezas.

O fator operacional eficiência operacional apresenta menor amplitude dos dados do que o fator operacional permanência e mortalidade. No entanto este apresenta sinal negativo até o 3º quartil, significando que 75% das observações estão abaixo da média, o que demonstra bom desempenho operacional das organizações, pois este fator capta o comportamento das taxas de mortalidade e de permanência as quais possuem a relação, quanto menor, melhor.

Os índices econômico-financeiro e operacional apresentam amplitudes bastante próximas e 50% da amostra com valores abaixo da média. Isso significa que metade das observações exhibe desempenho econômico-financeiro e operacional que merece atenção, tendo em vista os valores de seus índices econômico-financeiro e operacional.

A criação de um índice de desempenho que contemple métricas econômico-financeiras e operacionais pode ofertar melhorias na área da saúde como um todo, conforme defendem Silva et al. (2010), pois proporciona ao agente e ao principal direcionarem seus esforços, seja de cobrança (principal em relação ao agente) ou seja de alcance de seus interesses. Além disso, trata-se uma tentativa de confeccionar métricas específicas para a área da saúde (MACGLYNN; ASCH 1998), considerando as necessidades dos *stakeholders* envolvidos no processo; lembrando que Boaventura (2012) destaca que a perspectiva da teoria dos *stakeholders*, essencialmente, possui como mote o deslocamento do desempenho econômico para o desempenho social, ampliando o espectro de análise dos *shareholders* para os *stakeholders*.

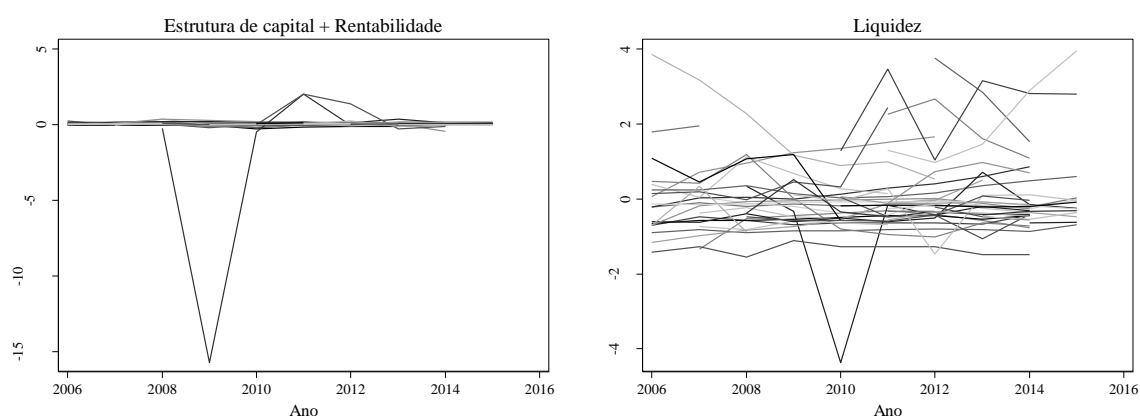
Além disso, o índice pode ser utilizado como ferramenta de controle tanto do Estado quanto de possíveis doadores de recursos, uma vez que ambos demonstram interesse, pois contribuem com recursos (financeiros e técnicos) destinados aos hospitais sem fins lucrativos e, portanto, necessitam controlar o emprego de tais recursos, de modo a verificar sua utilização e o desenvolvimento das atividades a que se destinaram GIMENES; LEONARDO, 2009; LEAL; FAMÁ, 2007). Assim, é possível verificar que os aspectos descritivo, instrumental e normativo, da teoria dos *stakeholders*, precisam ser contemplados para a

criação de um índice de desempenho para os hospitais sem fins lucrativos eficiente (DONALDSON; PRESTON, 1995).

5.4 Correlação entre a dimensão econômico-financeira e operacional

Usualmente, após a realização da análise fatorial exploratória por meio do método de principais componentes, utiliza-se análise fatorial confirmatória por meio do método de equações estruturais, com vistas a confirmar os componentes encontrados na ACP (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Esperava-se também testar a relação entre as dimensões latentes econômico-financeira e operacional por meio desse método. Para tanto, foi utilizado, num primeiro momento, o método PLS (por meio do software SmartPLS) que é robusto na ausência de normalidade, lida adequadamente com amostras de tamanhos reduzidos e não leva a problemas de mensuração ou a resultados impróprios ou não convergentes, como acontece com os outros métodos (FORNELL; BOOKSTEIN, 1982; HAENLEIN; KAPLAN, 2004; HENSELER, RINGLE; SINKOVICS, 2009). Entretanto, não foi possível a verificação de convergência dos dados, provavelmente devido à presença de *outliers* e à pequena variação nos dados, conforme pode ser exemplificado nos gráficos 15 a 17, a seguir, que demonstram a presença de observações atípicas nos fatores econômico-financeiro e operacional. A pequena variação nos dados pode ser visualizada nos gráficos constantes no APÊNDICE B.

Gráfico 15 - Observações atípicas nos fatores Estrutura de capital/Rentabilidade e Liquidez

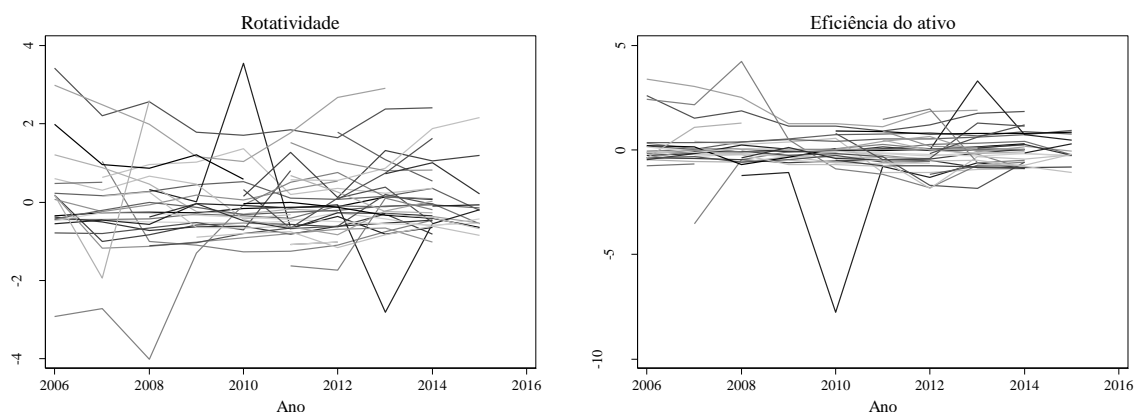


Fonte: dados da pesquisa

Os gráficos dos fatores econômico-financeiros Estrutura de capital/Rentabilidade e Liquidez demonstram a presença de dados atípicos nas observações coletadas que podem ter

impactado, juntamente com a baixa variação dos dados para que não fosse possível a realização da AFC.

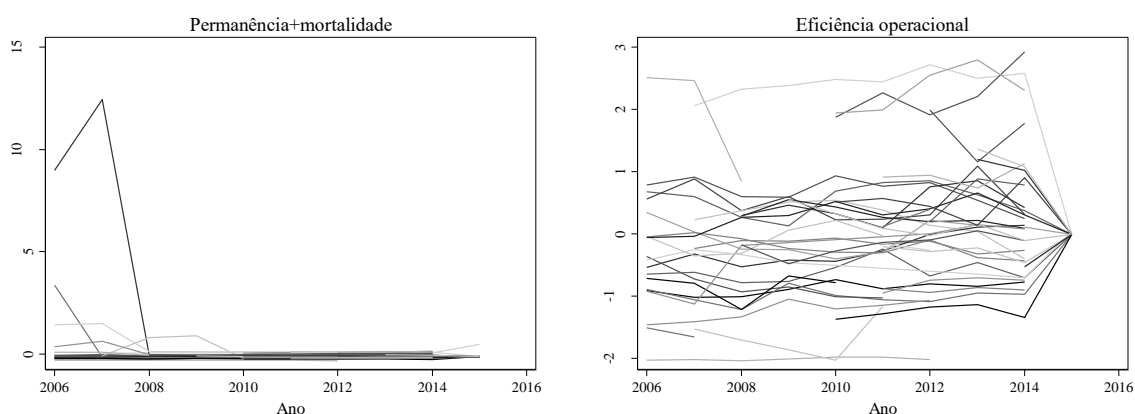
Gráfico 16 - Observações atípicas nos fatores Rotatividade e Eficiência do ativo



Fonte: dados da pesquisa

De modo semelhante, os fatores econômico-financeiros Rotatividade e Eficiência do ativo também apresentam interferência de observações atípicas. Dentre os fatores econômico-financeiros, o fator Rotatividade é o mais afetado pela presença de *outliers*, conforme pode ser observado no gráfico 16. A presença dessas observações, provavelmente está interferindo na convergência dos dados observados.

Gráfico 17 - Observações atípicas nos fatores Permanência/Mortalidade e Eficiência operacional



Fonte: dados da pesquisa

O gráfico 17 demonstra que os fatores operacionais também são afetados pela presença de dados atípicos nas observações. O fator Permanência/Mortalidade demonstra sofrer menor alteração em decorrência de observações atípicas.

Foi então utilizado o método Mínimos Quadrados Generalizados (*Generalized Least Squares* - GLS) por meio do *software* AMOS que tem como base a matriz de covariância e tende a minimizar a soma total dos quadrados dos resíduos (HAIR; BLACK; BABIN, 2009). Foram então encontrados problemas de mensuração ou a resultados impróprios ou não convergentes, como cargas padronizadas fora do intervalo de $|1,00|$. Mais uma vez a presença de *outliers* e a pequena variação nos dados contribuíram para o insucesso da técnica aplicada.

Como última tentativa optou-se por realizar as análises no *software* STATA 14 que propõe como método de estimação a máxima verossimilhança, apesar de ser um método mais adequado quando os dados são normais e lineares. Nenhum resultado foi obtido, pois o *software* não apresentou resultado mesmo após realizar mais de 4.000 interações.

Em seguida, tentando verificar a existência (ou não) de correlação entre os fatores econômico-financeiros e operacionais extraídos na ACP, a pesquisadora lançou mão da técnica de correlação canônica cujo objetivo é explicar a relação entre dois conjuntos de variáveis, visando, dentre as variáveis preditoras, identificar as “estatisticamente significantes para explicar o comportamento do conjunto de variáveis dependentes” (FÁVERO, 2013, p.393). Após realizar a análise, o coeficiente de correlação foi igual a 0,00 e a significância igual a 1,00. Como tal técnica tem como pressuposto a linearidade dos dados acredita-se que o fato das relações lineares não serem muito fortes e a existência de *outliers* expressivos contribuíram para tais resultados.

Partiu-se para a técnica de regressões multivariadas que também não apresentou resultados significativos. O mesmo resultado foi obtido após a tentativa de se utilizar a regressão logística e a técnica de análise de *clusters*.

Entendeu-se que esta ausência de resultados com significância estatística seja decorrência da elevada discrepância existente nas observações atípicas, entretanto, após a winsorização das variáveis e repetição das tentativas descritas anteriormente, os resultados não se alteraram. A

winsorização das variáveis é uma técnica que apara os valores extremos substituindo-os pelos valores menores e maiores remanescentes na distribuição calculados pelos percentis selecionados (HAIR; BLACK; BABIN, 2009).

Assim, após a tentativa de utilização de todas as técnicas multivariadas que poderiam ser aplicadas, optou-se pela realização de correlações bivariadas entre os componentes e índices econômico-financeiros e operacionais. Utilizou-se o teste de correlação de Spearman que permite verificar se as variáveis se comportam num mesmo sentido de variação (quando há correlação positiva), se comportam em sentidos contrários (quando há correlação negativa) ou ainda se não existe um padrão linear na variação das mesmas (quando a correlação é igual a 0). O coeficiente de Spearman varia de -1 a 1, sendo 0 a ausência de correlação linear e quanto mais próximo dos extremos, mais forte a correlação entre as variáveis (LEVINE; BERESON; STEPHAN, 2000).

Para mensurar a intensidade da correlação, considerou-se o parâmetro apresentado por Shimakura (2006), apresentado no Quadro 10, a seguir.

Quadro 10 - Interpretação da intensidade do coeficiente da correlação

<i>Coeficiente da correlação</i>	<i>Intensidade</i>
0,00 a 0,19	Correlação muito fraca
0,20 a 0,39	Correlação fraca
0,40 a 0,69	Correlação moderada
0,70 a 0,89	Correlação forte
0,90 a 1,00	Correlação muito forte

Fonte: Shimakura (2006)

Os achados evidenciados, na tabela 3, demonstram que o fator liquidez está associado negativamente ao fator operacional permanência/mortalidade, a um nível de significância de 5%, portanto, a correlação entre eles é considerada fraca, de acordo com a classificação de Shimakura (2006) (ver quadro 10). Pode-se depreender que esta relação se configura deste modo, por exemplo, porque quanto maior a TP maiores os custos operacionais, concordando com os achados de Marinho (2001) de que, quase sempre, a eficiência dos hospitais está inversamente associada a TP. De modo análogo, este mesmo fator econômico-financeiro possui relação negativa fraca, a um nível de significância de 5% com o fator operacional eficiência operacional, mesma relação que nutre com o indicador operacional. Este resultado

também corrobora, em parte, os achados de La Forgia e Couttolenc (2009) que afirmam existir relação entre a gestão financeira dos hospitais e os indicadores de TO, TP e TR.

Tabela 3 - Correlação entre dimensões financeira e operacional

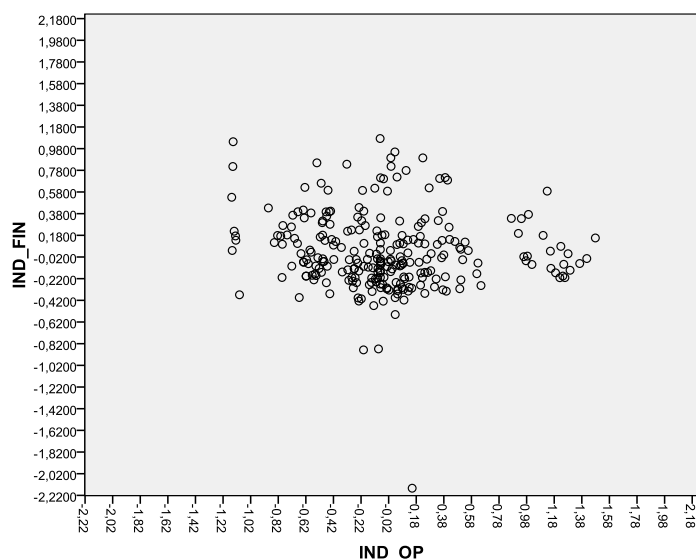
	<i>Operacional</i>		
	Permanência/mortalidade	Eficiência operacional	Índice
Estrutura de capital/Rentabilidade	,018	-,071	-,049
Liquidez	-,242**	-,238**	,223**
Rotatividade	-,089	-,172**	-,168**
Eficiência do ativo	-,079	,073	,039
Índice	-,204**	-,118	-,132*

Fonte: Dados da pesquisa

O fator econômico-financeiro rotatividade é inversa e fracamente relacionado, a um nível de significância de 5%, com o fator eficiência operacional e com o índice operacional. Esta relação estabelece que as variáveis TO e TR possuem fraca relação inversa com o fator rotatividade, logo se espera que à medida que estes dois últimos cresçam, o fator rotatividade diminua, não na mesma proporção. O fator econômico-financeiro rotatividade não apresenta relação significativa, a 5%, com o fator operacional Permanência/mortalidade.

Não foi constatada nenhuma relação significativa entre o fator econômico-financeiro eficiência do ativo e os fatores e índice operacional, a um nível de significância de 5%. A correlação entre os índices econômico-financeiro e operacional demonstra uma associação muito fraca, entre os mesmos, e negativa, portanto, à medida que um aumenta ou outro diminui e vice e versa. O gráfico 18 ilustra a fraca associação entre os índices.

Gráfico 18 - Relação entre índice econômico-financeiro e operacional



Fonte: dados da pesquisa

A correlação indica a intensidade e a direção do relacionamento linear existente entre duas variáveis. De acordo com Sharpe (2011, p. 202), “se existe uma relação linear, ela irá aparecer como uma nuvem ou um agrupamento de pontos estendido geralmente numa forma consistente e reta”. O gráfico de dispersão precisa demonstrar a existência de algum tipo de padrão de comportamento das variáveis. Logo, por meio da observação do gráfico 18 não é possível verificar a existência de relação entre os índices econômico-financeiro e operacional. Apesar disso, a tabela 3 demonstra a existência de relação muito fraca e negativa entre os índices.

Neste sentido, vale salientar que a não verificação de uma relação linear ou não linear não significa a inexistência de relação. Sharpe (2011) adverte acerca da existência de variáveis ocultas ou da possibilidade de existência de outros tipos de relação.

De modo geral, as relações existentes entre os fatores econômico-financeiros e operacionais sugerem a não confirmação dos achados de Silva (2008), Younis, Younies e Okojie (2006), Marinho (2001) e Marinho e Façanha (2000) os quais verificaram existência de relações entre os indicadores operacionais e econômico-financeiros. Além disso, é preciso relembrar que os indicadores operacionais e financeiros estão bastante relacionados quando se trata de desempenho em hospitais, por tratar-se de organizações complexas com procedimentos,

usualmente, de custos elevados. Diante disso, para ofertar serviços de qualidade à população é importante que os hospitais sejam financeiramente saudáveis (LIMA NETO, 2011). Logo, a utilização de indicadores econômico-financeiros se faz importante para analisar o desempenho dos hospitais (WATKINS, 2000; TAVARES; SILVA, 2012).

5.5 Diferença entre o desempenho econômico-financeiro e operacional considerando o porte do hospital

Para verificar a existência de diferenças entre os hospitais de diferentes portes, considerando os fatores e os índices operacionais e econômico-financeiros, utilizou-se o teste de Mann Whitney. Este teste é útil quando o pesquisador deseja identificar se a mediana de dois grupos é igual. Para que tal diferença seja atestada é preciso que a significância do teste seja inferior a 5% (LEVINE; BERESON; STEPHAN, 2000). Para tanto, os hospitais da amostra foram divididos em dois grupos considerando seus portes: pequeno-médio e grande-especial. A tabela 4, a seguir, exhibe os resultados encontrados.

Considerando os fatores econômico-financeiros Estrutura de capital/Rentabilidade e Liquidez não é possível constatar diferenças entre os grupos de hospitais, pois a significância do teste de Mann Whitney foi superior a 5%. Este resultado se contrapõe aos encontrados por Souza et al. (2009a) que defendem que o maior porte do hospital afeta negativamente sua liquidez, pois esses hospitais possuem menor volume de ativos circulantes e, portanto, conseguem, pelo menos inicialmente, reduzir o custo de capital e ter retornos melhores sobre este tipo de ativo

No entanto, quando se observam os fatores econômico-financeiros Rotatividade e Eficiência de ativos e os fatores operacionais Taxa de mortalidade/Permanência e Eficiência operacional as diferenças, considerando o porte, se evidenciam. A mesma diferença fica evidente quando se observa os índices, pois há considerável relevância entre as médias deles, sugerindo a existência de diferenças de desempenho associadas ao porte dos hospitais.

Tabela 4 - Teste de Mann Whitney para hospitais pequeno-médio e grande-especial

	Porte	Média
Estrutura de capital/Rentabilidade	Pequeno-médio	137,36
	Grande-especial	122,86
	Total	
Liquidez	Pequeno-médio	125,03
	Grande-especial	136,60
	Total	
Rotatividade	Pequeno-médio	108,14
	Grande-especial	155,41
	Total	
Eficiência de ativos	Pequeno-médio	109,32
	Grande-especial	154,09
	Total	
Taxa de mortalidade/Permanência	Pequeno-médio	148,13
	Grande-especial	110,86
	Total	
Eficiência operacional	Pequeno-médio	161,23
	Grande-especial	96,28
	Total	
Ind_Fin	Pequeno-médio	112,42
	Grande-especial	150,64
	Total	
Ind_Op	Pequeno-médio	156,42
	Grande-especial	101,63
	Total	

	Estrutura de capital/Rentabilidade	Liquidez	Rotatividade	Eficiência de ativos	Taxa de mortalidade/Permanência	Eficiência operacional	Ind_fin	Ind_op
Mann-Whitney U	7485,500	7675,500	5361,500	5523,500	6010,000	4216,000	5948,500	4875,000
Wilcoxon W	15111,500	17128,500	14814,500	14976,500	13636,000	11842,000	15401,500	12501,000
Z	-1,553	-1,239	-5,061	-4,794	-3,990	-6,953	-4,092	-5,865
Asymp. Sig. (2-tailed)	,120	,215	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Fonte: dados da pesquisa

Em relação ao fator econômico-financeiro Rotatividade, os hospitais de pequeno-médio porte possuem melhor desempenho, visto que as variáveis integradoras deste fator são o PMR, CO, CF e GCR, portanto, quanto menor a média, melhor. Não há conhecimento de registro do

impacto do porte no fator Rotatividade na literatura. Este resultado pode se justificar, pois os hospitais de menor porte podem possuir estruturas internas menores e, portanto, menos processos administrativos, fazendo com que os mesmos se tornem mais ágeis e consigam reduzir o valor deste fator.

A Eficiência de ativos é afetada pelo porte dos hospitais, pois é perceptível que os hospitais de grande-especial porte possuem melhor desempenho neste fator, pois suas médias para estes fatores são maiores. Lembrando que este fator é composto pelas variáveis GA, GAC e GAP e que quanto maior o valor desses indicadores, maior o número de vezes que este ativo girou e, portanto, maior tende a ser a receita do hospital (PADOVEZE, 2010). Também não foram encontradas evidências, na literatura, da interferência do porte do hospital nos indicadores que compõem este fator.

O fator Taxa de mortalidade/permanência é afetado pelo porte do hospital. Na amostra desta pesquisa, os valores da média da Taxa de mortalidade/Permanência dos hospitais de pequeno-médio porte são maiores denotando melhor desempenho dos de grande-especial porte. Não foi encontrado na literatura influência do porte nas taxas de mortalidade nem de permanência. Entende-se que a lógica encontrada é adequada, pois hospitais de grande-especial porte tendem a possuir mais recursos técnicos e humanos, levando a crer em uma maior resolutividade de problemas com maior rapidez, implicando em menores taxas de permanência e de mortalidade.

O fator Eficiência operacional, oriundo dos indicadores TO e TR, demonstra que os hospitais de pequeno-médio porte possuem melhor desempenho, pois apresentam média maior para este fator. La Forgia e Couttolenc (2009) defendem que valores elevados de TO e TR podem ser traduzidos em eficiência operacional e redução de custos e, por isso, denotam melhor desempenho. Os hospitais de pequeno-médio porte possuem menor quantidade de leitos o que pode implicar em maior facilidade de manter sua TO elevada. Além disso, devido a menor quantidade de leitos, a TR também pode ser maior tendo em vista a necessidade de liberação de vagas, por exemplo, encaminhando os casos mais graves que prescindirão de internações longas para hospitais maiores.

Por fim, os índices econômico-financeiro e operacional também são afetados pelo porte do hospital. Os hospitais de grande-porte especial se destacam em relação aos de pequeno-médio porte quando se analisa o índice econômico-financeiro. Hospitais maiores possuem economia de escala, ou seja, conseguem dividir os custos fixos, por exemplo, prestando uma quantidade de atendimentos muito maior que os hospitais de pequeno-médio porte e, portanto, apresentam resultados financeiros melhores. Outra justificativa para esta diferença pode se dar exatamente tendo em vista a proporcionalidade do repasse de recursos estar atrelada à quantidade de leitos disponíveis.

No mesmo sentido, os achados de Marinho (2001) indicam que, no Brasil, a eficiência dos hospitais, quase sempre, está associada inversamente a TMP. O porte do hospital também influencia sua efetividade. Hospitais com número inferior a 200 leitos têm maior eficiência do que os hospitais com 200 leitos ou mais (MARINHO; FAÇANHA, 2000).

A despeito desses resultados, os achados de Souza et al. (2009c) sugerem que o maior porte do hospital afeta negativamente sua liquidez, sobretudo, no curto prazo. Os hospitais de maior porte têm, em média, menor volume de ativos circulantes o que, inicialmente, resultaria em redução do custo de capital e obtenção de retornos melhores sobre esse tipo de ativo. Quando analisados hospitais de menor porte constataram maior volume de captação de recursos de terceiros para o financiamento das atividades.

De modo geral, pode-se entender que os hospitais de pequeno porte tenderiam a possuir melhor desempenho tanto econômico-financeiro quanto operacional, uma vez que, dado o menor número de *stakeholders* envolvidos, se entende que menor seria a quantidade de contratos formais e informais firmados nesta organização, conforme estabelece a teoria da firma (Coase, 1937). Além disso, com a redução dos *stakeholders* se esperaria a redução dos custos de agência, tendo em vista a possível redução do oportunismo dos agentes. No entanto, não é possível nesta tese confirmar tais ponderações, uma vez que não houve resultados que se comportassem de modo semelhante em todas as análises que consideraram o porte dos hospitais.

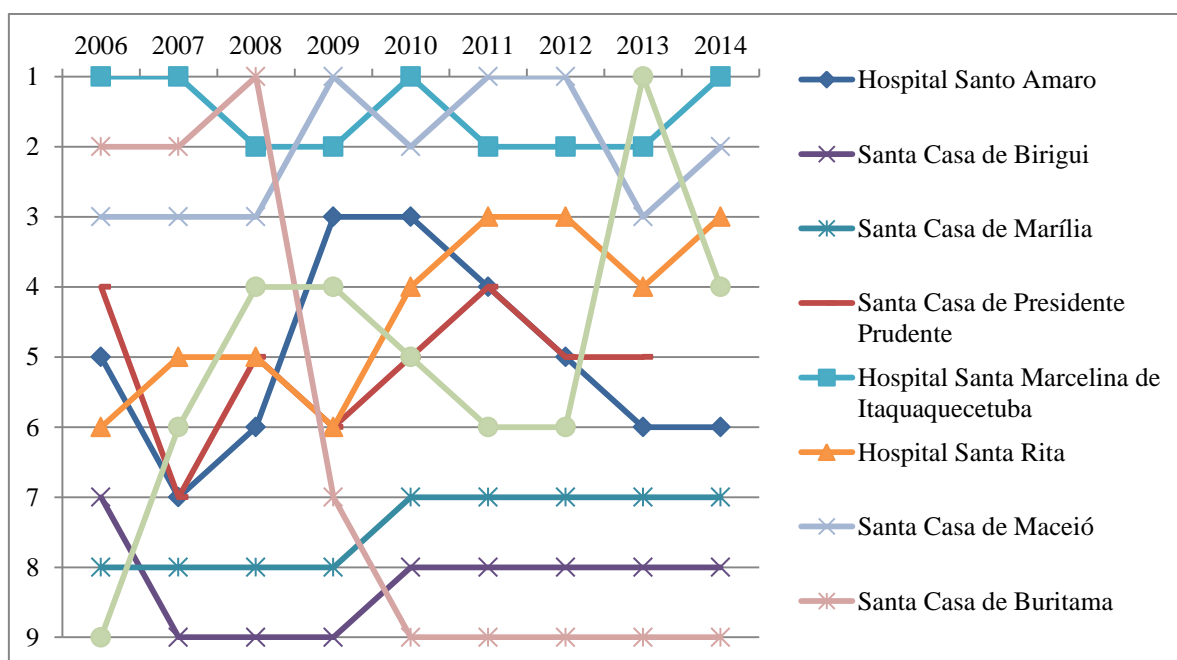
As variáveis de caracterização: tipo do hospital, estado de localização e filantrópicos/não filantrópicos não puderam ser avaliadas, tendo em vista o baixo número de observações de

hospitais especializados e filantrópicos, bem como a pulverização dos dados entre os 16 estados presentes na amostra. Apesar disso, a pesquisadora tem ciência dos indícios que as variáveis de caracterização dos hospitais influenciam os indicadores operacionais e econômico-financeiros e, portanto, merecem ser estudada e ter seu impacto verificado, haja vista, o crescente número de estudos (WANG ET AL., 2001; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; VELOSO; MALIK, 2010; BRAND ET AL., 2012; GUERRA, 2013; GUERRA; GONÇALVES, 2014) que reiteram suas influências.

5.6 Ranking dos hospitais sem fins lucrativos

Este tópico se dedica a elaborar uma classificação dos hospitais sem fins lucrativos considerando seus índices de desempenho econômico-financeiro e operacional. Para esta análise foram considerados apenas os hospitais que tiveram suas informações econômico-financeiras e operacionais, no período de 2006 a 2014, consideradas na análise. Os dados referentes ao ano de 2015 não foram considerados para a construção deste ranking, tendo em vista significativa quantidade de dados ausentes neste ano. Ao todo nove hospitais participaram desta classificação de desempenho econômico-financeiro e operacional. Os gráficos 19 e 20 ilustram o comportamento dessas organizações ao longo dos anos de 2006 a 2014.

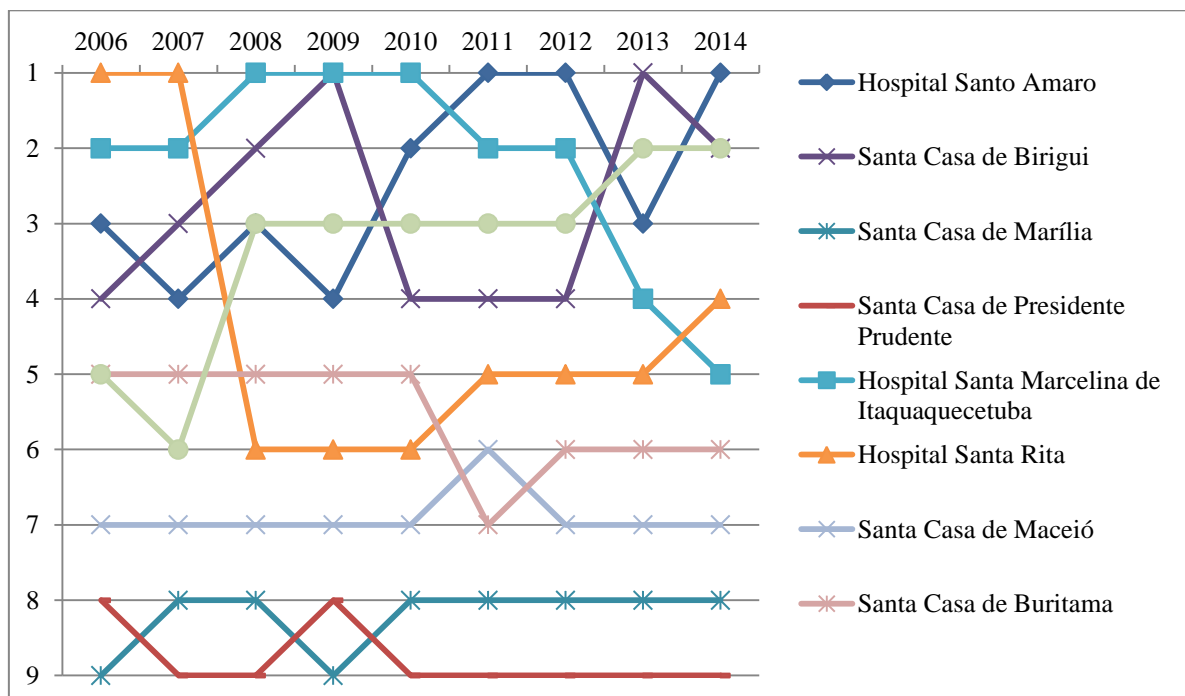
Gráfico 19 - Ranking dos hospitais – índice econômico-financeiro



Fonte: dados da pesquisa

O Hospital Santo Amaro apresenta desempenho econômico-financeiro e operacional variáveis. De modo geral, o desempenho operacional do hospital é melhor que seu desempenho econômico-financeiro. Movimento inverso pode ser observado no Hospital Santa Rita em que o desempenho econômico-financeiro apresenta resultados acima da média e o operacional, sofreu brusca queda em 2007 se mantendo abaixo da média até 2011. Neste hospital é possível verificar relação aparente entre os índices econômico-financeiro e operacional no ano de 2013 a 2014.

Gráfico 20 - Ranking dos hospitais – índice operacional



Fonte: dados da pesquisa

A Santa Casa de Buritama apresentou queda drástica tanto de seu índice econômico-financeiro quanto do operacional, no entanto, o índice econômico-financeiro caiu abruptamente nos anos de 2008 e 2009 e se manteve em um dos menores níveis dentre os hospitais da amostra. Neste período todos os seus indicadores econômico-financeiros pioraram, com exceção do giro de contas a receber, da margem líquida e da margem operacional. Por sua vez, o índice operacional que era mediano, também sofreu queda, em 2009, mas se recuperou em 2011 e se manteve até o final do período. Sua queda, em 2009, foi

influenciada pela diminuição da taxa de rotatividade e da taxa de ocupação e pelo aumento da taxa de mortalidade.

A Santa Casa de Presidente Prudente chama a atenção por apresentar desempenho econômico-financeiro variando de mediano a satisfatório, no entanto, seu desempenho operacional é o pior dentre os hospitais analisados. Cumpre salientar que o valor do Ebitda, no ano de 2007, muito discrepante em relação ao conjunto de dados avaliados pode ter influenciado na média total dos anos deste hospital movendo-a para cima. Assim, caso tenha havido algum equívoco neste sentido, é provável que a Santa Casa de Presidente Prudente apresente desempenho econômico-financeiro pior do que o mensurado nesta pesquisa.

O Hospital Santa Marcelina apresenta índice econômico-financeiro relativamente estável ao longo do período analisado, ao passo que seu índice operacional que apresentava estabilidade iniciou um período de declínio, em 2010, e desde então apresenta queda. Apesar disso, se apresenta como o melhor colocado quando avaliado seu desempenho econômico-financeiro, mesmo considerando a queda de seu índice operacional. A Santa Casa de Marília apresentou desempenho econômico-financeiro e operacional relativamente estáveis ao longo do período. Na média, ocupou o penúltimo lugar em relação ao desempenho operacional e antepenúltimo em relação ao desempenho econômico-financeiro.

A Santa Casa de Birigui apresenta o pior desempenho econômico-financeiro, mas seu desempenho operacional se encontra acima da média durante todo o período analisado. Os picos de desempenho operacional nos anos de 2009 e 2014 se justificam pela queda na taxa de mortalidade. O Hospital Francisco Rosas (em cinza, no gráfico) se encontra em situação semelhante, visto que seu desempenho operacional é melhor que o econômico-financeiro, apesar disso, há equilíbrio entre os desempenhos econômico-financeiro e operacional. Por fim, a Santa Casa de Maceió apresenta desempenho econômico-financeiro muito superior ao seu desempenho operacional. Sua taxa de rotatividade de leitos é baixa (18,75) ao passo que a média das observações da amostra é de 26,07. Outra variável que influencia seu desempenho operacional negativamente é a quantidade de profissionais por leito (2,13) enquanto a média das observações da amostra é 3,76.

Fica evidente o descompasso entre os desempenhos econômico-financeiros e operacionais na maior parte dos hospitais que participaram do ranking. Apesar de nem todas as observações utilizadas na análise de componentes principais estarem presentes nesta classificação, os resultados encontrados aqui corroboram os achados da correlação bivariada de que a relação existente entre os índices econômico-financeiros e operacionais é muito fraca e negativa.

A construção deste *ranking* evidenciou também que, para os hospitais participantes, não foi evidenciada associação entre o desempenho econômico-financeiro e o desempenho operacional, tanto que foram verificados casos de desempenho operacional bom e econômico-financeiro ruim, com desempenho econômico-financeiro ruim e operacional bom, com desempenho econômico-financeiro e operacional bons e também com desempenho econômico-financeiro e operacional ruins. Desse modo, este estudo contribui para lançar luz sobre a necessidade de estudos mais amplos que investiguem a necessidade do desenvolvimento de métricas de desempenho multidisciplinares, caso seja constatada, a ausência de relação causal entre o desempenho econômico-financeiro e o desempenho operacional.

A utilização de indicadores econômico-financeiros isoladamente se mostra superada. De forma semelhante, a utilização apenas de indicadores operacionais não reflete a realidade do desempenho dos hospitais, afinal, é possível encontrar organizações que prestam serviços de qualidade, mas cujas dívidas se adensam e perpetuam. A utilização de índices econômico-financeiros e operacionais, de forma conjugada, se apresenta como uma sofisticação no âmbito da avaliação de desempenho de hospitais, no entanto, não se mostra suficiente, sobretudo, pela complexidade dessas organizações. É preciso esclarecer que a utilização de um índice composto por uma dimensão econômico-financeira e outra operacional não implica em uma relação de causa e efeito entre as ambas as dimensões.

A despeito disso, é possível conjugar o atendimento das necessidades tanto de *shareholders* quanto de *stakeholders* (ROSSETTI; ANDRADE, 2012), por meio de um ponto de convergência que permita máximo retorno, em longo prazo, para ambas as partes. Os autores denominam esta terceira via de “maximização iluminada de valor” cujo objetivo é garantir que os interesses dos *shareholders* sejam alcançados, considerando a existência da

possibilidade de retorno, em longo prazo, capaz de proporcionar harmonização entre seus interesses e os dos *stakeholders*.

Além disso, há interesse crescente do governo, da população, dos doadores e voluntários, entendidos como principais, nesta relação, em averiguar como a utilização dos recursos está sendo realizada e, conseqüentemente, verificar a correta aplicação dos mesmos (CALVE et al., 2013).

O tópico seguinte se dedica a apresentar as considerações finais deste estudo, explanando as principais contribuições teórico-empíricas desta tese, suas limitações e sugestões para o desenvolvimento de pesquisas futuras, considerando as possíveis lacunas acerca da temática.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para a criação de um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos baseou-se na ausência de métricas específicas para a avaliação do desempenho dessas organizações. O objetivo geral desta pesquisa foi construir um índice de desempenho para hospitais sem fins lucrativos brasileiros, considerando as dimensões econômico-financeira e operacional dessas organizações. Para tanto, foram determinados seis objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico foi a identificação das variáveis econômico-financeiras e operacionais utilizadas para avaliar os desempenhos econômico-financeiro e operacional dos hospitais. As variáveis foram listadas nas seções 3.3.2, 4.3.1 e 4.3.2. As variáveis prazo médio de estocagem, giro dos estoques, margem receita não operacional e prazo médio de pagamento foram excluídas antes da extração dos fatores, por possuírem poucas observações.

O segundo objetivo específico foi a determinação dos fatores operacionais e econômico-financeiros que subsidiaram a construção do índice de desempenho dos hospitais sem fins lucrativos. Este objetivo foi alcançado na seção 5.2 na qual descreveu-se o processo estatístico para seleção de quatro fatores econômico-financeiros (Estrutura de capital/Rentabilidade, Liquidez, Rotatividade e Eficiência dos ativos) e dois fatores operacionais (Permanência/Mortalidade e Eficiência operacional), por meio da ACP.

Em seguida, construiu-se o índice de desempenho, na seção 5.3, o qual contemplou as dimensões econômico-financeira e operacional das organizações de saúde. Com os resultados deste índice, construiu-se, na seção 5.6, um ranking para avaliar o posicionamento dos hospitais em relação a seus desempenhos organizacionais.

Na seção 5.4 atingiu-se o quarto e o quinto objetivos específicos, por meio da utilização de correlação bivariada, foi possível verificar que as relações existentes entre os fatores (econômico-financeiro e operacional) e entre os índices (econômico-financeiro e operacional) são fracas ou muito fracas. A existência de observações atípicas muito discrepantes das observadas no grupo e a pequena variação dos dados interferiram na utilização de algumas técnicas estatísticas, sem que fosse possível a obtenção de resultados estatisticamente válidos.

Por fim, o último objetivo específico foi analisar o impacto de variáveis de caracterização dos hospitais sem fins lucrativos no desempenho dos mesmos. Devido à ausência na amostra, de variáveis de caracterização, em quantidades equilibradas, utilizou-se apenas a variável porte para a verificação de sua interferência no desempenho das organizações hospitalares.

Entendeu-se que a criação de um índice de desempenho contribui para todos os *stakeholders* envolvidos com os hospitais, independentemente de possuírem um ou mais dos atributos propostos por Mitchell, Agle e Wood (1997): legitimidade, poder e urgência. Defende-se também que a adoção de métricas comuns contribui para a evolução de tais metodologias e a sofisticação das mesmas, sem que seja necessária a utilização de diversos indicadores que tornam o processo de avaliação de desempenho penoso e, na maior parte das vezes, pouco relevante para a maior parte de seus *stakeholders*.

Neste sentido, a utilização de um padrão para avaliar o desempenho de hospitais informaria a todos os seus *stakeholders* a real situação vivenciada pela organização, mitigando possíveis problemas de agência decorrentes, na maior parte das vezes, devido à assimetria informacional. De modo semelhante, julga-se sua existência e utilização como importantes para os gestores das organizações hospitalares, pois possibilita a verificação do desempenho dessas, por meio de número reduzido de variáveis, portanto, viabiliza às instituições, independente do porte, monitorar sua realidade, com vistas a alcançar desempenho satisfatório.

Além disso, proporciona a verificação do desempenho da organização, ao longo do tempo, utilizando-se da mesma métrica, portanto, minimizando a possibilidade de resultados irreais, devido a interferências e/ou modificações de mensurações ocorridas com o passar dos anos.

Considerando a perspectiva dos mantenedores dessas organizações (Estado, voluntários, associados, doadores, conselheiros, funcionários, etc.), a utilização de um índice de desempenho permite comparar as organizações entre si, *benchmarking*, e por meio de tais comparações é possível adotar práticas de gestão eficazes. Um índice também pode ser utilizado pela Administração Pública como ferramenta de controle, visando a racionalização dos recursos financeiros públicos destinados aos hospitais ou ainda como ferramenta de

controle. Ademais, por meio da adoção de métricas de avaliação de desempenho é possível verificar o alinhamento entre as estratégias traçadas e as metas alcançadas.

Em síntese, este indicador pode contribuir para o planejamento das iniciativas de saúde no Brasil, por meio da promoção da interação entre os especialistas e pesquisadores na área da saúde e os tomadores de decisão, pois esta ferramenta se mostra como uma possibilidade de padronização da avaliação de desempenho dos hospitais sem fins lucrativos.

Esta pesquisa possui como uma de suas limitações o reduzido tamanho de sua amostra, tendo em vista a elevada dificuldade de acesso aos dados, sobretudo as demonstrações contábeis, mesmo com a obrigatoriedade legal que algumas dessas instituições têm de divulgar e manter suas informações contábeis disponíveis para a sociedade. Importante destacar que tais limitações parecem recorrentes quando se trata de avaliar o desempenho dos hospitais brasileiros.

Outro limitador foi a utilização das demonstrações contábeis das organizações (DREs e BPs) sem nenhuma padronização. Diante disso, os principais entraves com os quais a pesquisadora teve que lidar foram demonstrações incompletas e/ou com erros nos cálculos, ausência de notas explicativas e denominações desconhecidas de contas contábeis. Além disso, como o espaço temporal da análise foi de dez anos, os planos de contas utilizados pelos próprios hospitais foram sendo alterados, ocasionando em alguns momentos nebulosidade nas informações. Cumpre salientar que grande parte dos dados contábeis utilizados provém de demonstrações que não passaram por auditorias independentes, elevando a possibilidade de erros e/ou inconsistências nas informações contábeis.

A ausência de observações de alguns dos dados disponibilizados pelo Datasus, sem nenhuma justificativa, bem como a presença de dados muito discrepantes em relação ao conjunto de dados coletados, sugere a inexistência de conferência dessas informações, com vistas a minimizar a possibilidade de incorrer em erros. Acredita-se que essas possíveis inconsistências dos dados culminaram em observações atípicas muito discrepantes as quais contribuíram para a inadequação da utilização das técnicas estatísticas na amostra desta pesquisa. Portanto, é importante que este estudo seja replicado, com uma amostra maior e com maior número de observações válidas.

A restrição aos dados também afetou a avaliação da existência de diferenças de desempenho tendo em vista a consideração das variáveis de caracterização dos hospitais. Vários estudos têm apontado para a influência dessas variáveis no desempenho dos hospitais, por isso, sugere-se como temática de pesquisas futuras a verificação do impacto das mesmas no desempenho financeiro e operacional dos hospitais sem fins lucrativos brasileiros.

Julga-se importante a expansão de pesquisas que visem desenvolver ferramental de avaliação de desempenho específico para as organizações hospitalares, pois entende-se que são organizações que exercem papel primordial para a sociedade. Em consonância com a Fundação Oswaldo Cruz (2012), entende-se como essencial o desenvolvimento de estudos que visem quantificar os benefícios sociais decorrentes da prestação de serviços dos hospitais sem fins lucrativos à sociedade, visto que os mesmos possuem isenções fiscais e alguns são financiados por meio de recursos públicos.

Neste mesmo sentido é importante esclarecer, considerando o custo dos hospitais sem fins lucrativos, para os cofres públicos, se o financiamento desta modalidade de propriedade hospitalar é vantajosa para a Administração Pública, quando comparada aos hospitais públicos. Os volumosos recursos financeiros destinados aos sem fins lucrativos não passam por rígida fiscalização, ao passo que os hospitais públicos têm a utilização dos recursos públicos fiscalizada pelos Tribunais de Contas.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 171f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina, 2001.
- ALCHIAN, A; DEMSETZ, H. Production, information costs, and economic organization. **American Economic Review**, vol. 62, n. 5, p. 777-795, 1972.
- ALDRICH, H. Resource dependence and interorganizational relations: local employment service offices and social services sector organizations. **Administration & Society**, 7(4), 419-454, 1976.
- ALLEMI, F.; SULLIVAN, T. An example of activity based costing of treatment programs. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 33, p.89-99, 2007.
- ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; SHOEPS, D.. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc: uma avaliação de sua trajetória. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, v. 1, p. 11-37, 2009.
- ALMEIDA, V. P. Avaliação de programas sociais: de mensuração de resultado para uma abordagem construtivista. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.1, n.2, p. 1-13, 2006.
- ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J.; WILLIAMS, T. A. **Estatística Aplicada à Administração e Economia**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Complementar. Média de permanência geral. **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2017.
- ARAÚJO, E. B. **Divulgação financeira de hospitais filantrópicos: uma análise de suficiência**, 229f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- ASSAF NETO, A.; LIMA, F. G. **Fundamentos de Administração Financeira**, 2ª edição. Atlas, 2017.
- AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 25, p. 64-71, 2001.
- BAER, W.; CAMPINO, A.; CAVALCANTI, T. Health in the development process: the case of Brazil. **The Quartely Review of Economics and Finance**, v. 41, n. 3, p. 405-425, 2001.
- BARNUM, H.; KUTZIN, J. **Public hospitals in developing countries: resource use, cost, financing**. Washington: The World Bank. 1993.
- BARTMAN, M.; TULIO, R.; KRAUSER, L. T. **Administração na Saúde e na Enfermagem**. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

- BEN B.; R., GUINET, A.; HAJRI-GABOUJ, S. An integer linear model for hospital bed planning. **International Journal of Production Economics**, 140(2), 833–843, 2012.
- BERNET, P. M.; ROSKO, M. D.; VALDMANIS, V. G. Hospital efficiency and debit. **Journal of Health Care Finance**, v. 34, n. 4, p. 66-88, Summer, 2008.
- BEZERRA, P. R. C. **A estatística na organização hospitalar**. 2002. 76f. Monografia (Graduação em Estatística) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2002.
- BITITCI, U. S.; CARRIE, A. S.; TURNER, T.; LUTZ, S. Integrated Performance Measurement Systems: Implementation Case Studies. In: U. S. Bititci; A. S. Carrie (Orgs.). **Strategic Management of the Manufacturing Value Chain**. Norwell (Estados Unidos): Kluwer Academic Publishers, 1998.
- BOAVENTURA, J. M. G. **Dominância de stakeholders em empresas brasileiras: contribuições à Teoria dos Stakeholders**. 117f. Tese (Livre docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012
- BOAVENTURA, J. M. G.; CARDOSO, F. R.; SILVA, E. S.; SILVA, R. S. Teoria dos stakeholders e Teoria da Firma: um estudo sobre a hierarquização das funções-objetivo em empresas brasileiras. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, v.11, n. 32, p.289-307, jul/set, 2009.
- BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **Revista de Administração de Empresas**, v. 49, n.4, pp.419-433, 2009.
- BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1055-1069, 2011.
- BORBA, G. S.; KILEMAN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, p.44-60, 2008.
- BORTOLUZZI, S. C.; ENSSLIN, S. R.; LYRIO, M. V. L.; ENSSLIN, L. Avaliação de desempenho econômico-financeiro: uma proposta de integração de indicadores contábeis tradicionais por meio da metodologia multicritério de apoio à decisão construtivista (MCAD-C). **Revista Alcance**, Itajaí, v. 18, n.2, p.200-218, 2011.
- BOURNE, M.; MILLS, J.; WILCOX, M.; NEELY, A.; PLATTS, K. Designing, Implementing and Updating Performance Measurement Systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 7, pp. 754-771, 2000.
- BOYCE, N. W. Potential pitfalls of healthcare performance indicators. **The Medical Journal of Australia**, v. 177, n.5, p. 219-230, 2002.
- BRAND, C. A.; BARKER, A. L.; MORELLO, R. T.; VITALE, M. R.; EVANS, S. M.; SCOTT, I. A.; STOELWINDER, J. U.; CAMERON, P. A. A review of hospital characteristics associated with improved performance. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 5: pp. 483–494, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 248p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/publicacao/index.html>> Acesso em: 17 mai. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção para entender a gestão do SUS). Disponível em : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.2.pdf> Acesso em: 12 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, 1977.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 nov. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112101.htm>. Acesso em: 30 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 maio 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 30 jan. 2017.

CALVE, A. **Um estudo de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo**. 90f.2011. Dissertação (mestrado em Administração) – FUCEPE (Fundação Instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças), Vitória, 2011.

CALVE, A.; NOSSA, V.; PAGLIARUSSI, M. S.; TEIXEIRA, A. J. C. Um estudo de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo. **Revista Universo Contábil**, v. 9, n.4, 2013.

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no sistema único de saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado do Mato Grosso em 1998**. 223f.2002. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, D. F.; MARQUES, I. C. P. Custeamento ABC numa organização hospitalar privada: um estudo comparativo do custo de cirurgias eletivas com os valores reembolsados pelos planos de saúde. **Anais**. XXXV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 15, n. 1, p. 187-194, 1999.

CARPINTÉRO, J. N. C. Custos na área da saúde: considerações teóricas. In: Congresso Brasileiro de Custos, 6, 1999. São Paulo, **Anais**, São Paulo, 1999.

CASTELAR, M. R.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes: Imprensa Calligrafy Print, 2003.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE**, v. 5, n. 2, 2006.

CHRISTENSEN, C.M; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. **Inovação na Gestão da Saúde - A receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre: Bookman; 2009.

CLARKSON, M. B. E. A *stakeholders* framework for analysing and evaluating corporate social performance. **Academy of Management Review**, v. 20, n.1, p.92-117, 1995.

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. **Dívidas ameaçam funcionamento de Santas Casas e hospitais filantrópicos**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/1349-dividas-ameacam-funcionamento-de-santas-casas-e-hospitais-filantropicos>. Acesso em: 05 mar. 2017.

COASE, R. H. The nature of the firm, **Economica**, v.4, n. 16, p. 386-405, 1937.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em Administração**. Tradução de Luciana de Oliveira Rocha. 7a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 319-28, 2001.

CORREA, H. L.; HOURNEAUX JR., F. Sistemas de Mensuração e Avaliação de Desempenho Organizacional: Estudo de Casos no Setor Químico no Brasil. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 19, n. 48, pp. 50-64, 2008.

CORREIA, L. F. **Um índice de governança para empresas no Brasil**. 269f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos**. 2011. 237f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2011.

CUNHA, J. A. C.; CORREA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE.**, São Paulo, v. 53, n. 5, Oct. 2013.

DAMÉ, P. K. V.; PEDROSO, M. R. O.; MARINHO, C. L.; GONÇALVES, V. M.; DUNCAN, B. B.; FISHER, P. D.; ROMERO, A. L. C.; CASTRO, T. G. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em crianças do Rio Grande do Sul, Brasil: cobertura, estado nutricional e confiabilidade dos dados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2155-2165, 2011

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONALDSON, T.; PRESTON, L. E. The *stakeholders* theory of the corporation: concepts, evidence and implications. **Academy of Management Review**. New York, v. 20, n. 1, p.65-91, 1995.

ECCLES, R. G. The Performance Measurement Manifesto. **Harvard Business Review**, Boston, v. 69, n. 1, pp. 131-137, 1991.

ERDMANN, R. H.; MOREIRA, F. K. A gestão de organizações de saúde: do diagnóstico à melhoria da gestão. In. XXXIV Encontro da ANPAD, 2010, Rio de Janeiro - RJ. **Anais**, 2010.

EVAN W. E.; FREEMAN R.E. A *Stakeholders* Theory of the Modern Corporation: Kantian Capitalism. In BEAUCHAMP, T. L.; BOWIE, N. E. (eds.), **Ethical Theory and Business**, Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall, 1988.

FAMA, E., JENSEN, M. Separation of ownership and control. **Journal of Law and Economics**, n. 26, p. 301–325, 1983.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n.59, p.97-109, 2005.

FARIA, J. A.; AZEVEDO, T. C.; OLIVEIRA, M. S. A utilização da contabilidade como ferramenta de apoio à gestão nas micro e pequenas empresas do ramo de comércio de material de construção de Feira de Santana/BA. **Revista de Micro e Pequena Empresa**, v. 6 n. 2, 89-106, 2012.

FASSIN, Y. *Stakeholders* management, reciprocity and *stakeholders* responsibility. **Journal of Business Ethics**, v. 109, n. 1, p. 83-96, 2012.

FÁVERO, L. P. L. Dados em painel em contabilidade e finanças: teoria e aplicação. **Brazilian Business Review**. v. 10, nº 1, p. 131-156. Vitória-ES, jan.-mar. 2013.

FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Análise de dados**: técnicas multivariadas exploratórias com SPSS e Stata. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FERREIRA-DA-SILVA, A. Evolução do conceito de hospital. **Revista do Centro Hospital de Coimbra**, 32, 18-23, 2006.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; PARANHOS, R.; ROCHA, E. C.; SILVA JR, J. A.; MAIA, R. G. Análise de componentes principais para a construção de indicadores sociais. **Revista Brasileira de Biometria**. São Paulo, v. 31, n. 1, p.61-78, 2013.

FIGUEIREDO, P. F. L. P. C. **Avaliação de desempenho dos hospitais portugueses**: aplicação de métodos não-paramétricos. 113 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil) – Instituto Superior Técnico/Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2010.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p.1-13.

FORGIONE, D. A. Health care financial and quality measure: international call for a balanced scorecard approach. **Journal of Health Care Finance**, v. 24, n. 1, p.55-58, 1997.

FORNELL, C.; BOOKSTEIN, F. L. A comparative analysis of two Structural Equation Models: LISREL and PLS applied to market data. In **A second generation of multivariate analysis**: methods, vol. 1. New York: Praeger, 1982.

FRANCISCO, J. R. S. **Índice de governança corporativa**: criação de valor e desempenho nas cooperativas de crédito. 301f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, 2014.

- FREEMAN, R. E. **Strategic Management: A Stakeholders Approach**. Boston: Pitman, 1984.
- FREEMAN, R. E.; EVAN. W. Corporate governance: a *stakeholders* interpretation. **Journal of Behavioral Economics**, 19 (4): 337, 59, 1990.
- FREEMAN, R. E.; GILBERT, D. R. Managing *stakeholders* relationships. In SETHI, S. P.; FALBE, G. M. (eds.), **Business and Society: Dimensions of Conflict and Cooperation**. Lexington, MA: Lexington Books, 1987.
- FREEMAN, R. E.; HARRISON, J. S.; WICKS, A. C. Managing for *Stakeholders: Business in the 21st Century*. **Managing for Stakeholders: Survival, Reputation, and Success**. New Haven: Yale University Press, 2007.
- FREEMAN, R. E.; WICKS, A. C.; PARMAR, B. *Stakeholders* Theory and “The Corporate Objective Revisited”. **Organization Science**, v. 15, n. 3, p. 364-369, 2004
- FRIEDMAN, A. L.; MILES, S. **Stakeholders: Theory and Practice**. Oxford and New York: Oxford University Press, 2006.
- FROOMAN, J. *Stakeholders* influence strategies. **Academy of Management Review**. 24 (2): 191-205, 1999.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- GARCÍA, C. M.; PARDO, I. V. Strategies and performance in hospitals. **Health Policy**, v. 67, p. 1-13, 2004.
- GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIMENES, E. R.; LEONARDO, V. S. Transparência na prestação de contas por entidades do Terceiro Setor: obrigação fiscal e social. **Anais...XII Convenção de Contabilidade do Rio Grande do Sul**. Bento Gonçalves, Setembro, 2009.
- GLAESER, E. L.; SHLEIFER, A. Not-For-Profit Entrepreneurs. **Journal of Public Economics**, v.81, p.99-115, 2001.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. London: Sage Publications, 1989.
- GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. 144 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria, Belo Horizonte, 2011.
- GUERRA, M. **Modelo de alocação de recursos do Sistema Único de Saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade**. 150f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2013.

GUERRA, M. SOUZA, A. A. Análise de desempenho de hospitais: um estudo de 26 organizações por meio da Análise Envoltória de Dados. In: II Congresso Nacional de Administração e Ciências Contábeis. **Anais**. Rio de Janeiro, 2011.

GUERRA, M.; GONÇALVES, A. O. Model of allocating public financial resources to Brazilian Hospital Organizations that provide highly complex health care services. **Open Medicine Journal**, v. 1, sup.1: M2, p78-89, 2014.

GUERRA, M.; SOUZA, A. A.; MOREIRA, D. R. Performance analysis: a study using data envelopment analysis in 26 Brazilian hospitals. **Journal of Health Care Finance**, v. 38, n. 4, p. 19-35, 2012.

HAENLEIN, M.; KAPLAN, A. M.. A Beginner's Guide to Partial Least Squares Analysis. **Understanding Statistics**, 3 (4), 283–297, 2004.

HAIR JR., J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J. **Análise Multivariada de Dados**. Tradução de Adonai Schlup Sant'Anna. 6a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HANSMANN, H. D. P.; KESSLER ; MCCLELLAN, M. B. **Ownership Form and Trapped Capital in the Hospital Industry**. Yale Law and Economics research paper No. 266., 2002.

HAYES, R. H.; GARVIN, D. A. Managing as if Tomorrow Mattered. **Harvard Business Review**, v. 60, n. 3, pp. 70-79, 1982.

HENSELER, J.; RINGLE, C. M.; SINKOVICS, R. R. The Use of Partial Least Squares Path Modeling in International Marketing. In **New Challenges to International Marketing: Advances in International Marketing**, vol. 20, SINKOVICS, R. R.; GHOURI, P. N., eds., Bingley, UK: Emerald Group, 277–319, 2009.

HUERTA, T. R.; FORD, E. W.; PETERSON, L. T.; BRIGHAM, K. H. Testing the Hospital Value Proposition: An Empirical Analysis of Efficiency and Quality. **Health Care Management Review**, v. 33, n. 4, pp. 341-349, 2008.

ITTNER, C. D.; LARCKER, D. F. Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction. **Journal of Accounting Research**, v. 36, p. 1-35, 1998.

IUDÍCIBUS, S. **Análise de Balanços**, 11ª edição. Atlas, 2017.

JENSEN, M. C. Self-interests, altruism, incentives, and agency theory. **Journal of Applied Corporate Finance**, New York, v. 7, n. 2, p. 40-45, 1994.

JENSEN, M. Value maximization, *stakeholder* theory, and the corporate function. **Journal of Applied Corporate Finance**, New York, v.14, n.3, 2001.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Cost and Ownership Structure. **Journal of Financial Economics**, 3, 305–360, 1976.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W.H. Specific and general knowledge, and organizational structure. **Journal of Applied Corporate Finance**, New York, v. 8, p. 4-18, 1995.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. **Harvard Business Review**, Boston, v. 70, n. 1/2, p. 71-79, 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D.A. **Alignment**. Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Boston (Estados Unidos): Harvard Business School Press, 2006.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D.P. **The execution premium**. Linking strategy to operations for competitive advantage. Boston: Harvard Business School Press, 2008.

KEELEY, M. A Social-Justice Approach to Organizational Evaluation. **Administrative Science Quarterly**, v. 23, n. 2, pp. 272-292, 1978.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual**. Tradução de Helena Mendes Rotundo. São Paulo: EDU - Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1910. 378 p.

KOONTZ, H.; O'DONNELL, C. **Essentials of Administration**. New York (United States): McGraw-Hill, 1974.

KRISHNAKUMAR, J.; NAGAR, A. L. On exact statistical properties of multidimensional indices based on principal components, factor analysis, MIMIC and structural equation models. **Social Indicators Research**, vol. 86, n. 3, p. 481-496, 2008.

KUBRUSLY, L. S.. Um Procedimento para calculary índices a partir de uma base de dados multivariados. **Pesquisa Operacional**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 107-117, Jun. 2001.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAVIERI, C. A.; CUNHA, J. A. C. A Utilização da Avaliação de Desempenho Organizacional em Franquias. *In: XXXIII EnANPAD (Encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração)*, 33, 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LEAL, E. A.; FAMA, R. Governança nas Organizações do Terceiro Setor: um estudo de caso. *In: X SemeAd - Seminários em Administração FEA/USP*, 2007, São Paulo-SP. **Anais...** São Paulo: SemeAd, 2007.

LEBAS, M. J. Performance Measurement and Performance Management. **International Journal of Production Economics**, v. 41, n. 1, p. 23-35, 1995.

LENZ, R.; KUHN, K. A. Towards a continuous evolution and adaptation of information systems in healthcare. **International Journal of Medical Informatics**, v. 73, p. 75-89, 2004.

LEVINE, D. M.; BERENSON, M. L.; STEPHAN, D.. **Estatística: teoria e aplicações usando Microsoft Excel em português**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

LIMA NETO, L. Análise da situação econômico-financeira de hospitais. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n.3, p. 270-277, 2011.

LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; VASCONCELLOS, M. M.; GERCHIMAN, S. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n.5, p. 1249-1261, 2004.

LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; UGA, M. A. D.; BARBOSA, P. R.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. M. Hospitais Filantrópicos e a Operação de Planos de Saúde Próprios no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, pp. 116-123, 2007.

LIMA-GONÇALVES, E; ACHÉ, C. A. O Hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE**, v.39, n. 1, p. 84-97, 1999.

LORDEN, A.; COUSTASSE, A.; SINGH, K. P. The balanced Scorecard framework: a case study for patient and employee satisfaction: what happens when it does not work as planned? **Health Care Management Review**, v. 33, n. 2, p. 145-155, 2008.

MACHADO, F.; SIMÕES, A. Análise custo-efetividade e índice de qualidade da refeição aplicados à estratégia global da OMS. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n.1, p.64-72, 2008.

MALAGÓN-LONDOÑO; G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração hospitalar**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003. 488p.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisas de marketing: uma orientação aplicada**. Tradução de Laura Bocco. 4a. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006

MARINHO, A. Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de *rankings*. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 6, p. 145-158, 1998.

MARINHO, A. **Hospitais Universitários: Indicadores de Utilização e Análise de Eficiência**. Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 833, 2001.

MARINHO, A., MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto para Discussão n. 848, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2001.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Hospitais universitários: avaliação comparativa da eficiência técnica. **Economia Aplicada**, v. 4, n. 2, p. 316-49, 2000.

MARTINDELL, J. **The Scientific Appraisal of Management**. A Study of the Business Practices of the Well Managed Companies. New York (Estados Unidos): Harper, 1950.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007. 225 p.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores de serviços privados e o SUS. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 629-644, 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing: Metodologia e Planejamento**. São Paulo: Atlas, 1996.

MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 3, p. 14-21, 1998.

MEINDL, J. R.; EHRLICH, S. B. The Romance of Leadership and the Evaluation of Organizational Performance. **Academy of Management Journal**, v. 30, n. 1, pp. 91-109, 1987.

MENDONÇA, L. R.; MACHADO FILHO, C. A.. Governança corporativa nas Organizações do Terceiro setor: considerações teóricas. **RAUSP**, V.39, N.4, P. 302- 308, out-dez, 2004.

MEYER, M. W.; GUPTA, V. The Performance Paradox. *In*: B. W. Staw; L. Cummings (Orgs.). **Research in Organizational Behavior**. Greenwich (Estados Unidos): JAI Press, 1994.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINOJA, M. *Stakeholders* management theory, firm strategy, and ambidexterity. **Journal of Business Ethics**, 109(1), 67-82, 2012.

MISORELLI, C. L. **Governança corporativa nas organizações sem fins lucrativos**. 2003. 77 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Universidade de São Paulo – FEA-USP, São Paulo, 2003.

MITCHELL, R. K.; AGLE, B. R.; WOOD, D. J. Toward a theory of *stakeholders* identification and salience: defining the principle of who and what really counts. **Academy of Management Review**, v. 22, n.4, p. 853-886, 1997.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde**: da prática fragmentada ao exercício de cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORAES, I. H. S. Sala de Situação em Saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado? *In*: Organização Pan-Americana da Saúde. **Sala de situação em saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde, 2010. p. 21-38.

NAGAR, A. L.; BASU, S. R. Weighting socio-economic indicators of human development: a latent variable approach. *In*: ULLAH et al. (org.). **Handbook of applied econometrics and statistical inference**. New York: Marcel Dekker, 2002. Cap. 29.

NEELY, A. The Evolution of Performance Measurement Research. Development from the Last Decade and a Research Agenda for the Next. **International journal of Operations & Production Management**, v. 25, n. 12, pp. 1264-1277, 2005.

NEELY, A.; MILLS, J.; PLATTS, K.; RICHARDS, H.; GREGORY, M.; BOURNE, M. Performance Measurement System Design: Developing and Testing a Process-Based Approach. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 10, pp. 1119-1145, 2000.

OHLSON, J. A. Earnings, Book Values, and Dividends in Equity Valuation. *Contemporary Accounting Research*, v. 11, p. 661-687, 1995.

OLIVEIRA, C. **O hospital do futuro no Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://ciahospitar.com.br>>. Acesso em: 17 mai. 2014.

PADOVEZE, C. L. **Contabilidade gerencial: um enfoque em sistema de informação contábil**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *Lancet*, p. 11-31, 2011.

PEDROSO, M. M.; CALMON, P. C. D. P.; BANDEIRA, L. F.; LUCENA, R. A. V. Eficiência relativa da política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. *Revista de Administração Contemporânea*. v.16, n.2, p. 237-252, 2012.

PEKCAN, Y. A.; ATAN, M.; BEYLIK, U. Evaluation and analysis on profitability – Efficiency in hospitals affiliated with the ministry of health. *Scientific Research and Essays*, v. 6 n. 28, p. 5837-5845, 2011.

PERERA, S.; HARRISON, G.; POOLE, M. Customer-focused manufacturing strategy and the use of operations-based nonfinancial performance measures: a research note. *Accounting, Organizations and Society*, v. 22, n. 6, p. 557-572, 1997.

PFEFFER, J. Size, composition and function of hospital boards of directors: a study of organization environment linkage. *Administrative Science Quarterly*, 18(3), 349-364, 1973.

PINK, G. H.; MCKILLOP, I.; SCHRAA, E. G.; PREYRA, C.; MONTGOMERY, C.; BAKER, G. R. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. *Journal of Health Care Finance*, v. 27, n. 3, pp. 1-20, 2001.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M.; SÁ, B. B.; PAIVA, A. B. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro. *Revista Análise Econômica*. Porto Alegre. Edição especial, ano 30, p.9-33, set, 2012.

POWER, M. **The Audit Society**. Rituals of Verification. Oxford: Oxford University Press, 1997.

PROCHNICK, V.; FONSECA, A. C. **Balanced Scorecard no setor da saúde**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2006.

PROITE, A.; SOUSA, M. C. S. Eficiência técnica, economia de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, João Pessoa. *Anais...*João Pessoa: ANPEC, 2004.

RAIMUNDINI, S. L. **Aplicabilidade do sistema ABC e análise de custos: estudo de caso em hospitais públicos**. 2003. 200 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P.; KISHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O; COUTTOLENC, B. F.. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 49:43, 2015.

- RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M. **Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.
- REZENDE, A. J.; FACURE, C. E. F.; DALMACIO, F. Z. Práticas de Governança Corporativa em Organizações Sem Fins Lucrativos. In: Congresso USP Controladoria e Contabilidade, 9., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: 2009.
- RIDGWAY, V. F. Dysfunctional Consequences of Performance Measurements. **Administrative Science Quarterly**, v. 1, n. 2, pp. 240-247, 1956.
- ROGERS, E. W.; WRIGHT, P. M. **Measuring organizational performance in strategic human resource management: looking beyond the Lamppost**. Ithaca, NY: Cornell University, 1998.
- ROSSETTI, J. P.; ANDRADE, A. **Governança corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências**. 6a ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho como instrumento gerencial**. 143 f. Tese (Doutorado em Prática de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, 2004.
- SAITO, R.; SILVEIRA, A. M. Governança corporativa: custos de agência e estrutura de propriedade. **RAE-Clássicos**, abr/jun, 2008.
- SALANCIK, G. R.; PFEFFER, J. The bases and use of power in organizational decision making: the case of a university. **Administrative Science Quarterly**, 19(4), 453-473, 1974.
- SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.
- SAQUETTO, T. C.; CARNEIRO, T. C. J.; ARAÚJO, C. A. S.; FIGUEIREDO, K. F. Eficiência técnica e inovatividade: um estudo em hospitais privados brasileiros. In: XVI Congresso Latino-Iberoamericano de Gestión Tecnológica, 16, 2013, Porto, **Anais...**Porto: ALTEC, 2013.
- SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n.18, jan/mar. 2003.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial aos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.935-944, 2007.
- SCHUMANN, T. M. Hospital financial performance: trends to watch. **Healthcare Financial Management**. v. 62, n. 7, 2008.
- SHAPIRO, S. P. Agency teory. **Annual Review of Sociology**, v. 31, pp. 263-284, 2005.
- SHARPE, N. R.; DE VEAUX, R. D.; VELLEMAN, F. **Estatística Aplicada: Administração, Economia e Negócios**. São Paulo: Bookman, 2011.
- SHIMAKURA, S. E. **Coefficiente de determinação**. 2006. Disponível em: <http://leg.ufpr.br/~silvia/>. Acesso em: 02 de junho de 2017

SILVA, A. A. **Estrutura, Análise e Interpretação das Demonstrações Contábeis**, 4ª edição. Atlas, 2014.

SILVA, A. A. **Estrutura, análise e interpretação das demonstrações contábeis**, São Paulo: Atlas, 2007.

SILVA, F. F. **Análise do desempenho econômico-financeiro de seguradoras**. 205f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte/MG, 2008.

SILVA, K. S. B.; BEZERRA, A. F. B.; SOUZA, I. M.; GONÇALVES, R. F. Conhecimento e uso do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 26(2), 373-382, 2010.

SILVA, M. A. Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia. **Jus Navigandi**, Teresina, v. 9, n. 592, 20 fev. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>>. Acesso em: 20 mai. 2014

SILVA, M. C.; SILVA, J. D. G.; BORGES, E. F. Análise de componentes principais para elaborar índices de desempenho no setor público. **Revista Brasileira de Biometria**. São Paulo, v.33, n.3, p. 291-309, 2015.

SILVA, M. D. O. P.; BARRETO, I. G; SOUSA, M. V.; LUCENA, W. G. L. Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard. In: CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3., 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Congresso USP de Iniciação Científica, 2006. 1 CD-ROM

SILVA, M. Z.; BORGET, A.; SCHULTZ, C. A. Sistematização de um método de custeio híbrido para o custeamento de procedimentos médicos: uma aplicação conjunta das metodologias ABC e UEP. **Revista de Ciências de Administração**, v. 11, n. 23, p. 217-244, 2009.

SILVEIRA, A. M.; YOSHINAGA, C. E.; BORBA, P. F. Crítica à teoria dos stakeholders como função-objetivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.12, n.1, pp.33-42, 2005.

SINCLAIR, D.; ZAIRI, M. Performance Measurement: A Critical Analysis of the Literature with Respect to Total Quality Management. **International Journal of Management Review**, v. 2, n. 2, pp. 145-168, 2000.

SMET, M. Cost characteristics of hospitals. **Social Science and Medicine**, v. 55, p. 895-906, 2002.

SMITH, C. Option pricing: a review. **Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 1/2, p. 3-52, 1976.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; AMORIN, T. L.; LARA, C. O.; RAIMUNDINI, S. L. Modelagem das atividades em centro cirúrgico de hospitais para o desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar. **ABCustos**, v. 4, n. 3, p. 1-32, 2009b.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L. R. Controle de gestão em organizações hospitalares. In: Congresso de Contabilidade e Auditoria – ISCA, 12., 2008, Portugal. **Anais...** Portugal: Congresso de Contabilidade e Auditoria, 2008. 1 CD-ROM.

SOUZA, A. A.; LARA, C. O.; NEVES, A. P. T. P.; Indicadores de desempenho para hospitais: análise a partir dos dados divulgados para o público em geral. In: X Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 2010, São Paulo. **Anais...** São Paulo: X Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, n. X, p. 15, 26 jul. 2010.

SOUZA, A. A.; RAIMUNDINI, S. L.; SOUZA, N. C.; SILVA, F. F.; VALVERDE, E. T.; ACHTSCHIN, G. G. Modelagem do custeio baseado em atividades para farmácias hospitalares. **Revista de Informação Contábil**. v. 3, n.1, p.149-172, 2009a.

SOUZA, A. A.; RODRIGUES, L. T.; LARA, C. O.; GUERRA, M.; PEREIRA, C. M. Indicadores de desempenho econômico-financeiro para hospitais: um estudo teórico. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, jul/dez, 2009c.

SOUZA, R. C.; FREIRE, S. M.; ALMEIDA, R. T. Sistema de informação para integrar os dados da assistência oncológica ambulatorial do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1131-1140, 2010.

STÁVALE JR., P.. **A Análise Contábil-Financeira como Fator de Sobrevivência**. Sumaré, 17 de Fevereiro de 2003. Disponível em: <<http://portal.sumare.com.br/noticias/noticia.jsp?id=82>>. Acesso em: 06 mai. 2014.

SUNDARAM, A.; INKPEN, A. C. The corporate objective revisited. **Organization Science**, Pittsburg, v.15, n.3, p.350-364, 2004.

TAVARES, A. L.; SILVA, C. A. T. A análise financeira fundamentalista na previsão de melhores e piores alternativas de investimento. **Revista Universo Contábil**, Blumenau, v. 8, n. 1, p. 37-52, 2012.

THOMSON, R. G.; LALLY, J. Performance Management at the Crossroads in NHS: Don't Go Into the Red. **Quality in Health Care**, Londres, v. 9, pp. 201-202, 2000.

VARELA, P., MARTINS, G. Efficiency of primary health care spending by municipalities in the metropolitan region of São Paulo: a comparative analysis of DEA Models. **Review of Business**, New York, v. 32, n. 1, p.17-34, 2011.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde. **RAE**, São Paulo, v. 9, n. 1, art. 2, 2010.

VERDI, M.; COELHO, E. B. S. **Sistema único de saúde: um direito de todos e dever do Estado**. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIEIRI, M. F. M. Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais. Florianópolis, 2005.

WAAL, A. A. Behavioral Factors Important for the Successful Implementation and Use of Performance Management Systems. **Management Decision**, v. 41, n. 8, pp. 688-697, 2003.

WANG, B. B.; WAN, T. T. H.; FALK, J. A.; GOODWIN, D. Management Strategies and Financial Performance in Rural and Urban Hospitals. **Journal of Medical Systems**, v. 25, n. 4, 2001.

WATKINS, A. L. Hospital financial ratio classification patterns revised: upon considering nonfinancial information. **Journal of Accounting and Public Policy**, v.19, p.73-95, 2000.

WEISSBROD, B. **The Non Profit Economy**. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1998.

WOOD, D. J. **Business and Society**. Harper Collins, Pittsburgh, 1990.

YOKOMIZO, C. A.; CUNHA, J. A. C.; CORREA, H. L. Mapping Literature to Find Approaches for Evaluating Organizational Performance: The First Step Toward Innovative Concepts and Practices. *In*: 5th Conference on Performance Measurement and Management Control, 5, 2009, Nice (France). **Anais...** Brussels (Belgium): EIASM (The European Institute for Advanced Studies in Management), 2009.

YOUNIS, M. Z.; YOUNIES, H. Z.; OKOJIE, F. Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study. **La Revue de Santé de la Méditerranée orientale**, v. 12, n. 5, 2006.

ZELLER, T. L.; STANKO, B. B.; CLEVERLEY, W. O. A Revised Classification Pattern of Hospital Financial Ratios. **Journal of Accounting and Public Policy**, v. 15, p. 161-182, 1996.

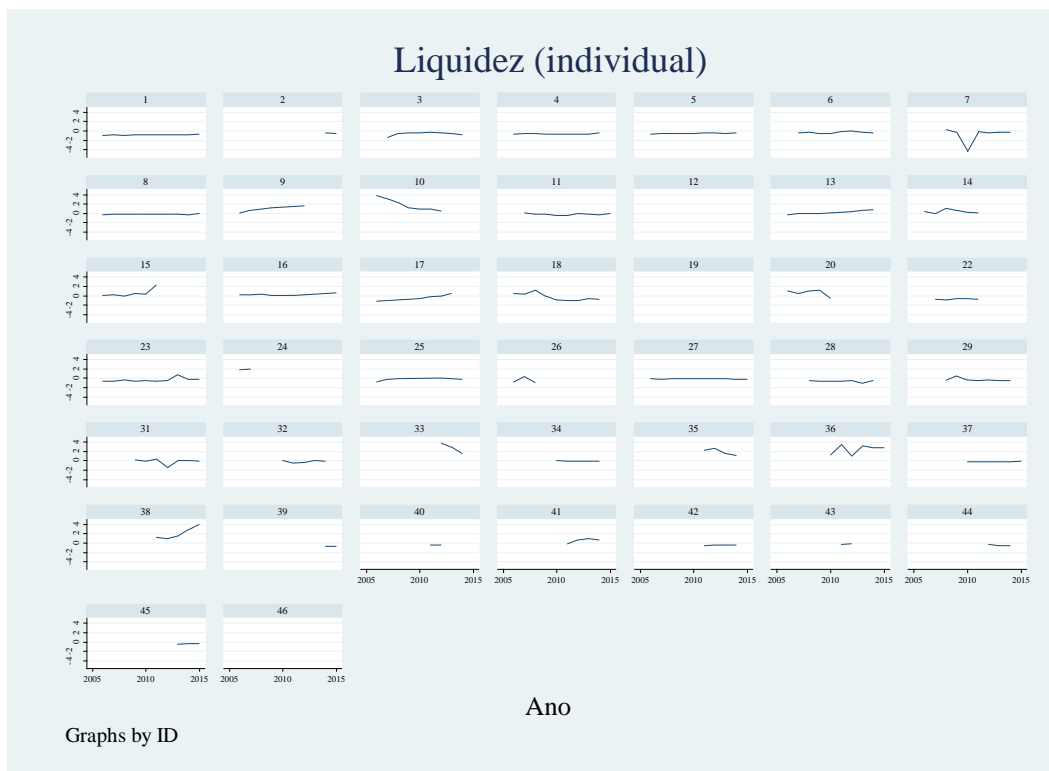
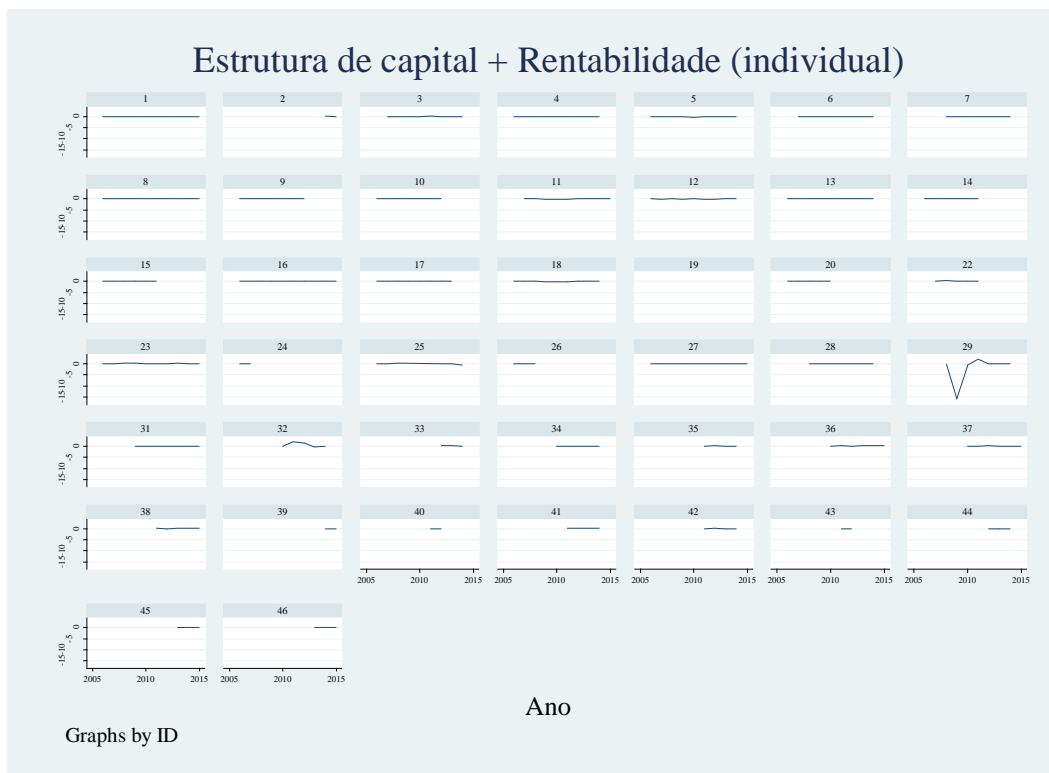
ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A – Demonstrações financeiras dos hospitais integrantes da amostra

CNES	UF	HOSPITAL	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2007037	AL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2010151	AL	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
2018098	AM	HOSPITAL PORTUGUES	N	S	S	S	S	S	N	N	N	N
0003808	BA	MONTE TABOR CENTRO ITALO BRASILEIRO DE PROM SANITARIA	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S
2651394	CE	IRMANDADE BEN DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N
0011746	ES	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N
0011738	ES	AFECC ASSOCIACAO FEMININA EDUCACAO COMBATE CANCER	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2456958	MA	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO MARANHAO	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N
2165058	MG	ASSOCIACAO DE COMBATE AO CANCER DO BRASIL CENTRAL	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N
0026808	MG	ASSOCIACAO EVANGELICA BENEFICENTE DE MINAS GERAIS	S	S	S	S	S	N	S	S	S	N
2219638	MG	FUNDACAO HOSPITALAR DE MONTES CLAROS	S	S	S	S	N	N	N	S	S	S
2695375	MG	ASSOCIACAO BENEFICENTE PAULO DE TARSO	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S
2148293	MG	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N
0009733	MS	ASSOC DE AUX E RECUP DOS HANSENIANOS	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S
2371375	MS	ASSOCIACAO BENEFICENTE DOURADENSE	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S
2756951	MS	SOCIEDADE BENEFICENTE DO HOSPITAL N S AUXILIADORA	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N
2397684	MT	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOAO BATISTA	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S
2592746	PB	FUNDACAO GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO COUTINHO	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S
2354551	PE	ASSOC DE PROT A MATERNIDADE E A INFANCIA DE SURUBIM	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S
2344882	PE	HOSPITAL DO TRICENTENARIO	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N
0015644	PR	LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CANCER	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2409151	RN	INSTITUTO DE PROTECAO E ASSISTENCIA A INFANCIA DO RN	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S
2232928	RS	HOSPITAL DE CARIDADE DE CANGUÇU	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S
2241072	RS	SOCIEDADE HOSPITALAR SAO JOSE	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N

3006522	RS	ASSOCIACAO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2558017	SC	HOSPITAL DE CARIDADE S B J DOS PASSOS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2537788	SC	ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS FERREIRA	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N
2379333	SC	ASS DE CARIDADE S VICENTE DE PAULO	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S
2662914	SC	ASSOC BENEFICENTE SEARA DO BEM	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S
2754843	SP	ASSOCIAÇÃO SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA DO GUARUJÁ	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2078252	SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BIRIGUI	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2083116	SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MARILIA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2791749	SP	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PEDERNEIRAS	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
2081350	SP	SOCIEDADE DE BENEFICENCIA DE PIRAJUI	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2080532	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PRESIDENTE PRUDENTE	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2080796	SP	ASSOCIACAO DE BENEFICENCIA E FILANTROPIA SAO CRISTOVAO	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N
2077531	SP	FUNDACAO ANTONIO PRUDENTE	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
2058391	SP	SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRAS HOSP ALBERT EINSTEIN	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2077477	SP	ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE SANTA MARCELINA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2080575	SP	REAL E BENEMERITA ASSOCIACAO PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
2079461	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO FRANCISCO BURITAMA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N
2079135	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N
2081105	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALPARAISO	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N
2082624	SP	HOSPITAL SANTA CRUZ	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N
2751623	SP	HOSPITAL FRANCISCO ROSAS	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
2089572	SP	ASSOCIACAO CRUZ VERDE	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2747871	SP	HOSPITAL MARIO COVAS JUNIOR	S	S	S	N	N	N	N	S	S	S	S
2079097	SP	ASSOCIACAO BENEF SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAPAO BONITO	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N
2027186	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S
2082853	SP	SANTA CASA DE MISERICORDIA ASILO DOS POBRES DE BATATAIS	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S

APÊNDICE B – Gráficos de variação individual dos dados



Rotatividade (individual)



Graphs by ID

Ano

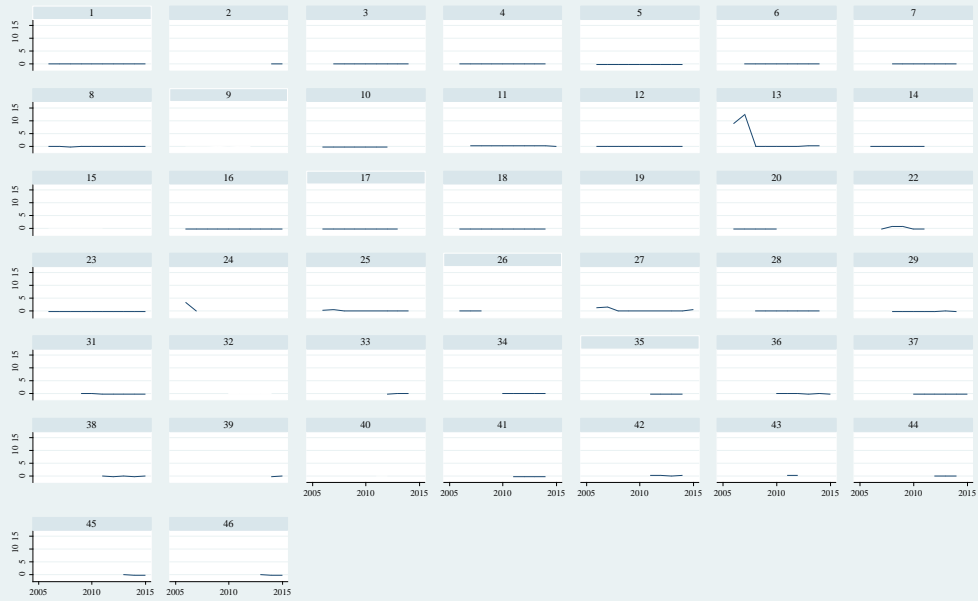
Eficiência do ativo (individual)



Graphs by ID

Ano

Permanência+Mortalidade



Ano

Graphs by ID

Eficiência Operacional



Ano

Graphs by ID

ANEXO A – Pedido de Informação no e-SIC

Dados do Pedido

Protocolo	25820005564201681
Solicitante	Déborah Mara Siade Barbosa
Data de Abertura	08/12/2016 01:31
Orgão Superior Destinatário	MS – Ministério da Saúde
Orgão Vinculado Destinatário	
Prazo de Atendimento	28/12/2016
Situação	Respondido
Status da Situação	Informação Inexistente
Forma de Recebimento da Resposta	Pelo sistema (com avisos por email)
Resumo	Demonstrações contábeis fornecidas por hospitais filantrópicos para a concessão e/ou renovação da CEBAS
Detalhamento	<p>Conforme exige a Lei nº 12.101/2009 para que as organizações obtenham e/ou renovem suas Certificações das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS-SAÚDE), precisam apresentar suas demonstrações contábeis para o Ministério da Saúde, quais sejam: Balanço Patrimonial, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, Demonstração dos Fluxos de Caixa, Demonstração dos Resultados do Exercício, bem como as notas explicativas.</p> <p>Diante disso, solicito acesso às referidas demonstrações contábeis, nos anos de 2009 a 2016, de todos os hospitais que possuem a certificação CEBAS -SAÚDE vigente e regular. Gostaria que as informações estivessem em formato EXCEL e constassem a razão social e o nº do CNES dos respectivos hospitais.</p> <p>Grata.</p>

Dados da Resposta

Data de Resposta	20/12/2016 19:12
Tipo de Resposta	Informação Inexistente
Classificação do Tipo de Resposta	

Resposta

SRA. DEBORAH, EM ATENÇÃO À SUA SOLICITAÇÃO, NA QUAL REQUER O ACESSO ÀS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS, REFERENTES AOS ANOS DE 2009 A 2016, DE TODOS OS HOSPITAIS QUE POSSUEM A CERTIFICAÇÃO CEBAS -SAÚDE VIGENTE E REGULAR NO FORMATO EXCEL, CONSTANDO A RAZÃO SOCIAL E O Nº DO CNES DOS RESPECTIVOS HOSPITAIS INFORMAMOS QUE, 97% DAS ENTIDADES NÃO SÃO OBRIGADAS A APRESENTAR OS SEUS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS PARA CONCESSÃO/RENOVAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO DE ENTIDADES BENEFICENTES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CEBAS (MODALIDADE: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NO PERCENTUAL MÍNIMO DE 60% AO SUS). INFORMAMOS AINDA, QUE OS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS NÃO SE ENCONTRAM NO BANCO DE DADOS DO SISCEBAS/MS E TAMPOUCO EM PLANILHAS. ESSES DEMONSTRATIVOS SE ENCONTRAM EM PROCESSOS FÍSICOS, DOS QUAIS MUITOS JÁ SE ENCONTRAM NO ARQUIVO/SEDE, OU SEJA, FORA DO ARQUIVO CORRENTE DESTA DEPARTAMENTO. POR FIM, EM OBSERVAÇÃO AO ART. 13 DECRETO Nº 7724/2012 INFORMAMOS QUE NÃO SERÃO ATENDIDOS PEDIDOS, GENÉRICOS, DESPROPORCIONAIS OU DESARRAZOADOS DE INFORMAÇÃO OU, AINDA, QUE EXIJAM TRABALHOS ADICIONAIS DE ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO OU CONSOLIDAÇÃO DE DADOS E INFORMAÇÕES OU SERVIÇO DE PRODUÇÃO DE TRATAMENTO DE DADOS QUE NÃO SEJA DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO OU ENTIDADE.

ACESSO NEGADO.

INFORMAÇÃO INEXISTENTE NO BANCO DE DADOS (SISCEBAS)

COORDENAÇÃO GERAL DE ANÁLISES E GESTÃO DE PROCESSOS E SISTEMAS - CGAGPS/DCEBAS/SAS/MS

Responsável pela Resposta

COORDENAÇÃO GERAL DE ANÁLISES E GESTÃO DE PROCESSOS E SISTEMAS - CGAGPS/DCEBAS

Destinatário do Recurso de Primeira Instância:

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Prazo Limite para Recurso

02/01/2017

Classificação do Pedido

Categoria do Pedido	Saúde
Subcategoria do Pedido	Participação e controle social em saúde
Número de Perguntas	1

Histórico do Pedido

Data do evento	Descrição do evento	Responsável
08/12/2016 01:31	Pedido Registrado para o Órgão MS – Ministério da Saúde	SOLICITANTE
20/12/2016 19:12	Pedido Respondido	MS – Ministério da Saúde