

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**GESTÃO DOS *STAKEHOLDERS* EM HOSPITAIS RELIGIOSOS
BRASILEIROS**

Tese de Doutoramento em Gestão

FÁBIO AUGUSTO MARTINS

Prof^a. Doutora Amélia Cristina Ferreira da Silva

Prof. Doutor Carlos Machado dos Santos



VILA REAL, 2016

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

**GESTÃO DOS *STAKEHOLDERS* EM HOSPITAIS RELIGIOSOS
BRASILEIROS**

Tese de Doutoramento em Gestão

Fábio Augusto Martins

Orientação:

Prof^a. Doutora Amélia Cristina Ferreira da Silva

Prof. Doutor Carlos Machado dos Santos

Composição do Juri:

Doutor Carlos Duarte Coelho Peixeira Marques

Doutora Anabela Martins da Silva

Doutora Ana Paula Rodrigues

Doutora Carmem Teresa Pereira Leal

Doutora Amélia Cristina Ferreira da Silva

Doutora Maria Teresa Ribeiro Candeias

VILA REAL, 2016

FÁBIO AUGUSTO MARTINS

Tese apresentada à Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, como requisito parcial para obtenção de grau de Doutor em Gestão.

À minha mãe Geralda,
ao meu pai Gustavo
e à querida Thaíssa.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela oportunidade desta realização. A Jesus, por iluminar o meu caminho. Aos meus pais pela educação que me deram. Aos meus irmãos, que me insentivaram e acreditaram no meu potencial. Em especial, pelas orientações e paciência com as minhas limitações, à Professora Doutora Amélia Cristina Ferreira da Silva e ao Professor Catedrático Doutor Carlos Machado dos Santos. Agradeço, também, ao Magnífico Reitor do Centro Universitário do Planalto de Araxá – Professor Válter Gomes – pelo apoio. E a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa, o meu reconhecimento.

RESUMO

O problema da sobrevivência das organizações é uma questão demasiado ampla e complexa para um só projeto de investigação. Mas, é também uma das questões fundamentais das ciências empresariais. Este trabalho procura dar um pequeno contributo para o esclarecimento dessa grande questão, focando-se no estudo de um problema mais restrito e concreto de um tipo muito específico de organizações: *o que determina a capacidade de obtenção de contribuições financeiras voluntárias (doações) dos hospitais religiosos, sem fins lucrativos?* Partindo do cruzamento das ideias que sustentam a Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência de Recursos, formulamos a hipótese geral de que *a capacidade de obtenção de doações dos hospitais religiosos sem fins lucrativos depende do modo de como a organização gere os interesses das várias partes interessadas*. O modelo de investigação foi desenhado em duas etapas. Uma primeira etapa, que é essencialmente descritiva e exploratória. Nesta primeira etapa, estudamos comparativamente a gestão dos *stakeholders* de dois hospitais religiosos no município de Araxá/MG (Brasil), conduzimos um estudo quantitativo que nos permitiu a identificação dos *stakeholders* dos hospitais a partir da percepção dos trabalhadores dos próprios hospitais, e um outro estudo quando procuramos captar a percepção dos profissionais de saúde sobre o poder, a legitimidade e a urgência dos *stakeholders*. Os resultados dessa primeira etapa foram integrados com o quadro teórico de referência que permitiram sustentar uma segunda etapa descritiva-explicativa. Esta etapa, que embora também tenha uma forte componente descritiva, tem como objetivo final desenvolver um modelo explicativo da capacidade de captação de doações dos hospitais filantrópicos. Os dados foram recolhidos no Brasil, maioritariamente em hospitais do município de Araxá/MG. Ao longo do processo de investigação foram combinados vários métodos de recolha e tratamento de dados. Da leitura e interpretação integrada dos resultados das diversas fases de investigação, resulta que o processo de gestão dos *stakeholders*, nos hospitais araxaenses, é ainda bastante intuitivo; os doadores são percebidos como *stakeholders*, com baixa importância relativa; aliás, bastante inferior ao Ministério da Saúde e ao SUS, que são os únicos *stakeholders* aos quais são reconhecidos os atributos: poder, legitimidade e urgência. Foram confirmadas as 6 hipóteses sobre os fatores que influenciam a capacidade de captação de doações. No entanto, e, apesar da divulgação voluntária de informação sobressair como uma evidência de pró-atividade da gestão dos *stakeholders*, não há evidências de que essa informação influencie a decisão dos doadores.

Palavras-chave: Gestão, *Stakeholders*, Dependência de Recursos, Hospitais Religiosos Benéficos, Divulgação Voluntária.

ABSTRACT

The problem of survival of organizations is too broad and complex issue for a single research project. But it is also one of the fundamental issues of business sciences. This paper attempts to make a small contribution to the clarification of this great question, focusing on the study of a smaller problem and concrete of a very specific type of organizations: what determines the ability to obtain voluntary contributions (donations) of hospitals nonprofit religious? Starting from the intersection of ideas that underpin the theory of stakeholders and the Theory of Resource Dependence, we formulated the general hypothesis that the ability to obtain grants from nonprofit religious hospitals depends on how so the organization manages the interests of the various parties interested. The research model was developed in two stages. A first step which is essentially descriptive and exploratory. In this first stage, we study compared the management of stakeholders of two religious hospitals in the city of Araxá / MG (Brazil), we conducted a quantitative study allowed us to identify the stakeholders of hospitals from the perception of workers' own hospitals, and another study where we try to capture the perception of health professionals about the power, legitimacy and urgency of stakeholders. The results of this first phase have been integrated with the theoretical framework that allowed sustain a second descriptive-explanatory step. This step, although it also has a strong descriptive component, has the ultimate objective of developing an explanatory model of the uptake capacity of donations from philanthropic hospitals. Data were collected in Brazil, mostly in hospitals in the city of Araxá/MG. Throughout the research process we have combined various methods of collecting and processing data. Reading and integrated interpretation of the results of the various stages of research, it follows that the process of management of stakeholders in araxaenses hospitals, is still quite intuitive, donors are perceived as stakeholders with low relative importance, which is much lower than the Ministry of Health and SUS, which are the only stakeholders to which the attributes are recognized: power, legitimacy and urgency. The six hypotheses about the factors that influence the ability to capture donations were confirmed. However, despite the voluntary disclosure of information protrude as evidence of proactive management of stakeholders, there is no evidence that this information influences the decision of donors.

Keywords: Management, Stakeholders, Resource Dependence, Hospitals Religious Beneficent, Voluntary Disclosure.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	XIII
LISTA DE TABELAS	XV
LISTA DE SIGLAS	XVII
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	1
1.1 – QUESTÃO DE PARTIDA	1
1.2 – OBJETIVOS DA PESQUISA	3
1.3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	4
1.4 – CONTRIBUTO DO ESTUDO	5
1.5 – ESTRUTURA DA TESE	6
CAPÍTULO II – ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL	9
2.1 – PARTICULARIDADES DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	9
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR BRASILEIRA	13
CAPÍTULO III – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DA LITERATURA	17
3.1 – REFERENCIAIS TEÓRICOS	17
3.2 – TEORIA DA DEPENDÊNCIA DE RECURSOS	18
3.3 – TEORIA DOS <i>STAKEHOLDERS</i>	26
3.4 – A IDENTIFICAÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i>	33
3.5 – PRESSUPOSTO TEÓRICOS ADOTADOS	36
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	39
4.1 – MODELO DE INVESTIGAÇÃO	39
4.2 – POSICIONAMENTO CIENTÍFICO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	41
4.3 – POPULAÇÃO EM ESTUDO	44
4.4 – INSTRUMENTOS DE MEDIDA	45
4.5 – APLICAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	49
CAPÍTULO V – PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO EMPÍRICO: DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA	51
5.1 – CONTEXTO	51
5.2 – FASE I: ESTUDO DE CASO COMPARATIVO	53
5.2.1 – Caracterização dos Casos	53
5.2.2 – Recolha de Dados	60
5.2.3 – Análise dos Resultados do Inquérito aos Trabalhadores	61
5.2.4 – Análise e Discussão dos Resultados Qualitativos	64
5.2.5 – Considerações Finais	70
5.3 – FASE II: IDENTIFICAÇÃO DOS <i>STAKEHOLDERS</i> DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS	73
5.3.1 – Objetivo	73
5.3.2 – Coleta de Dados	73
5.3.3 – Resultados	75
5.3.4 – Discussão dos Resultados	78
5.4 – FASE III: ANÁLISE DO PODER, DA LEGITIMIDADE E DA URGÊNCIA DOS <i>STAKEHOLDERS</i>	80
5.4.1 – Objetivo	80
5.4.2 – Coleta de Dados	80
5.4.3 – Resultados	81
5.4.4 – Discussão dos Resultados	87
CAPÍTULO VI – SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO EMPÍRICO: DESENVOLVIMENTO DO MODELO EXPLICATIVO DAS DOAÇÕES	89
6.1 – CONTEXTO	89

6.2 – FASE I: ANÁLISE FINANCEIRA DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM COMPARAÇÃO COM ÍNDICES-PADRÃO	92
6.2.1 – Índices-Padrão	93
6.3 – FASE II: DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMO INDICATIVO DE PRÓ-ATIVIDADE E GESTÃO ATIVA DOS <i>STAKEHOLDERS</i>	106
6.3.1 – Hipóteses de Investigação	108
6.3.2 – Métodos e Análise de Dados	111
6.4 – FASE III: A INFLUÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO INDIVIDUAL	143
6.4.1 – Hipóteses	144
6.4.2 – Análise dos Resultados.....	145
CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO	151
7.1 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
7.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	153
7.3 – CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO	154
7.4 – PROPOSTAS DE FUTURAS PESQUISAS	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
APÊNDICE	171
APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAXÁ	173
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NO HOSPITAL CASA DO CAMINHO DE ARAXÁ.....	175
APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA.....	177
APÊNDICE D – INQUÉRITO DE PESQUISA A FIM DE IDENTIFICAR OS <i>STAKEHOLDERS</i> MAIS RELEVANTES.....	179
APÊNDICE E – INQUÉRITO DE PESQUISA A FIM DE IDENTIFICAR O DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS.....	187
APÊNDICE F – LISTA DOS HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS QUE POSSUEM <i>HOME PAGE</i>	189
APÊNDICE G – LISTA DE HOSPITAIS ESCOLAS QUE POSSUEM <i>HOME PAGE</i> ..	199
APÊNDICE H – CARTA BÁSICA COM UM PEDIDO DE DOAÇÕES.....	203
APÊNDICE I – INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS E AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBIL-FINANCEIRAS.....	205
APÊNDICE J – DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NO IV <i>POSTGRADUATE CONFERENCE ESGHT</i> 2013	223
APÊNDICE K – DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NA REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA – RAC	225
APÊNDICE L – DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NA REVISTA DE ECONOMIA, EMPRESAS E EMPREENDEDORES NA CPLP – E3.....	227
APÊNDICE M – DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NA XIII MOSTRA DE PESQUISA DO UNIARAXÁ 2014.....	229

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Perfil dos Hospitais Brasileiros.	14
Figura 2: Tipologia das Relações de Recursos.....	21
Figura 3: Tipologia das Estratégias de Influência.	21
Figura 4: Pirâmide de Responsabilidade Social Corporativa e a Sustentabilidade Global.	28
Figura 5: Modelo de Participação.	28
Figura 6: Classes Qualitativas dos <i>Stakeholders</i>	31
Figura 7: Quadro Resumo – Posição, Posse e Características dos Atributos de Relacionamento.	32
Figura 8: Modelo de Investigação.	41
Figura 9: População em Estudo.....	44
Figura 10: Esquema Geral de Procedimentos de Investigação.	45
Figura 11: Lista Sugestiva dos <i>Stakeholders</i> do Setor Hospitalar do Estado de São Paulo.....	52
Figura 12: Organograma da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.	55
Figura 13: Estrutura Organizacional da Casa do Caminho de Araxá.	59
Figura 14: Processos de Controle das Necessidades ou Interesses dos <i>Stakeholders</i>	63
Figura 15: Grau de Dependência/Capacidade Negocial de Cada Fonte de Recurso.	67
Figura 16: Estratégias para Reduzir a Incerteza do Ambiente Externo.	68
Figura 17: Método: Aspectos Positivos e Limitações.	73
Figura 18: Perfil dos Respondentes.....	75
Figura 19: Diagrama – Mapa de <i>Stakeholders</i>	78
Figura 20: Perfil Profissional.	80
Figura 21: Dendograma do Agrupamento dos 15 <i>Stakeholders</i> por Grau de Poder.	82
Figura 22: Dendograma do Agrupamento dos 15 <i>Stakeholders</i> por Grau de Legitimidade. ...	83
Figura 23: Dendograma do Agrupamento dos 15 <i>Stakeholders</i> por Grau de Urgência.....	85
Figura 24: Seleção dos <i>Stakeholders</i> por Agrupamento.	85
Figura 25: Classe Qualitativa de <i>Stakeholders</i> com Base nos Agrupamentos.	86
Figura 26: Diagrama - Mapa de <i>Stakeholders</i> sob a Análise de <i>Cluster</i>	86
Figura 27: Quadro de Hospitais que Compõe os Índices-Padrão.....	95
Figura 28: Quadro-Resumo dos Índices para a Constituição do Padrão.	96
Figura 29: Posição dos Decis na Distribuição Normal.	98
Figura 30: Evolução dos Índices de Liquidez da Santa Casa.....	99
Figura 31: Evolução dos Índices de Estrutura de Capital da Santa Casa.	100
Figura 32: Evolução dos Índices de Liquidez da Casa do Caminho.	100
Figura 33: Evolução dos Índices de Estrutura de Capital da Casa do Caminho.	101
Figura 34: Posição do Índice de Liquidez Geral no Padrão.	101
Figura 35: Posição do Índice de Liquidez Corrente no Padrão.	102
Figura 36: Posição do Índice de Liquidez Seca no Padrão.	102
Figura 37: Posição do Índice de Composição do Endividamento no Padrão.....	103
Figura 38: Posição do Índice de Imobilização do Patrimônio Líquido no Padrão.....	103
Figura 39: Posição do Índice de Imobilização dos Recursos não Correntes no Padrão.....	104
Figura 40: Doações e Subvenções do Total das Receitas.	104
Figura 41: Posição dos Quartis na Distribuição Normal.	106
Figura 42: Posição dos Hospitais de Araxá no Padrão Construído.....	106
Figura 43: Ferramentas de Marketing no Contexto Terceiro Setor.	109
Figura 44: Maneiras de Captar Recursos.	111
Figura 45: Proposição do Modelo.	112
Figura 46: Distribuição F.	124

Figura 47: Escala de Correção.	125
Figura 48: Nova Proposição do Modelo.	130
Figura 49: Reta de Regressão – X2.	133
Figura 50: Reta de Regressão – X3.	134
Figura 51: Reta de Regressão – X4.	136
Figura 52: Reta de Regressão – X5.	138
Figura 53: Reta de Regressão – X6.	139
Figura 54: Reta de Regressão – X7.	141
Figura 55: Considerações referentes às Hipóteses propostas (Divulgação Voluntária).....	143
Figura 56: Modelo Final.....	143
Figura 57: Teste Qui-Quadrado Referente a Doação Futura.....	148
Figura 58: Teste Qui-Quadrado Referente à Doação na Hora.	149
Figura 59: Considerações referentes às Hipóteses propostas (Eficácia da Doação Individual)	150
Figura 60: Resumo das Fases da Investigação Empírica e as Respektivas Conclusões.....	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Hospitais nos Estados Brasileiros.	15
Tabela 2: Disponibilidade de Leitos nos Hospitais.	16
Tabela 3: Estrutura do Patrimônio da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.	56
Tabela 4: Resultados da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.	57
Tabela 5: Estrutura do Patrimônio da Casa do Caminho de Araxá.	59
Tabela 6: Resultados da Casa do Caminho de Araxá.	60
Tabela 7: Grau de Relevância dos <i>Stakeholders</i>	76
Tabela 8: Grau de Influência.	77
Tabela 9: Grau de Poder.	81
Tabela 10: Grau de Legitimidade.	82
Tabela 11: Grau de Urgência.	84
Tabela 12: Hospitais Filantrópicos X Hospitais de Ensino.	91
Tabela 13: Índices de Liquidez.	96
Tabela 14: Índices de Estrutura de Capital.	97
Tabela 15: Índices-Padrão de 40 Hospitais.	98
Tabela 16: Quadro de Hospitais que Compõem os Índices-Padrão de Doações e Subvenções Sob o Total das Receitas.	105
Tabela 17: Relação dos Hospitais Selecionados Conforme os Critérios Estabelecidos.	114
Tabela 18: Variáveis <i>Dummys</i>	114
Tabela 19: Quantidade de Campanhas Divulgadas.	115
Tabela 20: Quantidade de Formas de Auxílio Divulgadas.	116
Tabela 21: Número de Parceiros Declarados.	117
Tabela 22: Quantidade de Formas de Comunicação Externa dos Hospitais.	118
Tabela 23: Número de Leitos Existentes e os Diponíveis no SUS.	118
Tabela 24: Número de Documentos para Prestação de Contas aos Interessados.	118
Tabela 25: Doações e o Tamanho do Patrimônio (mil R\$).	120
Tabela 26: Dados Reunidos das Variáveis Dependente e Independentes.	122
Tabela 27: 1ª Regressão Rodada.	123
Tabela 28: Dados Reunidos das Variáveis Dependente e Independentes, com Duas Exclusões (X8 e X9).	126
Tabela 29: Relatório de Correlação das Variáveis Independentes.	127
Tabela 30: Cálculo do R2 das Variáveis X4 e X5.	128
Tabela 31: 2ª Regressão Rodada (Após Suprimir a Variável Independente Indesejável ao Modelo.	129
Tabela 32: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X2).	132
Tabela 33: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X3).	134
Tabela 34: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X4).	135
Tabela 35: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X5).	137
Tabela 36: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X6).	139
Tabela 37: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X7).	140
Tabela 38: Resumo do Teste t (H_1).	146
Tabela 39: Resumo da Anova (H_1).	146
Tabela 40: Resumo do Teste t (H_2).	147
Tabela 41: Resumo da Anova (H_2).	147
Tabela 42: Informações Destacadas Pelo Primeiro Grupo.	149
Tabela 43: Informações Destacadas Pelo Segundo Grupo.	149

LISTA DE SIGLAS

AC	Ativo Circulante
ACCG	Associação de Combate ao Câncer de Goiás
AMB	Associação Médica Brasileira
AP	Ativo Permanente
AUDICON	Auditoria, Assistência e Contabilidade Ltda.
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
AHESP	Associação dos Hospitais do Estado de São Paulo
CBMM	Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração
CE	Composição do Endividamento
CEMIG	Companhia Energética de Minas Gerais
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
CT	Capitais de Terceiros
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
E	Estoques
ELP	Exigível a Longo Prazo
FBH	Federação Brasileira dos Hospitais
FCD	Formas de Comunicação Divulgadas
FED	<i>Federal Reserve Board</i>
HCC	Hospital Casa do Caminho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido
IRñC	Imobilização dos Recursos não Correntes
LC	Liquidez Corrente
LG	Liquidez Geral
LS	Liquidez Seca
MG	Minas Gerais (estado da federação)
ONG	Organização Não Governamental
PC	Passivo Circulante

PCD	Prestações de Contas Divulgadas
PH1	Presidente do Conselho de Administração do Hospital 1 (Santa Casa de Misericórdia de Araxá)
PH2	Presidente do Conselho de Administração do Hospital 2 (Hospital Casa do Caminho de Araxá)
RI	Relacionamento com os investidores
RLP	Realizável a Longo Prazo
RSC	<i>Corporate Social Responsibility</i>
SC	Santa Casa de Misericórdia de Araxá
SCV	Sistema de contribuição voluntária
SERASA	Centralização de Serviços dos Bancos
SRI	<i>Stanford Research Institute</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

1.1 – QUESTÃO DE PARTIDA

As organizações que operam no âmbito da economia social enfrentam problemas de gestão muito particulares. A especificidade das suas missões, a natureza das necessidades sociais às quais procuram dar resposta; e, os constrangimentos financeiros aos quais estão sujeitas, são apenas alguns dos fatores que tornam estas organizações um objeto de estudo desafiante para várias áreas do saber. Com efeito, as demandas sociais, na atualidade, estabelecem um rol de necessidades que exigem uma mudança de atitude, nos âmbitos social, econômico e ambiental. Um setor da sociedade que vem aproveitando essa oportunidade de mudança, e, assim, obtendo um crescimento avassalador é o que reúne as organizações “sem fins lucrativos” (Druker, 2006).

Tendo em conta que há demasiadas variações, no âmbito e na configuração do terceiro setor, nos 196 países do mundo, qualquer investigação que parta do princípio da existência de uma realidade única e global, incorre em erro de base. No entanto, há estudos internacionais que revelam que o terceiro setor tem um papel cada vez mais relevante em termos sociais e econômicos, em diversos países do mundo. Por exemplo, num estudo desenvolvido por Salamon, Sokolowski, Haddock e Tice (2013) com dados de 15 países, dos vários cantos do mundo, esse setor aparece retratado como um setor que se dedica, maioritariamente, aos serviços, com especial destaque para a habitação, os serviços sociais, a educação e a saúde, e, que, em média, é responsável por 7,4 por cento da força de trabalho total e por cerca de 4,5 por cento do Produto Interno Bruto (PIB) dos países estudados. No Brasil, 61% das organizações sem fins lucrativos dedicam-se à área dos serviços, representam cerca de 3,7% da força de trabalho (3% remunerada, 0,7% voluntariado), e apresentam um contributo de 3,4% para o PIB (Salamon et al, 2013, IBGE, n.d.).

Nesse contexto, não é de se estranhar que, ao longo das últimas décadas, a investigação académica sobre as organizações sem fins lucrativos tenha evoluído consideravelmente (Powell e Steinberg, 2006). Simultaneamente, o aumento dos desafios ambientais, enfrentados pelas organizações sem fins lucrativos, tem atraído a atenção dos pesquisadores (Weerawardena, McDonald, & Mort, 2010).

Em resposta a um ambiente altamente competitivo, as organizações “sem fins lucrativos”, também, foram forçadas a adotar um enfoque de sustentabilidade

organizacional em ambos os níveis de gestão: estratégico e operacional. A questão central é a necessidade de se construir uma organização sustentável para continuar a fornecer valor social, por meio do cumprimento de sua missão social. Para uma organização sem fins lucrativos, a sustentabilidade significa, no essencial, ser capaz de sobreviver para continuar a servir a sociedade. Na sua essência, sustentabilidade sem fins lucrativos significa que a organização será capaz de cumprir os seus compromissos com a comunidade que atua (Weerawardena, et al., 2010). As instituições que prestam serviços de saúde, educação e integração social, nomeadamente, as organizações religiosas, hospitais e escolas, são fundamentais para as sociedades contemporâneas (Druker, 2006).

Dentro da perspectiva de organizações como sistemas abertos, tanto a Dependência de Recursos (Pfeffer & Salancik, 1978) – que foi projetada, principalmente, para explicar o controle externo das organizações (Frooman, 1999) – quanto a Teoria dos *Stakeholders* (Freeman, 1984) – cujo cerne é, que, o valor econômico é criado por pessoas as quais, voluntariamente, reúnem-se e cooperam para melhorar as circunstâncias de todos (Freeman et. al., 2004) – muito têm contribuído na adaptação das empresas, no ambiente externo; e têm sido amplamente utilizadas por acadêmicos e gestores.

Savage, Nix e Whitehead (1991) constataram que muitos acadêmicos argumentam que as organizações devem ser socialmente responsáveis. Elas devem, voluntariamente, buscar formas de satisfazer seus *stakeholders*, para evitar ações adversas.

Os gestores, por exemplo, precisam, constantemente, avaliar os interesses dos interessados, a sua capacidade, as suas necessidades e o ambiente, pois a relevância dos que são suscetíveis de influenciar as decisões organizacionais depende da situação e dos métodos apropriados para lidar com as diferenças de interesses. Portanto, para Salvage, Nix e Whitehead (1991), duas avaliações críticas devem ser feitas sobre essas partes interessadas: (1) o seu potencial para ameaçar a organização, e (2) o seu potencial para cooperar com ela.

O poder é, muitas vezes, uma função de dependência da organização nas partes interessadas (Ulrich, & Barney, 1984; Pfeffer, 1987; Savage, et. al., 1991; Mitchell, Agle, & Wood, 1997; Frooman, 1999; Hillman, Withers & Collins, 2009); Davis, & Cobb, 2010; Smudde, & Courtright, 2011). Geralmente, quanto mais dependente a organização, mais poderosos são os seus interessados. O potencial de cooperação dos *stakeholders* é particularmente relevante, pois pode levar as empresas a unir forças com outras partes interessadas, resultando em uma melhor gestão do ambiente externo (Savage, et. al., 1991).

A capacidade desses interessados em expandir sua interdependência com a organização, parcialmente, determina o potencial de cooperação deles. A organização e os *stakeholders* podem perceber uma oportunidade para a crescente interdependência, por causa de uma ameaça do ambiente.

Segundo Cornforth (2003), os princípios da teoria da participação das partes interessadas são menos controversos nos setores público e sem fins lucrativos; e, a sua prática é mais comum, embora nem sempre discutida em termos de Teoria dos *Stakeholders*.

Dessa forma, definiu-se a seguinte pergunta de partida: **De que forma a gestão dos *stakeholders* pode contribuir para explicar o porquê de haver hospitais sem fins lucrativos e religiosos com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade?**

Para responder a esta questão, foi desenhado um modelo de investigação em duas etapas. Uma primeira etapa, essencialmente descritiva e exploratória. Nessa etapa, estudamos, comparativamente, a gestão dos *stakeholders* de dois hospitais religiosos, no município de Araxá/MG (Brasil), conduzimos um estudo quantitativo que nos permitiu a identificação dos *stakeholders* dos hospitais, a partir da percepção dos trabalhadores dos próprios hospitais, e um outro estudo quando procuramos captar a percepção dos profissionais de saúde sobre o poder, a legitimidade e a urgência dos *stakeholders*.

Os resultados dessa primeira etapa foram integrados com o quadro teórico de referência e permitiram sustentar uma segunda etapa descritiva-explicativa. Essa etapa, que embora também tenha uma forte componente descritiva, tem como objetivo final desenvolver um modelo explicativo da capacidade de captação de doações dos hospitais filantrópicos.

1.2 – OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo geral da investigação, e que é transversal a toda a investigação, pode ser definido como sendo: estudar o processo de gestão dos *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa da microrregião de Araxá/MG e a sua (potencial) influência na capacidade de captação de recursos voluntários nesse tipo concreto de organização. Mas, embora parta de uma questão muito específica, é também uma questão, relativamente, a qual pouco se tem investigado; e, por isso, houve a necessidade de desenvolver estudos exploratórios, antes de avançar para o desenvolvimento de um modelo

explicativo. Assim, podemos identificar objetivos específicos, associados a cada uma das etapas e fases da investigação:

1º) Objetivos específicos da primeira etapa:

- Explorar as Teorias dos *Stakeholders* e da Dependência de Recursos, com enfoque nos seus princípios, nas suas características e sua aplicabilidade.
- Avaliar a influência (potencial) da gestão, da relação com a comunidade, no sucesso de captação de contribuições financeiras voluntárias da comunidade para os hospitais religiosos e sem fins lucrativos.
- Identificar o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e os interesses dos *stakeholders*, nos hospitais sem fins lucrativos e de origem religiosa de Araxá.
- Identificar os *stakeholders* mais relevantes, na percepção dos profissionais das atividades hospitalares, e criar uma representação gráfica da importância relativa e da relação de influência dos interessados com os hospitais.
- Promover uma análise da importância, percebida pelos profissionais da saúde, dos três atributos de relacionamento: o poder, a legitimidade e a urgência.

2º) Objetivos específicos da segunda etapa:

- Realizar uma análise financeira das organizações hospitalares araxaenses por comparação com os índices-padrão, construídos por meio de um conjunto de dados disponíveis, no âmbito brasileiro.
- Analisar a divulgação de informações voluntárias como um indicativo de proatividade e gestão dos *stakeholders*.
- Investigar a relação de influência de informações sobre o processo de doação individual e voluntário.

1.3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A investigação foi desenvolvida em duas etapas. Uma primeira, essencialmente, descritiva e exploratória. Nessa etapa, estudamos, comparativamente, a gestão dos *stakeholders*, de dois hospitais religiosos, no município de Araxá (Brasil) e conduzimos um estudo quantitativo, o qual nos permitiu a identificação dos *stakeholders* dos hospitais, a partir da percepção de seus trabalhadores. Um outro estudo foi realizado, quando procuramos captar a percepção dos profissionais de saúde, sobre o poder, a legitimidade e

a urgência dos *stakeholders*.

Os resultados dessa primeira etapa, integrados ao quadro teórico de referência, permitiram sustentar uma segunda etapa, descritiva-explicativa. Essa etapa, embora, tenha um forte componente descritivo, apresenta como objetivo final desenvolver um modelo explicativo da capacidade de captação de doações dos hospitais filantrópicos.

Os dados recolhidos foram tratados sob a ótica da análise de conteúdo, da estatística descritiva e do modelo de regressão.

Para o tratamento estatístico dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: análise de *cluster*, por meio do *software Past*; “Análise de dados”, do *software Microsoft Excel*, para a realização de regressão linear, *t - test* e análise de variância (ANOVA); e *software Past* para o Teste Qui-quadrado.

1.4 – CONTRIBUTO DO ESTUDO

Na atualidade, a sobrevivência das organizações depende do grau de relacionamento que possui com os seus *stakeholders*. Uma firma pode afetar as partes interessadas, mas os interessados também podem afetá-la (Fassin, 2012). Dessa forma, a gestão dos interessados na empresa pode ser determinante para a permanência de suas atividades. Essa premissa vale, sobretudo, em instituições sem fins lucrativos, por depender da colaboração voluntária da comunidade.

Ao utilizar o processo gerencial da Teoria dos *Stakeholders*, no hospital sem fins lucrativos, para a identificação dos grupos interessados de maior relevância, a instituição poderá estabelecer uma ação eficaz para estimular a angariação de fundos, visando à sua sobrevivência. Portanto, a utilização de ferramentas teóricas das partes interessadas facilitará o entendimento da gestão dos *stakeholders*, nos hospitais filantrópicos e de cunho religioso.

Normalmente, o perfil dessas organizações faz com que elas sejam mais dependentes do contexto ambiental em que estão inseridas, pois grande parte dos atendimentos aos pacientes está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que remunera abaixo do esperado, por essas instituições, para que possam cobrir os dispêndios realizados. Assim, a proposta de pesquisa se justifica na contribuição que poderá oferecer a essas organizações ao buscar uma explicação para o porquê de algumas instituições conseguirem maior apoio voluntário da comunidade que outras entidades.

Os vínculos sociais com organizações externas são importantes para a organização como um meio de estabilizar o ambiente e para garantir o intercâmbio de recursos favoráveis. Os hospitais são, diferencialmente, eficazes de quão bem eles estão integrados com seus ambientes sociais relevantes. Uma medida de eficácia é, se a organização é capaz de manter o apoio suficiente de seu ambiente para ser capaz de adquirir recursos (Pfeffer, & Salancik, 1978). Justifica-se, então, a utilização da Teoria da Dependência de Recursos para explicar a necessidade de gestão dos *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa.

1.5 – ESTRUTURA DA TESE

A grosso modo, a estrutura de apresentação desta tese traduz o desenvolvimento sequencial e temporal do processo de investigação.

No sentido de contextualizar o problema, no capítulo II, começamos por estudar as particularidades da gestão hospitalar, face a outros tipo de organizações; e, destacamos as características da rede hospitalar brasileira, de modo a contextualizar a gestão das organizações hospitalares no Brasil.

No capítulo III, centramo-nos na análise do quadro teórico que orienta a tese. Dedicamos esse capítulo à exposição e à exploração dos fundamentos, conceitos, evolução e aplicação da Teoria dos *Stakeholders* e da Teoria da Dependência de Recursos; procurando evidenciar a utilidade desse quadro teórico para a compreensão do fenómeno em estudo; bem como evidenciar os princípios e ideias que sustentam as hipóteses de investigação, formuladas nos capítulos seguintes.

No sentido de evidenciar a que se propõe este trabalho, optamos em elencar os objetivos específicos, tanto da primeira como os da segunda etapa, conforme descritos anteriormente.

A revisão da literatura permitiu-nos estruturar o trabalho de campo, de forma mais consistente a fim de se alcançarem os resultados desejados. Avançamos, então, para o capítulo IV, onde foi descrita a metodologia e exposto o modelo de investigação em duas etapas: a primeira é essencialmente descritiva e exploratória, e a segunda é descritiva e explicativa. Em ambas as etapas são combinados vários métodos de recolha e tratamento de dados.

No capítulo V, apresentamos a primeira etapa do estudo empírico. Na primeira fase, desta etapa, desenvolvemos um estudo de caso, exploratório e comparativo, sobre a gestão de *stakeholders* de dois hospitais religiosos, sem fins lucrativo. Numa segunda fase, aplicamos um questionário com o objetivo de identificar os *stakeholders* dos hospitais. E, finalmente, procuramos captar a percepção dos entrevistados sobre os atributos de poder, legitimidade e urgência dos *stakeholders*, identificados na fase anterior.

No capítulo VI, é apresentada a segunda etapa do estudo empírico. A primeira fase, desta etapa, é, fundamentalmente, descritiva. Foram identificados os hospitais sem fins lucrativos (DATASUS), que disponibilizaram os documentos de prestação de contas, a partir dos quais retiramos os dados para a construção dos índices-padrão (dos hospitais), com referência a um conjunto de indicadores financeiros. Na segunda fase, testamos um modelo de regressão a partir de um quadro de 6 hipóteses, sobre os fatores que influenciam as doações, obtidas pelos hospitais sem fins lucrativos. Finalmente, testamos a influência de determinados indicadores de gestão pro-ativa dos *stakeholders*, na decisão de doação.

Concluimos com o capítulo VII, onde apresentamos uma visão integrada dos resultados das diversas fases do estudo empírico; e, empreendemos em uma interpretação integrada desses resultados à luz da Teoria dos *Stakeholders* e da Teoria da Dependência de Recursos. Essa interpretação, é seguida da identificação das limitações do estudo e das perspectivas de investigações futuras.

CAPÍTULO II – ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NO BRASIL

2.1 – PARTICULARIDADES DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As grandes organizações precisam resolver problemas os quais se apresentam complexos por causa de múltiplas e relevantes tecnologias, de mercados globalizados, de vários processos de negócios que interagem, bem como da colaboração de parceiros externos (Mihm, Loch, Wilkinson & Huberman, 2010). Os hospitais são um desses sistemas complexos que gerem um grande número de recursos materiais e humanos (Ben Bachouch, Guinet & Hajri-Gabouj, 2012).

Na verdade, nos hospitais, cruzam-se saberes altamente especializados e poderes muitas vezes conflitantes, manifestam-se práticas sociais fortemente institucionalizadas e referentes simbólicos (quase) universalmente partilhados, luta-se pela vida e encara-se a morte com naturalidade, prestam-se serviços que consomem recursos de elevado custo econômico em favor de benefícios e beneficiários que “não têm preço”. Tudo isso faz do hospital, um espaço social único, onde se estabelecem relações de interdependência, internas e externas, muito complexas (Young & Saltman, 1985, Carapinheiro, 1993, Abernethy & Vagnoni, 2004).

De fato, falar em saúde é abordar uma questão fundamental da vida humana. Mas, infelizmente, não se pode ignorar que a promoção da saúde é um processo que envolve consideráveis recursos, estando, por isso, sujeita às restrições econômicas, impostas pela escassez de recursos.

Os hospitais ocupam uma posição hegemônica nos sistemas de saúde – hospital-centro – (Carapinheiro, 1993), tornando-se, assim, um ator central de qualquer sistema de saúde. Todavia, a sua envolvente tem sido caracterizada como turbulenta e complexa (Hawkins, 2000; WHO, 2000), particularmente, devido à conjugação de fatores como os desafios tecnológicos do setor, a nova demografia social e as oscilações das situações econômicas e financeiras, das respectivas economias nacionais.

Esses contextos ambientais impõem a necessidade de as organizações hospitalares desenvolverem estratégias de sobrevivência, procurando equilibrar a resposta dada às necessidades e aos desejos dos múltiplos *stakeholders*. Se os gestores dos hospitais estão a lidar com incertezas ambientais, eles precisam reduzir a ansiedade e, efetivamente, gerenciar os interessados (Austen, 2012).

Os hospitais sem fins lucrativos e religiosos, são a gênese da instituição hospitalar. Estas instituições têm uma enorme pluralidade de partes interessadas e um complexo processo de criação de valor (Ferreira-da-Silva, 2006). Pelo fato de o hospital ser uma instituição dinâmica, inserida em um mundo que muda a um ritmo, ainda, superior, é possível identificar um conjunto de fatores de mudanças comuns, que são transversais aos diversos sistemas de saúde e países.

Kimberly (2000) faz uma identificação geral dos fatores transversais (p. 53) e considera que “o hospital do futuro será invariavelmente o resultado imperfeito do compromisso entre a lógica e a ideologia do mercado, por um lado e a regulação por outro, entre a estabilidade e a mudança, entre o *status quo* e a inovação”. Desse modo, entende-se que o desafio da gestão hospitalar está em encontrar um equilíbrio razoável entre tais forças.

As estruturas hospitalares sempre refletiram (e influenciaram) as sociedades em que se inseriram. Os hospitais “têm papel preponderante a cumprir na construção de um mundo novo, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais para a comunidade” (Colauto & Beuren, 2003, p.168). A instituição hospitalar tem uma história, particularmente, rica; e, por isso, muito poucas instituições são tão reveladoras da dinâmica social, cultural, econômica e política envolvente como os hospitais (Ferreira-da-Silva, 2006).

Os hospitais são o “reflexo da civilização e o espelho das suas necessidades” (Tenon, citado em Rochaix, 2000, pp.79-80). E, “apesar da imagem de objetos inamovíveis quer ao nível arquitetônico quer ao nível cultural, resistindo qualquer tentativa de reforma, os hospitais têm mudado continuamente, muito embora essas mudanças constituam muito mais uma reação às circunstâncias que uma atitude de antecipação” (Mckee Edwards & Wyatt, 2004, p. 3).

Portanto, há vários pesquisadores dedicados à investigação em gestão dos empreendimentos hospitalares. Laudicella, Olsen e Street (2010) sugerem que os hospitais são organizações multiproduto e, para se tomarem medidas, a administração precisa saber em que parte do hospital, os problemas surgem.

Segundo Paschoal e Castilho (2010, p.888) “os recursos materiais têm sido um tema que vem ganhando espaço nas discussões entre os profissionais na área de saúde, e, principalmente, entre os administradores hospitalares”.

Já Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto e Simioni (2010), destacaram o papel dos

líderes diante do conflito na gestão hospitalar, existente entre os principais atores (médicos, enfermeiros e administradores), em um hospital privado, sem fins lucrativos, no Brasil.

Brickley, Van Horn e Wedig (2010) estudaram a composição e a conduta dos gestores em conselhos de hospitais sem fins lucrativos norte-americanos.

Ao enfatizarem as características distintivas do hospital empresarial, em uma província do Canadá, French e Miller (2012) argumentam que um hospital empreendedor é aquele que, explicitamente, busca constituir populações de pacientes e de infraestrutura de cuidados como ativos distintos (ou recursos) em busca de objetivos empresariais. Para esses pesquisadores, o hospital empresarial está para redefinir, significativamente, ambos os sistemas de atendimento e dos laços de solidariedade social.

Pettersen, Nyland, & Kaarboe (2012) basearam-se em métodos quantitativos e qualitativos para a análise do contexto dos Conselhos hospitalares noruegueses e suas funções. Concluíram que os princípios, no contexto dos hospitais públicos, têm que se equilibrarem entre forte influência política, modos hierárquicos de governança e discricção dada aos Conselhos.

Abernethy e Lillis (2001) coletaram dados nas unidades clínicas de grandes hospitais de ensino público australiano para examinar como as escolhas estratégicas influenciam em adaptações nos sistemas de medição de estrutura e desempenho. Pelos resultados, constataram que existem interdependências significativas, entre a escolha estratégica, a estrutura e o projeto do desempenho do sistema de medição.

Um contexto de ineficácia e ausência de controle das despesas de saúde, na França, no final dos anos oitenta, induziu os hospitais franceses a começarem a introduzir a gestão estratégica, buscando envolver os atores médicos como medida para estimular a mudança na cultura organizacional (Crémadez, 2010).

Abernethy e Vagnoni (2004) utilizaram dados coletados entre os gerentes médicos em grandes hospitais de ensino público da Itália, para avaliar, empiricamente, o impacto do poder médico, sobre o uso de sistemas de informação contábeis. O modelo foi projetado para permitir uma avaliação do impacto relativo de autoridade formal que decorre da delegação de direitos de decisão e da autoridade informal, que, por seu turno, decorre de poder individual e de influência.

Para Naranjo Gil (2006), os hospitais públicos constituem uma oportunidade para os contabilistas de gestão afirmarem a sua importância na gestão hospitalar, pois têm os conhecimentos e as competências necessárias para analisar a informação de gestão nos

hospitais.

Segundo Noh et. al. (2006) compreender as causas de fechamento do hospital é relevante, pois o empreendimento precisa sobreviver para dar continuidade à missão como o centro de cuidados de saúde, em sua localidade. Esses acadêmicos trabalharam a hipótese de que os fatores ambientais, como a competição hospitalar e as características hospitalares como propriedade, desempenham um papel importante na determinação do fechamento de hospitais, na Coreia do Sul. Os resultados desse estudo revelaram a competição inter-hospitalar como uma explicação plausível para a alta taxa de fechamento das unidades hospitalares.

Para Laudicella, Olsen e Street (2010), as organizações de saúde enfrentam, geralmente, limitadas pressões competitivas que poderiam incentivá-las a adotar o comportamento de minimização dos custos. No trabalho desenvolvido em hospitais ingleses, elas realizaram uma análise de dois estágios da variação de custos, entre os pacientes e entre os departamentos.

Grafton, Abernethy e Lillis (2011), investigaram o projeto de redes obrigatórias do setor público, em Vitoria, na Austrália; o qual resultou na fusão de hospitais metropolitanos, em um número de redes hospitalares. Segundo Sheaff et. al. (2010), o governo do Reino Unido continua a obrigar os gestores do Serviço Nacional de Saúde Britânico, a manter redes de profissionais e clínicas. Essas redes gerenciadas são cada vez mais comuns (Addicott, McGivern, & Ferlie, 2007), como um meio de simplificar e unificar o atendimento ao paciente, por meio das fronteiras organizacionais e profissionais.

Yang, Hu e Chou (2012) utilizaram o sistema de saúde de Taiwan, para investigar as percepções dos *stakeholders* e as opiniões sobre o sistema de saúde. Antes, porém, Gonçalves, Boaventura, Costa e Fischmann (2008) estudaram a interação dos *stakeholders* na dinâmica do setor hospitalar do Estado de São Paulo, quando procuraram identificar as partes interessadas de maior influência; e, como seus interesses e suas atitudes determinaram a dinamicidade setorial.

Menos conhecida, mas relevante, é a experiência cubana, na gestão de hospitais públicos, a qual pode ser eficaz e eficiente, mesmo em circunstâncias de recursos limitados. Pesquisadores analisaram a fundamentação, o processo de intervenção e os resultados das diferentes iniciativas que foram desenvolvidas no Hospital Cienfuego, nos tempos da crise severa que Cuba enfrentou, no âmbito sócio econômico, em meados dos anos noventa. (De Vos, Orduñez-García, Santos-Peña, & Van der Stuyft, 2010).

Bravi, et. al. (2013) realizaram, em 2009, uma pesquisa em cinco hospitais de uma rede italiana de oncologia, para examinar e comparar as opiniões sobre o desempenho da rede hospitalar de *stakeholders* internos (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo). Em publicação, no mesmo ano, as decisões de fazer ou comprar de dez serviços hospitalares diferentes, foram usadas, como variáveis explicativas, sobre a eficiência dos hospitais holandeses (Ludwig, Groot & Merode, 2009).

Para Jacobs, Mannionb, Davies, Harrison, Konteh, e Walshef (2013), a cultura organizacional varia entre hospitais; e, ao longo do tempo, essa variação é, em parte, associada de forma consistente e previsível, a uma variedade de características organizacionais e medidas rotineiras de performance.

Aubry, Richer e Lavoie-Tremblay (2014), utilizaram-se de uma pesquisa-ação participativa, em um hospital universitário, que visou a um novo olhar, no estudo do desempenho organizacional, na gestão de projetos. Utilizaram quadro de valores competitivos, exploraram um mecanismo de governança específica.

Apesar de haver, internacionalmente, muita dedicação de pesquisadores no que tange à gestão hospitalar, pouco se tem investigado sobre os problemas atinentes aos hospitais, sem fins lucrativos e de cunho religioso. Ao longo do tempo e em algumas partes do Globo, as organizações religiosas marcaram presença significativa, nos cuidados de saúde. Particularmente, a história dos hospitais está, indissociavelmente, ligada à ação caritativa religiosa (Femand, 1999; Barreira, 2002; Gorsky, Mohan, & Powell, 2002; Ferreira-da-Silva, 2006).

Segundo Turner (2006), os hospitais, como fundações religiosas, eram, intimamente, associados às peregrinações; e, forneceram cuidados e apoio para aqueles que caíram enfermos, enquanto realizavam tais atividades religiosas. Mas, parece não haver uma explicação clara, por exemplo, sobre o porquê de haver hospitais sem fins lucrativos e religiosos, com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade que outras entidades.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE HOSPITALAR BRASILEIRA

A Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) é uma organização sem fins lucrativos, a qual há 4 décadas representa o setor hospitalar brasileiro. A FBH, atualmente, é composta por 6.784 hospitais associados, dos quais 2.916, representando 43%, oferecem

atendimento ao SUS (FBH, n.d.). Segundo a FBH, o perfil dos hospitais brasileiros distribui-se, da seguinte forma: privados lucrativos; privados sem fins lucrativos; e públicos (municipais, estaduais e federais). Esse quadro apresenta-se, graficamente, conforme a Figura 1.

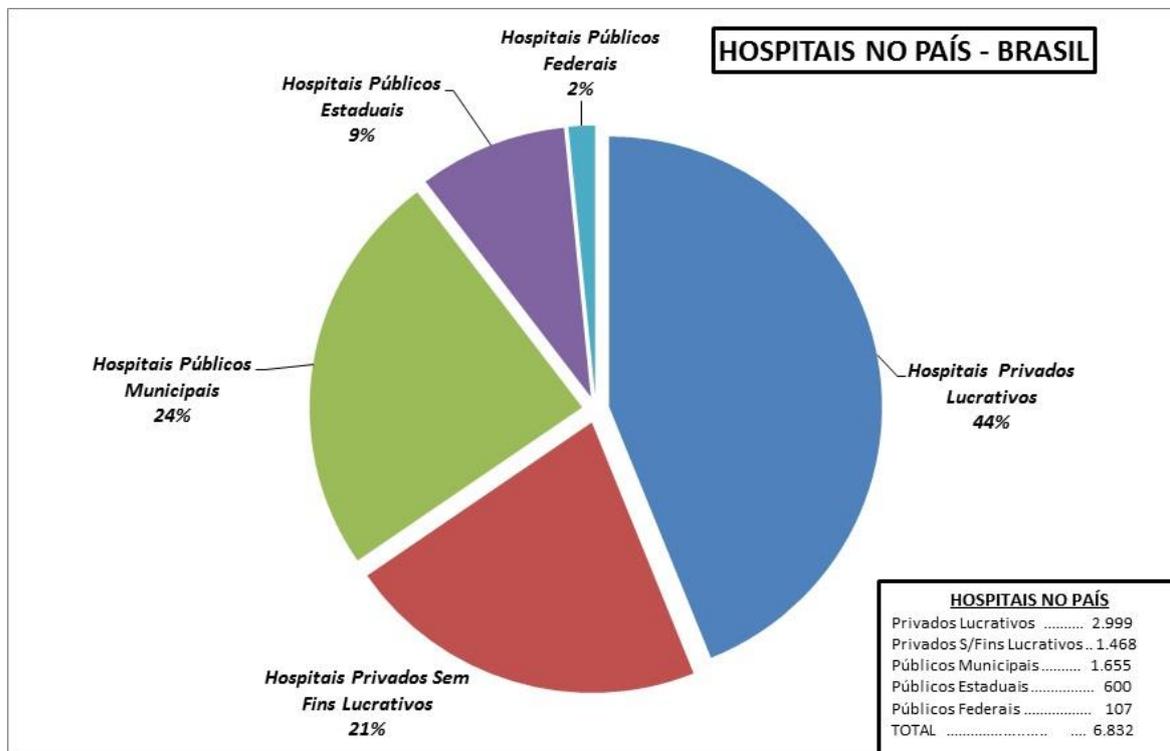


Figura 1: Perfil dos Hospitais Brasileiros.

Fonte: Federação Brasileira de Hospitais (FBH, n.d.).

Dos 6.832 hospitais brasileiros (Figura 1), 1.468, representando 21%, são privados, sem fins lucrativos, segundo a FBH. Porém, apenas 717 hospitais estão registrados no DATASUS (CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde) como “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos”, disponibilizando 78.221 leitos – dos quais 56.698 (75%) no SUS.

Segundo a FBH, os hospitais públicos totalizam 2.362 estabelecimentos, os quais representam 35%, do total das organizações hospitalares, no Brasil (Figura 1). No sistema DATASUS, 198 instituições estão cadastradas como “Hospitais de Ensino”. No entanto, 60 delas são, também, entidades sem fins lucrativos. Dos hospitais de ensino, cadastrados no DATASUS, deduzidos os que são, também, entidades sem fins lucrativos e, possuem uma *home page* (Apêndice G), 84 possuem um site na internet representando 50% do total dos hospitais apenas de Ensino. Se incluirmos os filantrópicos de ensino, são 137 entidades, representando 69%.

As organizações hospitalares, conforme cadastradas no DATASUS, estão

distribuídas nos estados brasileiros, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos Hospitais nos Estados Brasileiros.

UF	Hospitais filantrópicos	%	Hospitais de Ensino	%	Hospitais de Ensino exceto os que são Filantrópicos	%	Total	%
AC	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
AL	8	1%	2	1%	1	1%	9	1%
AM	2	0%	4	2%	4	3%	6	1%
AP	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
BA	43	6%	7	4%	4	3%	47	5%
CE	34	5%	10	5%	8	6%	42	5%
DF	0	0%	6	3%	6	4%	6	1%
ES	30	4%	2	1%	1	1%	31	4%
GO	17	2%	4	2%	2	1%	19	2%
MA	6	1%	1	1%	1	1%	7	1%
MG	129	18%	23	12%	14	10%	143	17%
MS	16	2%	2	1%	2	1%	18	2%
MT	8	1%	2	1%	2	1%	10	1%
PA	11	2%	5	3%	5	4%	16	2%
PB	8	1%	2	1%	2	1%	10	1%
PE	18	3%	8	4%	7	5%	25	3%
PI	5	1%	2	1%	2	1%	7	1%
PR	42	6%	16	8%	10	7%	52	6%
RJ	46	6%	22	11%	22	16%	68	8%
RN	2	0%	3	2%	3	2%	5	1%
RO	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
RR	0	0%	1	1%	1	1%	1	0%
RS	74	10%	18	9%	7	5%	81	9%
SC	48	7%	7	4%	5	4%	53	6%
SE	8	1%	1	1%	1	1%	9	1%
SP	158	22%	50	25%	28	20%	186	22%
TO	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
TOTAL	717	100%	198	100%	138	100%	855	100%

Fonte: Elaboração do Autor.

Percebe-se uma concentração de hospitais nos estados de São Paulo, com 22% do total, e Minas Gerais, com 17%. Levando em consideração apenas os hospitais filantrópicos, o estado de São Paulo permanece com o mesmo percentual; todavia Minas Gerais aumenta a sua participação para 18%. Essa informação é interessante, na medida que a Santa Casa de Misericórdia de Araxá e o Hospital Casa do Caminho de Araxá localizam-se em Minas Gerais, pois tais hospitais servirão de arcabouço para a investigação deste trabalho. Vale a pena destacar, também, que o estado de Roraima e o

Distrito Federal não possuem nenhum hospital beneficente, sem fins lucrativos, cadastrados no DATASUS. No que tange aos de ensino, não há nenhum hospital nos seguintes estados: Acre, Amapá, Rondônia e Tocantins. Por outro lado, há uma concentração de hospitais que são apenas de ensino, nos estados de São Paulo (20%), Rio de Janeiro (16%) e Minas Gerais (10%).

A oferta de leitos é outro indicador importante para o SUS. Para um melhor entendimento, acessamos o sistema DATASUS e verificamos a disponibilidade total de leitos de todos os hospitais filantrópicos; e, também, os de ensino. Identificamos, ainda, o percentual de leitos, disponibilizados por esses hospitais, no SUS. A Tabela 2 apresenta os números referentes aos leitos dos hospitais pesquisados.

Tabela 2: Disponibilidade de Leitos nos Hospitais.

Quantidade	Hospitais Filantrópicos 717 hospitais		Hospitais de Ensino* 198 hospitais		Hospitais de Ensino exceto os que são Filantrópicos 137 hospitais	
	Unidade	%	Unidade	%	Unidade	%
Leitos existentes	78.221	100%	53.724	100%	34.784	100%
Letos SUS	58.698	75%	49.193	92%	33.893	97%
Hospitais 0% de leitos no SUS	6	0,8%	0	0%	0	0%
Hospitais 100% de leitos no SUS	113	16%	128	65%	112	82%
Hospitais no mínimo 70% de leitos no SUS	290	40%	176	89%	135	99%
Hospitais com até 50% de leitos no SUS	37	5%	2	1%	0	0%
Hospitais que não informaram o nº de leitos	3	0,4%	0	0%	0	0%

* Há hospitais de ensino que são filantrópicos

Fonte: Elaboração do Autor.

Os dados da Tabela 2 evidenciam que, dos 78.221 leitos oferecidos por 717 hospitais beneficentes, sem fins lucrativos, 75% são disponibilizados pelo SUS; percentual que aumenta para 92%, se analisados sob a ótica das entidades de ensino; principalmente, levando em consideração que há 61 hospitais de ensino quais também são filantrópicos. Mas, quando isolamos apenas os hospitais de ensino, a representatividade dos leitos, pelo SUS, aumenta para 97%. Pode-se concluir, que os hospitais de ensino oferecem mais leitos pelo SUS do que outros com finalidades diversas. Tal evidência vem corroborar com a informação de que há 6 hospitais cadastrados como filantrópicos e não oferecem nenhum leito pelo SUS; enquanto, nos hospitais-escola todos ofertam leitos pelo SUS.

Além disso, verifica-se, também, que apenas 16% dos hospitais sem fins lucrativos oferecem 100% dos leitos pelo SUS; ao passo que 82% dos hospitais-escola disponibilizam

a totalidade dos leitos pelo SUS. Com relação ao número mínimo de leitos pelo SUS, a realidade não se modifica, entre as duas categorias, porque 5% dos filantrópicos oferecem menos de 50% de leitos pelo SUS, percentual que reduz para 0%, em se tratando apenas dos de ensino.

CAPÍTULO III – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO DA LITERATURA

3.1 – REFERENCIAIS TEÓRICOS

Acadêmicos, ao longo da história, têm investido tempo e recursos para estudar as organizações e suas especificidades, dentro de seu contexto ambiental. Não é nova a perspectiva de organizações como sistemas abertos; e, é, geralmente, aceita que os ambientes organizacionais são relevantes para a compreensão das ações desenvolvidas e das estruturas adotadas pelas organizações (Katz, & Kahn, 1966; Pfeffer, & Salancik 1978).

Várias abordagens teóricas continuam a exercer influência sobre o estudo das organizações, a saber: a Teoria dos Custos de Transação (Williamson, 1975), a Teoria da Agência (Jensen, & Meckling, 1976), a nova Teoria Institucional (Meyer, & Rowan, 1977), a Ecologia Populacional (Hannan, & Freeman, 1977), a Teoria da Dependência de Recursos (Aldrich, & Pfeffer, 1975; Pfeffer, & Salancik, 1978), a Teoria dos *Stakeholders* (Freeman, 1984) e tantas outras perspectivas teóricas.

Em muitos trabalhos, no entusiasmo de examinar as novas mudanças de paradigmas e suas implicações, a relação entre novas e velhas perspectivas teóricas sobre o funcionamento das organizações é, muitas vezes, negligenciada (Ulrich, & Barney, 1984). Mas, ainda assim há diversos investigadores que buscam sempre formas de análise que proporcionam uma explicação ou complementação das teorias organizacionais a fim de possibilitar uma maior eficácia prática.

Várias foram as integrações, realizadas por acadêmicos, da Teoria da Dependência de Recursos, com outras notáveis perspectivas teóricas. A análise de Hillman, Withers e Collins (2009) indica, que, em nenhuma das cinco ações (fusão/integração vertical, *joint ventures* e outras alianças interorganizacionais, os conselhos de diretores, a ação política e a sucessão executiva) propostas por Pfeffer e Salancik (1978) – para que as empresas possam minimizar as dependências ambientais – na Teoria da Dependência de Recursos é suficiente por si só.

Em vez disso, a pesquisa, com a utilização da Dependência de Recursos, tem uma longa história de integração, com outras perspectivas teóricas, no sentido de analisar o fenômeno de interesse. Ulrich e Barney (1984) abordaram três perspectivas sobre as organizações, as quais têm sido objeto de interesse: a Dependência de Recursos, a Eficiência e as Perspectivas da População. Gulati (1995) integrou a Dependência de

Recursos com a Teoria das Redes, a qual compartilha muitas suposições comuns, referentes à dependência; todavia, enfatiza a integração das firmas, em um contexto social. Frooman (1999) mesclou a Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência de Recursos, quando utilizou essa Teoria para gerar quatro tipos de estratégias de influência dos *stakeholders*: de uso, de retenção, na fonte direta e indireta. Sherer e Lee (2002) utilizaram uma integração teórica, entre a Dependência de Recursos e a Teoria Institucional, na análise da mudança institucional, em grandes escritórios de advocacia. Rosseto e Rosseto (2005), ao abordarem o processo de adaptação estratégica organizacional, utilizaram, também, uma justaposição dessas duas perspectivas. Mais tarde, Hessels e Terjesen (2010) testaram os argumentos dessas duas teorias para explicar a participação das pequenas e médias empresas nas exportações (por meio da Teoria Institucional); e, o modo de exportação direto ou indireto (por meio da Dependência de Recursos). Bryant e Davis (2012), ao investigarem o impacto das novas regulamentações governamentais, nos conselhos de administração, utilizaram uma integração entre a Dependência de Recursos e a Teoria da Agência. Antes, porém, Callen, Klein e Tinkekman (2010) utilizaram essa mesma triangulação, na análise do impacto contextual de composição do Conselho, sem fins lucrativos, e a estrutura no desempenho organizacional.

Segundo Hillman et. al. (2009), existem várias semelhanças entre a Dependência de Recursos e a teoria das partes interessadas, as quais reconhecem a interdependência da empresa, sobre as contingências externas e internas (*stakeholders*). A pesquisa em Teoria dos *Stakeholders* foi refinada, no sentido de explicar quais as partes interessadas têm precedência em uma situação (Mitchell et. al., 1997); o que poderia ser um quadro construtivo de referência, para os estudiosos da Dependência de Recursos. Assim, para dar sustentação teórica a este estudo sobre a gestão dos *stakeholders*, em hospitais sem fins lucrativos e de cunho religioso, no contexto brasileiro, fez-se o uso de uma triangulação da Teoria da Dependência de Recursos e a Teoria dos *Stakeholders*. Na sequência, foram apresentados os fundamentos dessas duas perspectivas, escolhidas como base teórica dessa proposta.

3.2 – TEORIA DA DEPENDÊNCIA DE RECURSOS

Na segunda metade do século XX, período em que floresceram várias teorias das organizações, mais precisamente na década de 70, consolidava-se na *Stanford University* –

USA – a Teoria da Dependência de Recursos, articulada pelos pesquisadores Pfeffer e Salancik (1978), cujo foco central era visualizar as organizações e seu contexto externo, dentro de uma perspectiva de dependência de recursos. Fundamentada na sociologia (Weber, 1947) e na teoria das organizações, essa proposta teve como cerne, a necessária compreensão do comportamento das empresas, dentro de seu contexto ambiental (Martins, 2005), e teve como premissa básica, a ideia de que “as decisões são tomadas dentro das organizações, ou seja, dentro do contexto político interno das mesmas, e se relacionam com condições ambientais enfrentadas por elas” (Rosseto, & Rosseto, 2005, p. 8).

Desde a publicação de Pfeffer e Salancik (1978) – *The external control of organizations: A resource dependence perspective* – essa teoria tornou-se uma das mais influentes na teoria organizacional e a gestão estratégica (Hillman et. al., 2009). Esse quadro teórico expandiu a sua influência da administração e da sociologia para a educação, a saúde, as políticas públicas, e outras disciplinas correlatas.

Quando os acadêmicos estudam o poder, dentro e no entorno das organizações, são altamente suscetíveis a chamar a Teoria da Dependência de Recursos (Davis, & Cobb, 2010). Esta Teoria foi, originalmente, desenvolvida no sentido de fornecer uma perspectiva alternativa às teorias econômicas de fusões e partilha (*interlocking*) de Diretores, principalmente, as dos Conselhos de Administração, e para entender, precisamente, o tipo de relações interorganizacionais (Oliver, 1990), as quais têm desempenhado um papel importante, em algumas das recentes falhas do mercado (Pfeffer, 2003). Entretanto, Davis e Cobb (2010) criticam as análises dessas fusões e partilhas, por terem sido feitas a nível da indústria e não a nível organizacional; o que deixa os resultados sensíveis à falácia ecológica.

A Dependência de Recursos reconhece a influência de fatores externos sobre o comportamento organizacional e assume, que, embora limitados pelo seu contexto, os gestores podem agir para reduzir a incerteza ambiental e a dependência (Hillman et. al., 2009; Alves, Cerra, Sacomano & Bonadio 2004).

Pfeffer e Salancik (1978), discutem como as organizações gerenciam a fim de sobreviverem. A existência das empresas está, constantemente, em questão; e, a sua sobrevivência é vista como problemática, porque “recursos escassos estão disponíveis no ambiente, e a organização interage com aqueles que possuem ou dominam as fontes de recursos” (Bignetti, & Paiva, 2012, p. 108). Como os gestores conseguem garantir a sobrevivência de sua organização? A Dependência de Recursos procura prover condições

teóricas para no sentido de identificar a resposta a essa questão, pois ela “concentra a análise no fluxo de recursos críticos e escassos” (Alves et. al., 2004, p. 282).

Frooman (1999), ao pesquisar sobre as influências estratégicas das partes interessadas, mesclou a Teoria dos *Stakeholders* (Freeman, 1984) e a Teoria da Dependência de Recursos (Pfeffer, & Salancik 1978) e propôs que os tipos de estratégias de influência podem ser entendidos, em termos de recursos; e, um fator determinante da escolha de estratégias será o tipo de relacionamento de recursos da empresa e das partes interessadas; cujo equilíbrio de poder está dentro desse relacionamento. O modelo de Freeman (1984) apresenta a organização no centro e os interessados como raios. No entanto, essas relações são diádicas (Frooman, 1999), independentes uma da outra, vista em grande medida a partir do ponto de vista da empresa, e definida em termos de atributos do ator. Fassin (2008) argumenta que as setas – do modelo gráfico de Freeman (1984) – apontam não só um relacionamento; expressam, também, dependência e reciprocidade e não necessariamente com a mesma intensidade, e nem mesmo com o mesmo grau de relevância e impacto.

Frooman (1999) reconhece que as relações de recursos podem ser, e frequentemente são incorporadas em outros relacionamentos e afirma que pode haver mais de uma via de influência para um dos *stakeholders*: direta, indireta ou por outro *stakeholder*.

Pfeffer e Salancik (1978), por meio da perspectiva da dependência de recursos, estabelecem a noção de que a necessidade de recursos de uma organização oferece grandes oportunidades para que outros agentes adquiram o controle sobre ela (Frooman, 1999). Há duas formas de manipular recursos, as quais foram caracterizadas como critério de alocação de recursos e a discricção sobre o uso do recurso (Pfeffer, & Salancik, 1978) que são referidas, por Frooman (1999), como estratégias de retenção e de uso.

Na retenção, como uma estratégia, os *stakeholders* param de fornecer os recursos na expectativa da mudança de comportamento em uma organização. Por outro lado, a estratégia de utilização, as partes interessadas vão impor certas condições, a fim de continuar o fornecimento de recursos às organizações (Frooman, 1999; Hoffmann, Procopiak Filho, & Rosseto (2008).

Com base em Pfeffer e Salancik (1978), Frooman (1999) sugere uma tipologia das relações de recursos que os *stakeholders* podem utilizar a fim exercerem uma influência nas firmas, em termos de comportamentos e decisões (Figura 2).

		As partes interessadas dependem da empresa?	
		Não	Sim
A empresa é dependente das partes interessadas?	Não	Interdependência baixa	Poder da empresa
	Sim	Poder das partes interessadas	Interdependência alta

Figura 2: Tipologia das Relações de Recursos.

Fonte: Adaptação (Frooman, 1999, p. 199).

A resultante do poder das relações das interdependências, segundo Hoffmann et. al. (2008, p.25), “determina quais os tipos de estratégias que os *stakeholders* podem usar”. Frooman (1999) propõe, então, uma tipologia de estratégias de influência e das relações de recursos conforme ilustrado na Figura 3.

		As partes interessadas dependem da empresa?	
		Não	Sim
A empresa é dependente das partes interessadas?	Não	Retenção indireta (interdependência baixa)	Uso indireto (poder da empresa)
	Sim	Retenção direta (poder das partes interessadas)	Uso direto (interdependência alta)

Figura 3: Tipologia das Estratégias de Influência.

Fonte: Adaptação (Frooman, 1999, p. 200).

A variável dependente é a escolha da estratégia de influência (Frooman, 1999): quando a relação é de interdependência baixa, o interessado irá escolher uma estratégia de retenção indireta, a fim de influenciar a empresa; quando a relação é marcada pelo poder da empresa, os interessados vão escolher uma estratégia de uso indireto para influenciar a empresa; quando a relação é marcada pelo poder das partes interessadas, elas irão escolher uma estratégia de retenção direta para influenciar a empresa; e quando a relação é de interdependência elevada, o interessado irá escolher uma estratégia de uso direto para influenciar a empresa.

A dinâmica entre as organizações e as partes interessadas (Freeman, 1984), dentro de seu contexto ambiental/compartilhado (Pfeffer, & Salancik, 1978; 2003), converge na ajuda de determinar com que os interessados de uma organização verdadeiramente identificam e eles com ela (Smudde, & Courtright, 2011).

Em relação aos conselhos de administração das organizações, o tamanho, a função

e a composição deles podem estar relacionados com os requisitos para a ligação bem sucedida com o meio ambiente (Pfeffer, 1973). Isso implica que os conselhos de administração devem estar conscientes do impacto de suas decisões sobre os principais grupos de interessados (Freeman, & Reed, 1983). Portanto, o modelo de análise dos *stakeholders* pode ser utilizado para mapear, cuidadosamente, o poder e a participação de cada grupo de interesse.

Casciaro e Piskorski (2005) criticam a Teoria da Dependência de Recursos, por ser mais uma metáfora atraente do que uma fundação para a pesquisa empírica testável. Identificaram duas distintas dimensões teóricas de dependência de recursos: desequilíbrio de poder e dependência mútua. Concluíram, também, que Teoria da Dependência de Recursos é tanto uma teoria de fundamento normativo, quanto positivo, em que as prescrições são muitas vezes confundidas com as previsões. Defendem que as condições de escopo desse modelo são ambíguas e, embora, a perspectiva da Dependência de Recursos seja diádica, testes empíricos de restrição de absorção têm sido amplamente centrados na dependência de um ator sobre o outro; sem considerar a dependência recíproca.

Na visão de Pfeffer e Salancik (1978), em sistemas e interações sociais, a interdependência existe sempre que um ator não controla inteiramente todas as condições necessárias para a realização de uma ação ou para a obtenção do resultado desejado da ação. Praticamente, todos os resultados organizacionais são baseados em causas ou agentes interdependentes. Depreende-se, portanto, que interdependência caracteriza pela relação entre os agentes que criam um resultado, não o resultado em si. Aldrich (1976), ao usar o modelo da dependência de recursos para explicar o padrão de transações, em organizações de serviços sociais, identificou quatro aspectos da transação interorganizacional considerados problemáticos: a intensidade, a reciprocidade, a normalização da interação e do grau de cooperação percebida no relacionamento. Segundo Oliver (1990), as razões para a formação de relacionamento referem-se às causas subjacentes ou às contingências (necessidade, assimetria, reciprocidade, eficiência, estabilidade e legitimidade), que induzem à formação de relacionamentos interorganizacionais.

Pfeffer (1987) apontou o argumento básico da perspectiva de dependência de recursos e das relações interorganizacionais, a saber: (1) as organizações são as unidades fundamentais para a compreensão das relações intercorporativas e sociais; (2) essas organizações não são autônomas, mas limitadas por uma rede de interdependências, com

outras organizações; (3) a interdependência, quando combinada com a incerteza sobre o que as ações daqueles com as quais as organizações são interdependentes, leva a uma situação em que a sobrevivência e o sucesso continuado são incertos; e, portanto, (4) as organizações tomam medidas para gerenciar interdependências externas, embora nunca tais ações sejam, totalmente, bem sucedidas e produzam novos padrões de dependência e interdependência; e (5) esses padrões de dependência produzem poder interorganizacional, bem como intraorganizacional, quando tal poder tem algum efeito sobre o comportamento organizacional.

Para Balestrin, Verschoore e Reyes Junior (2010), como possíveis determinantes para a formação de redes, a teoria prevê dois tipos distintos de dependência de recursos: materiais ou imateriais. A organização de redes, por parte das empresas, justificam-se a fim de compartilhar ou acessar os escassos recursos. “A Dependência de Recursos pode ser, assim, útil para compreender como as organizações tentam minimizar sua dependência em relação a outras organizações, na cadeia de fornecimento” (Alves et. al., 2004, p. 283).

A fusão é uma estratégia possível para que uma organização possa adotar na gestão da interdependência ambiental (Pfeffer, 1972b; Pfeffer, & Salancik, 1978; Hillman et. al., 2009). Três tipos de fusão são identificados, aquelas que (1) reduzem a interdependência simbiótica; (2) as que reduzem a interdependência *commensalistic* ou competitiva; e, (3) as que diversificam e evitam as interdependências existentes, sejam simbióticas ou competitivas (Pfeffer, 1972b). Então, Davis e Cobb (2010), argumentam que as fusões assumem três formas gerais: a vertical (comprando fornecedores ou compradores), a horizontal (comprando concorrentes), e a diversificação ou fusão conglomerada (compra de organizações em um domínio diferente). Em sua obra “*The External Control of Organizations*”, Pfeffer e Salancik (1978) argumentam que as fusões, embora sejam vistas como uma orientação de eficiência, como meio de reduzir custos de transação, para benefício dos consumidores, na verdade, constituem um meio de gestão de interdependência e pode criar pouco benefício para os consumidores ou acionistas (Davis, & Cobb, 2010).

Pfeffer e Nowak (1976), ao estudarem a *joint ventures* entre empresas americanas de exportação de petróleo, argumentaram que esses empreendimentos, em que uma nova entidade organizacional foi formada, constituíam uma forma de articulação interorganizacional utilizada para gerenciar interdependência interorganizacional, competitiva e simbiótica. As *joint ventures*, como as fusões e os conselhos interligados, são

comuns a ambas as organizações, econômicas e sem fins lucrativos. As principais conclusões desse estudo são consistentes à Teoria da Dependência de Recursos, pois os autores argumentam que as organizações tentam estabelecer padrões previsíveis, estáveis de interação com outras organizações de seu ambiente, no intuito de reduzir a incerteza.

Segundo Hillman et. al. (2009), há evidência empírica que apoia, amplamente, as previsões da pesquisa sobre *joint ventures* pela Dependência de Recursos e outras relações interorganizacionais. Tal como acontece com as fusões, no entanto, vários estudiosos continuam a cruzar a Teoria da Dependência de Recursos com outras perspectivas teóricas, a fim de explicar as relações interorganizacionais (Oliver, 1990). Já, Hessels e Terjesen (2010) apontam que a organização focal (dependente) vai agir para reduzir ou aumentar o seu nível de confiança sobre os restantes atores, po meio de ações, como alianças ou *joint ventures*.

A pesquisa em *joint ventures* e outras relações interorganizacionais narra um conto semelhante ao das fusões e aquisições. Embora essas fortes relações representem apenas absorção parcial, diferentemente das fusões, elas também são mais prováveis de ocorrer entre empresas com interdependência mútua (por exemplo, os compradores/fornecedores), e vis-à-vis do poder das dependências externas que acumulam por meio de ações (Hillman et. al., 2009).

Existem várias outras estratégias que as organizações podem empregar para reduzir a incerteza do ambiente e torná-lo mais generoso (Pfeffer, 1972b). Uma delas é a estratégia de cooptação (Selznick, 1949 como citado em Pfeffer, 1972b), utilizada para “acesso a novos recursos, informações, desenvolvimento de comitês interfirmas e estabelecimento de legitimidade de mercado” (Martins, 2005, p.104). Assim, as empresas que enfrentam as mesmas dependências ambientais são mais propensas a usarem as mesmas estratégias de cooptação (Hillman et. al., 2009).

Pfeffer (1973), ao analisar o tamanho, a composição e a função dos Conselhos de Administração Hospitalar, o tamanho do conselho diretor estava relacionado aos requisitos para a ligação bem sucedida com o meio ambiente e com a sua função. A sua composição foi relacionada ao contexto social, em que a organização é incorporada, bem como para a sua função. Alguns hospitais (Pfeffer, 1978) são dependentes de sua comunidade local para financiamento e apoio; enquanto, outros são menos dependentes. Finalmente, a função e a composição do conselho (Pfeffer, 1973) tiveram um impacto na capacidade do hospital no sentido de obter apoio da comunidade e sobre a eficácia organizacional, definida como a

capacidade de atrair recursos do meio ambiente.

Em trabalho anterior, Pfeffer (1972a) considerou o tamanho do conselho e sua composição como variáveis dependentes, relacionadas às contingências ambientais, enfrentadas pela organização (Pfeffer, 1978). Pfeffer (1972a), ainda, descobriu que o tamanho do conselho estava relacionado com o tamanho da organização; e, portanto, os requisitos de cooptação e a percentagem de pessoas de organizações financeiras no conselho foram relacionadas à estrutura de capital e à posição financeira da organização.

Assim sendo (Pfeffer, 1978), os vínculos sociais com organizações externas são importantes para a organização, como um meio de estabilizar o ambiente e garantir o intercâmbio de recursos favoráveis. A organização age sobre seu ambiente, na tentativa de reduzir a dependência de certos recursos e manter a independência sobre outros recursos (Bryant, & Davis, 2012).

Um conselho em bom funcionamento, a partir de uma perspectiva da Teoria da Dependência de Recursos, é bem sucedido quando se garante a capacidade da instituição para arrecadar recursos (Callen et. al., 2010). Ao contrário, como foi dito antes por Pfeffer (1978), aquele que não representa os interesses políticos e sociais da comunidade ou não cooptam significativas elites financeiras e políticas, não é suscetível à eficácia.

Segundo David e Zakus (1998), há várias maneiras, de acordo com a Teoria da Dependência de Recursos, que as organizações de serviços de saúde (sejam elas governamentais, empresas privadas ou organizações voluntárias) podem trabalhar a fim de controlar o seu ambiente para resolver questões relacionadas às necessidades de recursos; todas elas podem ser utilizadas para prever seu comportamento e explicar suas interações com outras pessoas, em seu ambiente.

Segundo Aldrich (1976), o acesso aos recursos externos é um problema, especialmente, crítico para as organizações de serviços sociais – organizações públicas e privadas, sem fins lucrativos, as quais são relevantes para uma comunidade, ou porque são empregadores ou por causa dos serviços que prestam – uma vez que seu mercado não está, claramente, definido e seu produto, o *output*, às vezes, é difícil para o consumidor avaliar.

Selznick (1949, como citado em Pfeffer, 1972a), em seu estudo sobre o *Tennessee Valley Authority*, notou como uma organização, confrontada com uma forte oposição, poderia, parcialmente, neutralizá-la, ao trazer representantes de grupos hostis para o conselho de administração da organização. Esse caso de cooptação ilustra outro mecanismo, pelo qual as organizações podem tentar gerenciar seus ambientes. A partilha

de membros dos conselhos, que, segundo Martins (2005), é conhecido como um modo de cooptação, é uma forma genérica de administração ecológica, por meios dos *outsiders* (representantes externos), em posições estratégicas nas organizações.

Pfeffer (1972b) constatou, pela literatura, que os contratos de longo prazo e os valores e normas sociais podem operar a fim de estabilizar relações interorganizacionais e reduzirem a incerteza ambiental. Verificou, também, a existência de mecanismos ilegais de colaboração, tais como cartéis de fixação de preços e conspirações.

Em geral, os teóricos da Dependência de Recursos caracterizam as relações entre as organizações como um conjunto de relações de poder, com base em troca de recursos. As organizações tentam alterar os seus relacionamentos de dependência, minimizando o grau de sua própria dependência ou aumentando o teor da dependência de outras organizações em si mesmas (Ulrich, & Barney, 1984). Essa é uma perspectiva, utilizada em pesquisa das redes de cooperação, pois “seu foco de interesse é entender o processo por meio do qual as organizações reduzem suas dependências ambientais, ao utilizar várias estratégias para aumentar seu próprio poder.” (Balestrin, Verschoore, & Reyes Junior, 2010, p. 463). Em geral, as organizações tendem a ser influenciadas por aqueles grupos organizacionais ou indivíduos que mantêm o controle dos recursos de que necessitam (Pfeffer, & Salancik, 1978).

3.3 – TEORIA DOS STAKEHOLDERS

Há 30 anos que um grupo crescente de acadêmicos e profissionais de gestão tem promovido experiências, com conceitos e modelos, os quais facilitam a compreensão do complexo ambiente dos negócios, no mundo contemporâneo (Parmar et. al., 2010). Entre esses está a perspectiva dos *stakeholders* para a estratégia, a qual surgiu em meados da década de 1980. Um ponto focal desse movimento foi a publicação da obra *A Stakeholder Approach to Strategic Management*, por Freeman (1984). Essa referência trouxe a Teoria dos *Stakeholders* para a corrente principal da literatura de gestão (Frooman, 1999) e o conceito de “partes interessadas” tornou-se incorporado nas bolsas de estudos de gestão e no pensamento dos gestores (Mitchell et. al., 1997). Entretanto, a palavra *stakeholder* como se utiliza hoje, apareceu pela primeira vez, conforme Freeman (1984), Hoffmann et. al. (2008) e Parmar, et. al. (2010), em um memorando interno, no *Stanford Research Institute*, em 1963 (hoje, *SRI International*). O termo foi criado para desafiar a noção de

que os acionistas são o único grupo, perante quem a gestão precisa ser responsabilizada (Freeman, 1984; Parmar, et. al., 2010).

Igor Ansoff (1965, citado por Freeman & Reed, 1983) fez uso limitado da teoria, em sua clássica obra *Corporate Strategy: An Analytic Approach to Business Policy for Growth and Expansion*, pois, na sua visão, ela sustenta que os objetivos da empresa devem ser derivados equilibrando as reivindicações conflitantes dos vários "stakeholders", na organização, tais como: gestores, trabalhadores, acionistas, fornecedores, vendedores. Conforme Phillips, Freeman e Wicks (2003), a gestão para as partes interessadas envolve uma maior atenção do que simplesmente a maximização da riqueza dos acionistas. Certamente, eles são um componente importante e os lucros são um fator crítico para a atividade (Freeman, Wicks, & Parmar, 2004), mas a preocupação com os lucros é o resultado, e não o condutor no processo de criação de valor.

A Teoria dos *Stakeholders* tem focado, principalmente, em responsabilidade corporativa para com as partes interessadas de uma organização (Freeman 1984; 1999). É uma teoria de gestão organizacional e ética, em que se abordam valores morais, explicitamente, como uma característica central de gestão das organizações (Phillips, et. al., 2003). Por que a ética? Primeiro, a pesquisa sugere que a ética é fundamental para a prática do capitalismo; e, segundo, porque a ética é parte essencial das próprias bases de estudos da organização. O domínio da ética abrange tanto os fins, como os meios da atividade humana – e empresas (Wicks & Freeman, 1998). A perspectiva estratégica dos *stakeholders*, indiretamente, tem sido utilizada como um grande defensor da responsabilidade social e da governança corporativa (Fassin, 2012).

A expectativa de que as organizações são “*bons cidadãos corporativos*” na esfera global é um dos mais recentes mandatos de Teoria da Responsabilidade Social Corporativa (Carroll, 2004). Segundo Carroll (2004), a Responsabilidade Social das organizações engloba as expectativas econômicas, legais, éticas e discricionárias (filantrópicas), que a sociedade tem em um determinado momento do tempo. Esse conceito contém elementos do modelo dos *stakeholders* e do modelo contingencial. É um modelo de partes interessadas, no sentido de que os vários grupos de interessados manifestam as suas expectativas aos gestores sobre o que eles esperam da organização, sob o ponto de vista econômico, legal, ético e filantrópico. Mas, é também um modelo contingencial, pois, entre outros aspectos, considera que a visão e as expectativas da sociedade, sobre o desempenho da organização, muda e evolui no tempo e no espaço (Figura 4).



Figura 4: Pirâmide de Responsabilidade Social Corporativa e a Sustentabilidade Global.

Fonte: Adaptação (Carroll, 2004, p. 116)

O trabalho de Freeman (1984) apresenta o modelo de participação (Figura 5) como um mapa em que a empresa é representada no centro de uma roda e as partes interessadas estão nas extremidades dos raios, ao redor da roda (Frooman, 1999). Seu modelo foi, possivelmente, inspirado, segundo Fassin (2009), por um método retirado das ciências sociais, o sociograma, o qual visualiza a frequência de interações, entre indivíduos ou grupos. Esse modelo de participação (Fassin, 2008; 2009), apoiado por sua apresentação visual, poderosa e sintetizada, são construções sociais que, inevitavelmente, simplificam e reduzem a realidade (Fassin, 2009). Além disso, influenciou, profundamente, a literatura de gestão, bem como as práticas de negócios atuais (Fassin, 2008).

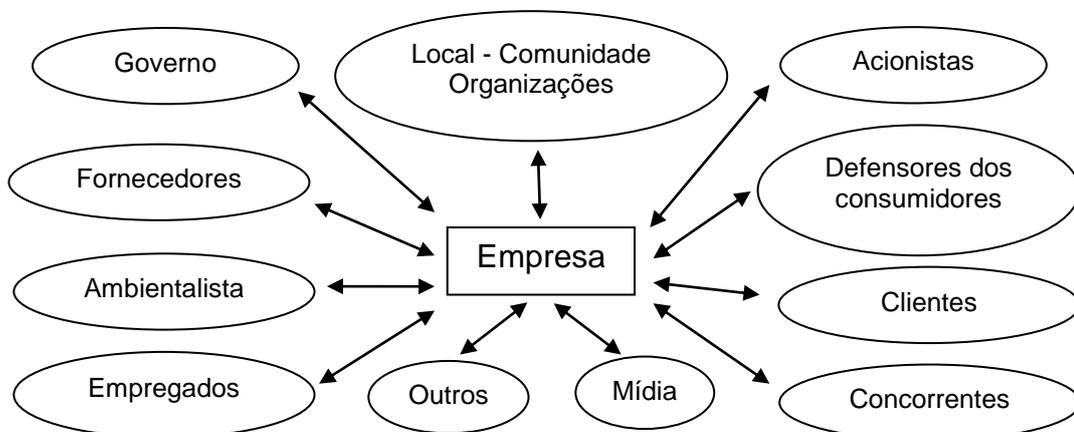


Figura 5: Modelo de Participação.

Fonte: Adaptação (Freeman, 1984, p.25).

A definição clássica de Freeman (1984) estabelece que um participante de uma empresa possa ser qualquer grupo ou indivíduo que possa afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos da organização. Entretanto (Fassin, 2009), aqueles que podem afetar uma empresa, nem sempre são os mesmos que podem ser afetado por ela. Portanto, não há acordo sobre o que ele chama "o princípio de quem ou o que realmente importa."

Ou seja, quem (ou o que) são as partes interessadas da empresa? E, para quem (ou que) os gestores prestam atenção? (Mitchell et. al., 1997). Há, portanto, ambiguidades claras na literatura sobre os conceitos básicos do modelo, da teoria, da análise e gestão dos *stakeholders* (Fassin, 2009) e em parte ao seu amplo apelo intuitivo, as críticas são, muitas vezes, implícitas (Phillips et. al., 2003). O contrário, certamente, seria esperar demais de um conceito, que não se restringe a uma determinada área de estudos de negócios, e está sujeito à análise de uma variedade de perspectivas teóricas, favoráveis e hostis (Kaler, 2002).

Goodpastor (1991) observou que a definição de Freeman (1984) implica dois tipos de partes interessadas: estratégica e moral. O primeiro, há uma gestão estratégica; já que aqueles que estão fora do grupo de acionistas são vistos, instrumentalmente, como fatores potencialmente a afetar o objetivo principal de atender os interesses dos acionistas. Aqui, segundo Frooman (1999), a literatura dos interessados intersecta a literatura da estratégia. Na perspectiva de Goodpastor (1991), a administração é obrigada a levar a sério suas obrigações extralegais para não ferir, mentir ou enganar esses interessados, independentemente, de serem do interesse dos acionistas. Nesse tipo (Frooman, 1999), a literatura dos *stakeholders* intersecta a literatura da ética.

Donaldson e Preston (1995) apontaram três tipos de abordagens fundamentais para a análise e o uso da Teoria dos *Stakeholders*: descritiva/empírica, instrumental e normativa. A teoria é usada para descrever e explicar as características específicas das empresas e seus comportamentos, em particular, como as organizações gerenciam ou interagem com as partes interessadas.

Usos instrumentais da teoria (Jones, 1995) fazem uma conexão entre as partes interessadas e a realização dos objetivos corporativos tradicionais, como a rentabilidade. Entretanto, Kaler (2003) argumentou que o ponto de partida mais lógico para qualquer sistema classificatório é o que é definitivo, e não meramente derivado, ou seja, é claramente o conteúdo da teoria, ao invés do uso que é feito dessa teoria, que deve servir de base para a classificação da teoria das partes interessadas.

A abordagem normativa (Donaldson, & Preston, 1995) é usada para interpretar a função da corporação, incluindo a identificação de diretrizes morais ou filosóficas para a operação e gestão das empresas; prescrevendo como devem tratar os seus *stakeholders*. Para Phillips (2003), esse componente normativo da teoria desempenha um papel central, no conceito de legitimidade. Ele distingue os interessados normativos (aqueles que a empresa tem obrigação moral), as partes interessadas derivadas (aquelas que, apesar da firma não ter obrigação moral, podem ser afetadas por elas) e partes interessadas perigosas (aquelas que não têm relação legítima com a organização, mas podem afetá-la).

Ao verificarem, na literatura pertinente, uma gama de definições para *stakeholder*, Mitchell et. al., (1997) distinguiram duas visões: a estreita e a ampla. A primeira é baseada em recursos limitados e paciência limitada de gestores para lidar com restrições externas. Esse ponto de vista tenta definir grupos relevantes, em termos de sua relevância direta dos principais interesses econômicos para a empresa. Em contraste, a segunda baseia-se na realidade empírica de que as empresas podem, de fato, serem vitalmente, afetadas por eles ou podem afetar, vitalmente, quase ninguém.

Antes, porém, Carroll (1985, citado por Frooman, 1999) categorizou os *stakeholders* em genéricos e específicos; e, mais tarde, Clarkson (1995, citado por Frooman, 1999) classificou as partes interessadas em primárias e secundárias. Os *stakeholders* primários, definido, anteriormente, por Wood (1990, citado por Gonçalves et. al., 2008), são os grupos ou pessoas que, diretamente, exercem impactos sobre a empresa, como funcionários, clientes, concorrentes e fornecedores. Os secundários são aqueles que não exercem influência direta, mas podem afetar, consideravelmente, as operações organizacionais, como o governo, ambientalistas, comunidade, mídia e instituições financeiras. Para Kaler (2002), há duas visões dicotômicas para os *stakeholders*: "requerentes" e "influenciadores". Os requerentes são aqueles que requerem algum tipo de reclamação sobre o produto de uma empresa. Os influenciadores vão influenciar o andamento do negócio. Todavia, poderá acontecer uma combinação dessas duas definições.

A proposta de Mitchell et. al., (1997) é que as classes de *stakeholders* podem ser identificadas por sua posse ou atribuídas à posse de um, dois ou todos os três seguintes atributos (Figura 6): o poder dos interessados para influenciar a empresa (uma parte de um relacionamento tem poder, na medida em que tem ou pode ter acesso a meios coercivos, utilitários, ou normativos, para impor sua vontade, no relacionamento); a legitimidade do

relacionamento do *stakeholder* com a organização (o direito percebido do indivíduo ou do grupo para solicitar ou exigir a uma outra parte); e, a urgência (a necessidade imediata de ação), ou seja, o grau em que os interessados reivindicam a chamada de atenção imediata por parte do negócio. Posteriormente, Smudde e Courtright (2011) argumentaram que esses atributos seriam úteis no desenvolvimento de um mapa de *stakeholders* para que a administração soubesse, exatamente, a quem ela deve prestar atenção, o que interessa e de que maneira.

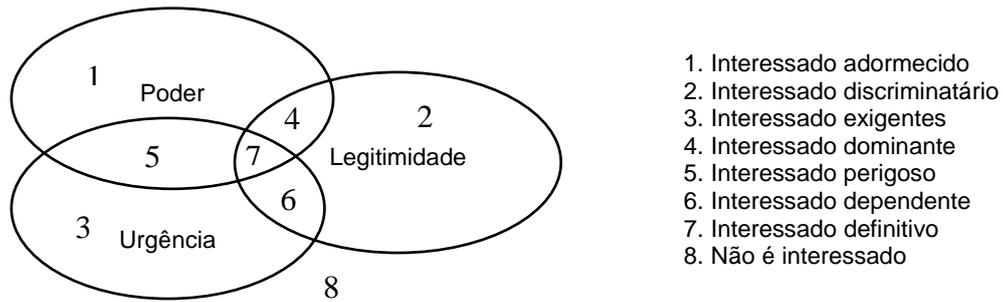


Figura 6: Classes Qualitativas dos Stakeholders.

Fonte: Adaptação (Mitchell et. al., 1997, p. 872).

A Figura 7 apresenta um quadro resumo das classes qualitativas dos *stakeholders*, suas posições, posse dos atributos e suas características, segundo o modelo de Mitchell et. al., (1997).

POSIÇÃO	POSSE	TIPO	CARACTERÍSTICAS
A relevância dos interessados será baixa	LATENTE <i>stakeholders</i> com posse de apenas um atributo	O interessado adormecido	Possui poder de impor sua vontade sobre uma empresa, mas por não ter legitimidade ou urgência, seu poder permanece inutilizado. Mas precisa ser monitorado, pois a qualquer momento poderá obter outro atributo.
		O Interessado discriminatório	Possui o atributo de legitimidade, mas eles não têm poder de influenciar a empresa e nenhuma reivindicação urgentes. São organizações sem fins lucrativos, como escolas, casas de sopa e hospitais, que recebem doações e trabalho voluntário de empresas.
		O Interessado exigentes	Aqueles com reivindicações urgentes, mas sem ter poder nem legitimidade, são os que incomodam - "zumbidos de mosquitos nos ouvidos dos gestores". Requer monitoramento, pois há possibilidade e adquirirão outro atributo.
A relevância dos interessados será moderada	EXPECTANTE <i>stakeholders</i> com posse de dois atributos	O Interessado dominante	São poderosos e legítimos, a sua influência na empresa está garantida. A expectativa desse tipo é importante para o gestor.
		Interessado perigoso	Quando a urgência e o poder caracterizam um <i>stakeholder</i> que carece de legitimidade, o interessado será coercitivo e possivelmente violento, o que gera um perigo para a organização.
		Interessado dependente	Não têm poder, mas têm urgentes reivindicações legítimas, dependem de outras para o poder necessário realizar sua vontade.

A relevância dos interessados será alta	POTENCIAL <i>stakeholders</i> com a posse dos três atributos	Interessado definitivo	Exibindo poder e legitimidade já será um membro da coalizão dominante de uma empresa. Com alegação urgente das partes interessadas, os gestores têm um mandato claro e imediato para atender e dar prioridade a alegação desses <i>stakeholders</i> . Qualquer das partes interessadas expectante pode se tornar um dos interessados pela aquisição definitiva do atributo em falta.
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Figura 7: Quadro Resumo – Posição, Posse e Características dos Atributos de Relacionamento.

Fonte: Adaptação (Mitchell et. al., 1997).

A ênfase da Teoria dos *Stakeholders*, até à data (Frooman, 1999), tem sido sobre os atores, nos relacionamentos; não sobre as relações em si. Frooman procurou investigar duas questões sobre as influências estratégicas das partes interessadas: (1) quais são os diferentes tipos de influências estratégicas? E (2) quais são os determinantes da escolha da influência estratégica? Se para Mitchell et. al., (1997) e depois, também, para Smudde e Courtright (2011), o poder tem sido tratado como um atributo do interessado, Frooman (1999) considerou a dimensão dos recursos de um relacionamento e do poder que deriva dela, como um atributo do relacionamento entre as partes interessadas – e não dos próprios interessados.

Como a realidade é muito mais complexa do que o modelo gráfico simplificado de participação de Freeman (1984) – conforme demonstrado na Figura 5, Fassin (2008) analisou algumas deficiências e imperfeições: a heterogeneidade dentro de grupos de interesse, múltipla inclusão ou dupla filiação, a diferença na dependência entre as partes interessadas, a variabilidade na relevância e o impacto dos vários interessados, a existência de um lugar central dentro do modelo, as ligações múltiplas e as relações de rede.

Segundo Parmar, et. al. (2010), a perspectiva dos *stakeholders* surgiu, como uma nova narrativa para compreender e solucionar três problemas de negócios interconectados: o problema da compreensão de como o valor é criado e comercializado; o problema de conexão da ética e do capitalismo; e o problema de auxiliar os gestores a pensarem sobre a gestão, de tal forma que, os dois primeiros problemas sejam abordados.

Smudde e Courtright (2011) percebem a Teoria dos *Stakeholders* como uma função organizacional holística, baseada na retórica e na preocupação com a resposta às três questões fundamentais: (1) Como são criadas as partes interessadas? (2) Como as relações com os *stakeholders* podem ser mantidas? E (3) como as relações com os vários interessados podem ser melhoradas?

Fassin (2012) argumenta que, enquanto uma empresa afeta ou pode afetar as partes interessadas, os interessados, também, podem afetar a empresa. A teorização das partes interessadas, anteriormente, tem negligenciado a natureza recíproca de responsabilidade,

argumentou, ainda. A sua análise pressupõe que o atributo da reciprocidade dos *stakeholders* provavelmente pode ser restrito às partes interessadas reais, rotuladas, por ele, como *stakeowners*: as partes interessadas genuínas com uma participação legítima, os parceiros fiéis que se esforçam para se beneficiarem, mutuamente.

Segundo Freeman (1999), o que precisa ser feito não é mais teoria que converge, mas narrativas que são mais divergentes, e possam apontar maneiras diferentes, mais úteis, para compreender as organizações, em termos de partes interessadas. Em seu atual estágio de desenvolvimento teórico, a Teoria dos *Stakeholders* pode ser prejudicada a partir de, pelo menos, duas direções: distorções e equívocos amigáveis (Phillips et. al., 2003). Para esses pesquisadores alguns acadêmicos têm procurado criticar a teoria com base em sua própria concepção, estilizada da teoria e suas implicações.

3.4 – A IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*

A análise das partes interessadas se desenvolveu como uma ferramenta ou um conjunto de ferramentas, com diferentes propósitos, em sua aplicação, nas áreas de política, gestão e implementação de projetos (Brugha & Varvasovszky, 2000). A introdução da perspectiva dos *stakeholders* para a estratégia tem proporcionado um vasto campo de investigação em gestão. Análises das partes interessadas são, agora, sem dúvida, mais importantes, devido à natureza do mundo, cada vez mais interligado (Bryson, 2004). Portanto, o envolvimento dos atores se tornou um tema de grande atenção, tanto na literatura como na prática organizacional (Achterkamp & Vos, 2007).

A Teoria dos *Stakeholders* afirma que as empresas têm uma responsabilidade social para considerar os interesses de todos os atores afetados por suas decisões de negócios (Avetisyan & Ferrary, 2013). De forma indireta, segundo Tullberg (2013), quase todo mundo pode, realmente, ser visto como afetados, por uma organização, em algum grau. Mas, sem fazer uma contribuição ou de ter um papel específico na firma, isso não deve ser considerado suficiente.

A elaboração estratégica estabelece, como tarefa extremamente relevante, a gestão de interface entre as muitas exigências – às vezes, concorrentes – dos diferentes *stakeholders* de uma organização, em relação aos seus fins estratégicos (Ackermann & Eden, 2011). Entretanto, como um problema de gestão, a identificação das partes interessadas não tem sido, facilmente, resolvida (Vos, 2003; Achterkamp & Vos, 2007);

especialmente, nas organizações complexas, continua a ser difícil de concretizar (Mainardes, 2010).

Qualquer definição de uma parte interessada deve levar em conta as relações interessados-organização (Avetisyan & Ferrary, 2013). Friedman e Miles (2006) apresentaram um resumo de cinquenta e cinco definições de *stakeholders*, com um campo de abrangência de setenta e cinco textos, organizados em ordem cronológica. A definição mais antiga é, em muitas vezes, creditada a um memorando interno produzido, em 1963, pelo *Stanford Research Institute*. Mas, a que é comumente considerada – pelo menos nos círculos acadêmicos, como texto seminal dos interessados – a definição clássica (Freeman, 1984), a qual determina que um participante de uma empresa possa ser qualquer grupo ou indivíduo que possa afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos organizacionais. As partes interessadas são aquelas que têm relações voluntárias ou involuntárias, com a empresa, e, pode afetá-la, dentro do quadro único de contrato implícito ou moral (Avetisyan & Ferrary, 2013). Então, os *stakeholders* são muitos grupos e organizações de pessoas que estão envolvidos ou são afetados ou que tenham alguma responsabilidade parcial para agir (Bryson, 2004).

A ideia prática básica da Teoria das partes interessadas, para Tullberg (2013), aponta que o sucesso de uma empresa é muito dependente de uma boa cooperação, com as partes interessadas. Do que se segue o conselho para prestar muita atenção às necessidades e desejos destes *stakeholders*.

Lafreniere, Deshpade, Bjornlund e Huntera (2013) procuraram entender, pela investigação narrativa, como os atores percebem seus interesses em uma organização; e, conseqüentemente, como decidem influenciá-la. Com isso, investigaram a existência ou não de uma desconexão entre a percepção dos gestores de recursos naturais e dos *stakeholders*, ao implementarem iniciativas de gestão de transferência de água na província de Alberta, no Canadá. Para isso utilizaram o modelo de Mitchell et al. (1997), como base a investigar os interessados, por sua capacidade de se concentrarem na identificação, na categorização e na priorização das reivindicações, das partes interessadas.

Os interessados, também, podem interagir, cooperar e formar alianças com outras partes interessadas (um interessado pode persuadir um outro mais poderoso, e juntar-se a sua reclamação contra uma organização). Neville e Menguc (2006) desenvolveram uma estrutura a fim de compreender e medir os efeitos sobre a organização de interações das partes interessadas concorrente, complementar e cooperativa; o que eles referem como a

multiplicidade das partes interessadas.

Bryson (2004) centra-se, especificamente, na análise de partes interessadas as quais possam ser úteis aos gestores públicos, seja para ajudar a sua organização a um melhor desempenho diretamente, ou, para ajudar a criar um "ambiente de autorização" que, indiretamente, possa melhorar o desempenho da organização. Seu trabalho está organizado, em torno da literatura de gestão estratégica orientada para o setor público.

Mainardes, Alves, Raposo e Domingues (2010), ao identificarem os *stakeholders* das onze Universidades Públicas Portuguesas, optaram por fazê-lo de modo empírico, diferentemente – segundo esses acadêmicos – da grande parte dos investigadores, das partes interessadas das universidades, que o fazem a partir da literatura, via suposições.

Duggan, Farnsworth e Kraak (2013), com o objetivo de informar o desenho de uma interface de comunicação multiusuário, para a gestão das pescas, identificaram grupos de *stakeholders* funcionais e investigaram dois métodos contrastantes no sentido de categorizar as partes interessadas: a categorização intuitiva – que dependeram da interpretação do alocador e do julgamento profissional de cada uma das partes interessadas – e a categorização baseada em evidências – em que as informações de interesse das partes interessadas foram recolhidas, a partir de uma análise preliminar da literatura dos interessados, publicamente disponíveis, na qual, apenas as publicações entre 2007-2012 foram incluídas. Embora não sem limitações, concluíram que a categorização baseada em evidências pode levar a uma categorização, das partes interessadas, coerente e homogênea, o que minimiza os pressupostos sobre os interesses dos *stakeholders*, pois a confiança na intuição pode ser enganadora.

Schiller, Winters, Hanson, e Ashe (2013) argumentam que as partes interessadas são uma importante fonte de informação, na pesquisa em saúde; proporcionando perspectivas críticas e novos *insights* sobre os complexos determinantes da saúde. E, embora, um rico corpo de literatura envolva a Teoria dos *Stakeholders*, um processo sistemático de identificação das partes interessadas de saúde, na prática, não existe. Esses pesquisadores asseveram, ainda, que a interseção de ambientes, construídos e sociais com a mobilidade dos idosos, é uma área de pesquisa que é, fundamentalmente, interdisciplinar e se beneficiariam de uma melhor compreensão na perspectiva das partes interessadas.

Para Grandy (2013), no que tange às organizações sem fins lucrativos, para que possam alcançar o sucesso, há uma exigência de que os seus líderes tenham uma compreensão profunda da natureza complexa das relações das partes interessadas. A

mensuração desse sucesso precisa ser multidimensional, em termos de natureza e que esteja ligado, diretamente, à missão e ao contexto organizacional, ao invés de estar baseada apenas em medidas genéricas.

Trapp (2014) procurou obter uma maior compreensão das características centrais da influência das partes interessadas, na tomada de decisão estratégica de responsabilidade social, para avaliar a medida em que as práticas de gestão dos *stakeholders*, na realidade, parecem refletir as diversas conceituações ideais de gestão dos interessados, apresentadas pela teoria. Essa avaliação baseou-se na análise de entrevistas, estruturadas em profundidade, com gestores de responsabilidade social empresarial, de dezesseis líderes da indústria dinamarquesa.

3.5 – PRESSUPOSTO TEÓRICOS ADOTADOS

Para dar sustentação teórica à proposta de investigação, procuramos fazer uma triangulação, entre a Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência de Recursos. Após revisão exaustiva dessas teorias e suas respectivas aplicações, identificamos, entre os seus princípios, fundamentos e ideias, aqueles que julgamos mais relevantes para o enquadramento do problema, proposto nesta pesquisa, e, que estarão subjacentes ao modelo de investigação:

- i. A visualização das organizações e seu contexto externo, dentro de uma perspectiva de dependência de recursos.
- ii. Os fatores externos influenciam o comportamento organizacional, e, embora limitados pelo seu contexto, os gestores podem agir para reduzir a incerteza ambiental e a dependência.
- iii. Nos sistemas e interações sociais, a interdependência existe sempre que um ator não controla inteiramente todas as condições necessárias para a realização de uma ação ou para a obtenção do resultado desejado.
- iv. Quatro aspectos da transação interorganizacional, em serviços sociais, apresentam-se como problemáticos: a intensidade, a reciprocidade, a normalização da interação e do grau de cooperação, percebida no relacionamento.
- v. As organizações são as unidades fundamentais para a compreensão das relações intercorporativas e sociais. Elas não são autônomas, mas são

limitadas, por uma rede de interdependências com outras organizações. A interdependência, quando combinada com a incerteza sobre o que as ações daqueles com as quais as organizações são interdependentes, leva a uma situação, em que a sobrevivência e o sucesso continuado são incertos. Portanto, tomam medidas para gerenciar interdependências externas, embora nunca tais ações sejam, totalmente, bem sucedidas e produzam novos padrões de dependência e interdependência; produzem poder interorganizacional, bem como intraorganizacional, com algum efeito sobre o comportamento organizacional.

- vi. As organizações tentam estabelecer padrões previsíveis estáveis de interação, com outras organizações de seu ambiente, no intuito de reduzir a incerteza. Essa interação pode ser por *joint ventures*, fusões e conselhos interligados.
- vii. O tamanho do conselho diretor de um hospital está relacionado aos requisitos para a ligação bem sucedida com o meio ambiente e com a sua função. Um hospital pode ser mais dependente de sua comunidade local para o financiamento e apoio do que outro.
- viii. Um conselho, em bom funcionamento, a partir de uma perspectiva da dependência de recursos, é bem sucedido, quando se garante a capacidade da instituição em arrecadar recursos.
- ix. A definição clássica estabelece que um participante de uma empresa possa ser qualquer grupo ou indivíduo o qual possa afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos da organização. Mas, aqueles que podem afetar uma empresa, nem sempre, são os mesmos que podem ser afetados por ela.
- x. Os *stakeholders* podem ser: estratégico e moral; genéricos e específicos; primários e secundários; requerentes e influenciadores. Há duas visões sobre as partes interessadas: estreita e ampla.
- xi. Há três tipos de abordagens fundamentais, para a análise e o uso da Teoria dos *Stakeholders*: descritiva/empírica, instrumental e normativa.
- xii. As classes de *stakeholders* podem ser identificadas ou atribuídas à posse de um, dois ou todos os três seguintes atributos: o poder dos interessados para influenciar a empresa; a legitimidade do relacionamento do *stakeholder*,

com a organização; e, a urgência, ou seja, o grau em que os interessados reivindicam a chamada de atenção, imediata, por parte do negócio.

CAPÍTULO IV – METODOLOGIA

4.1 – MODELO DE INVESTIGAÇÃO

No Brasil, “os hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos constituem aproximadamente dois terços do total de unidades hospitalares” (La Forgia e Couttolenc, 2009, p.197) e servem comunidades que, muitas vezes, não têm outra forma de acesso a tratamentos diferenciados. Nesse contexto, o problema de sobrevivência dessas organizações é uma questão de grande relevância social. Contudo, essa é, também, uma “grande questão” (Chapman, 2015), grande o suficiente que se torna inviável tratá-la em um só projeto de investigação. Estando conscientes de que um trabalho acadêmico individual não oferece, diretamente, respostas, suficientemente, robustas e plausíveis, às grandes questões, delimitamos o problema de investigação a uma questão “menor” e específica, esperando, assim, poder contribuir, mesmo que de forma pequena, para a “grande questão” (Chapman, 2015) da sustentabilidade dos hospitais religiosos, sem fins lucrativos.

Considerando que as motivações filantrópicas estão na base de seu nascimento, e, assumindo a dimensão financeira, como um dos pilares fundamentais de sobrevivência e sustentabilidade de qualquer organização, parece-nos lógico que as contribuições financeiras voluntárias (doações) sejam um bom indicador para a sustentabilidade dos hospitais sem fins lucrativos e filantrópicos. Assim sendo, importa saber: *De que forma a gestão dos stakeholders pode contribuir para explicar o porquê de haver hospitais sem fins lucrativos e religiosos com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade?* Essa focalização, na problemática das doações, é, por nós, entendida como uma fonte de força de nosso trabalho, pois, embora tenhamos consciência de que a realidade é global e complexa, não podemos esperar dar mais que um pequeno contributo, nesse vasto campo de conhecimento, sobre a sustentabilidade das organizações.

No âmbito dessa investigação, os *hospitais religiosos sem fins lucrativos* são definidos como organizações sem fins lucrativos, as quais, além de cumprirem os critérios, definidos por Salamon et al, (2013), possuem a característica especial de prestar cuidados de saúde diferenciados e ter, em sua cúpula, organizações ou pessoas com motivações religiosas. Desse modo, consideramos como os *hospitais religiosos sem fins lucrativos* aquelas entidades que possuem, simultaneamente, as seguintes características:

- Organizações – estão, formalmente, institucionalizadas;

- Privadas – são, institucionalmente, separadas do Estado;
- Sem fins lucrativos – estão proibidas de distribuir lucros aos seus proprietários ou diretores;
- Autogovernáveis – são capazes de controlar suas próprias atividades e têm autoridade para interromper o seu funcionamento;
- Voluntárias – não são obrigatórias e envolvem uma participação voluntária, com algum grau de importância;
- Religiosas – são propriedade de Instituições ou pessoas com forte e claras motivações religiosas;
- Hospitalar – são reconhecidos pelas autoridades competentes como unidades de saúde que prestam cuidados diferenciados e dispõem de internamento.

Sendo organizações filantrópicas, criam, alimentam e vivem de causas sociais e por isso a consistência de sua sustentabilidade depende, grandemente, da solidez das relações que são desenvolvidas com as partes interessadas e da gestão do equilíbrio dos vários interesses em presença (Pfeffer, 1973). Os hospitais sem fins lucrativos e religiosos têm uma enorme pluralidade de partes interessadas e um complexo processo de criação de valor. Portanto, a necessidade de aceitação e de legitimação social é algo que lhe é subjacente. Desse modo, considerando o impacto social que essas organizações apresentam, é de grande relevância compreender a forma como os gestores dessas organizações se relacionam com os seus *stakeholders* (Kidwell, 2000).

Como não há uma teoria que explique, especificamente, a capacidade de obtenção de doações ou a importância das doações, no equilíbrio e na sustentabilidade financeira das organizações, os conceitos e argumentos das Teorias da Dependência de Recursos e dos *Stakeholders* surgiram, em nossa mente, como os recursos teóricos mais adequados a fim de construir um modelo de investigação, conforme está desmonstrado na Figura 8.

No centro do modelo (Figura 8), está a pirâmide de *stakeholders*. Nela, estão representados apenas os grandes grupos de *stakeholders*. No topo da pirâmide, estão os *stakeholders* que se identificam, espontânea e profundamente, com a organização, de tal modo que apoiam pró-ativamente a organização, a sua missão/causa social. Essa identificação afeta, decisivamente, a relação entre esses *stakeholders* e a organização. As doações, sob a forma de contribuições financeiras voluntárias, são uma manifestação dessa afinidade. Não sendo, obviamente, a única manifestação, são, inegavelmente, um indicador muito importante, pois a doação é, por natureza, voluntária e desinteressada.

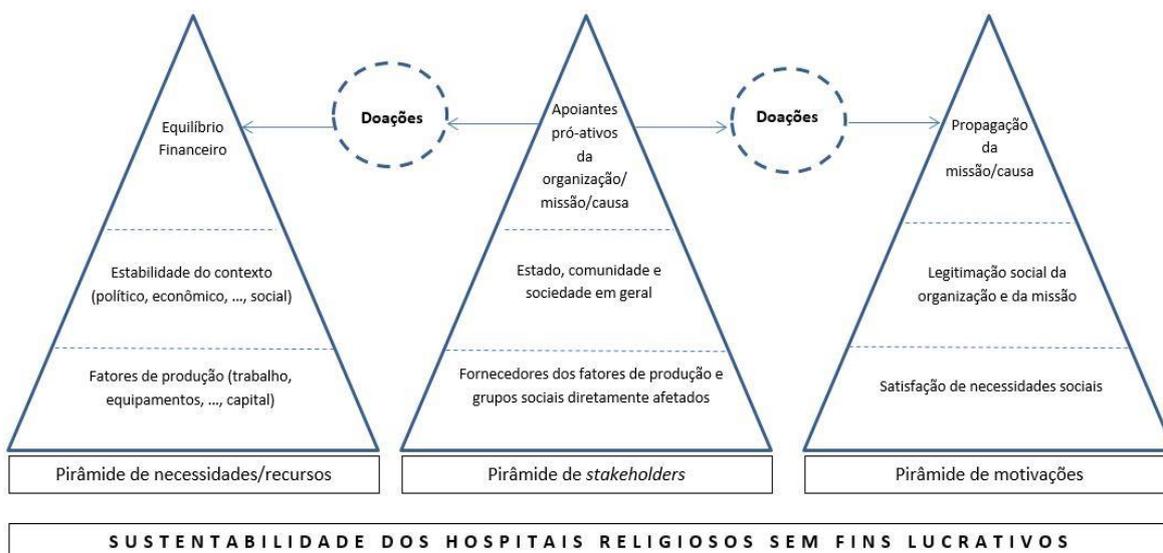


Figura 8: Modelo de Investigação.

Fonte: Elaboração do Autor.

O efeito material e mais imediato de uma contribuição financeira voluntária é a promoção do equilíbrio financeiro da organização, podendo ter um impacto, maior ou menor, consoante à dimensão dessa doação. Paralelamente, essa doação tem, ainda, um significado simbólico, com impacto, positivo na propagação da missão/causa da organização; dependendo da forma como é desenvolvida, esse impacto dará visibilidade social à doação.

4.2 – POSICIONAMENTO CIENTÍFICO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

A ciência, etimologicamente, significa conhecimento. Entretanto, é evidente que essa definição é inadequada, pois há conhecimentos que não fazem parte da ciência, como o conhecimento popular, as crenças, e, mesmo, em termos, o conhecimento filosófico (Gil, 2009). O que diferencia, por exemplo, o conhecimento do senso comum, como muitas vezes é tratado o conhecimento popular, do conhecimento científico, não é a veracidade nem a natureza do objeto, mas “a forma, o modo ou o método e os instrumentos do ‘conhecer’.” (Marconi, & Lakatos, 2010, p.16). O método, portanto, pode ser definido como o meio para atingir determinado fim. No âmbito científico, então, o método é “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (Gil, 2009, p. 8), ou seja, o *modo de pesquisa*.

Pesquisa, segundo Gil (2010, p.1), pode ser definida “como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que

são propostos”. Quanto aos níveis, da pesquisa, os estudos podem ser classificados em exploratórios, descritivos e explicativos (Gil 2009). Dessa forma, o desenvolvimento deste estudo caracteriza-se, metodologicamente, por uma triangulação de métodos de pesquisa.

Numa primeira etapa da investigação, privilegamos a pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa. Numa segunda etapa, demos destaque à pesquisa descritiva, quantitativa e explicativa. Paiva Júnior, Leão e Mello (2011, p.196), parafraseando Gaskell e Bauer, argumentam que “a triangulação é um modo de institucionalização de perspectivas e métodos teóricos, buscando reduzir as inconsistências e contradições de uma pesquisa”.

Os estudos exploratórios têm como finalidade básica “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores” (Gil, 2009, p.27). Por haver poucos estudos empíricos sobre a identificação, a categorização e a gestão dos *stakeholders*, nos hospitais, abordados nesse trabalho, por meio do estudo exploratório buscou-se conhecer com maior profundidade, o assunto de forma a torná-lo mais evidente. Isso se justifica, pelo fato de a pesquisa exploratória caracterizar-se “no aprofundamento de conceitos preliminares sobre determinada temática não contemplada de modo satisfatório anteriormente” (Raupp, & Bueren, 2003, p. 80).

Segundo Pratt (2009) e Yin (1994), a pesquisa qualitativa é ótima para combater o "como", em vez de questões de "quantos", para compreender o mundo a partir da perspectiva dos pesquisados ou seja, os informantes e pela análise e articulação dos processos. Esse tipo de pesquisa apresenta duas características: o pesquisador é o meio pelo qual o estudo é realizado, e, o efeito é aprender sobre algum aspecto do mundo social (Rossman e Rallis, 2012). Esse método se preocupa, segundo Marconi e Lakatos (2010, p.269), “em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano” “...de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento...” (Gil, 2010, p.37). Além disso, proporciona ao pesquisador um envolvimento estreito com o campo da pesquisa, uma preocupação com o processo, entendendo a complexidade da situação; possibilitando uma compreensão crítica e reflexiva dos fenômenos (Parker, 2012).

Segundo Minayo e Shances (1993, p.244), uma aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto, dessa abordagem, realiza “uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos

atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas”.

Dessa forma, optou-se, pelo estudo de multicasos a promover um efeito comparativo, pois, segundo Marconi e Lakatos (2010, p.274), “o estudo de caso refere-se ao levantamento com mais profundidade de determinado caso ou grupo humano sob todos os seus aspectos”. Gil (2010, p.37) corrobora com essa ideia, pois, para o autor, este tipo “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento...”

A evidência e o enriquecimento teórico, conseguido com os “estudos de casos múltiplos”, aponta para uma vantagem esperada, face aos “estudos de caso únicos” (Yin, 1994, 38-53). Todavia, ciente da restrição que esse método impõe, tendo em vista que ele “restringe aos casos que estuda, ou seja, a alguns casos, não podendo ser generalizado” (Marconi, & Lakatos, 2010, p.274), estabeleceu-se o estudo comparativo de multicasos a fim de minimizar os efeitos limitadores. Mesmo assim, “poucos casos de fato fornecem uma base frágil para a generalização” (Gil, 2010, p.38), além de estabelecer uma ausência de rigor metodológico, podendo incorrer em viés, comprometendo a sua qualidade. Não obstante, essas considerações, valem, também, a referir-se que, “há situações em que seus procedimentos são desenvolvidos mediante rigoroso controle e seus resultados proporcionam elevado grau de generalização” (Gil, 2009, p.17).

Para atender melhor às necessidades da pesquisa, que ora se desenvolve, optou-se, também, pela pesquisa descritiva, por poder ser considerado um instrumento intermediário entre a pesquisa exploratória, por não ser de âmbito preliminar, e a pesquisa explicativa, por não ser de caráter tão aprofundado (Raupp, & Bueren, 2003).

A pesquisa descritiva, portanto, visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Geralmente assume a forma de *Levantamento*. Os estudos descritivos são, concomitantemente aos exploratórios, os que os pesquisadores sociais, preocupados com a prática, normalmente desenvolvem. Esse tipo de pesquisa é a mais solicitada por Instituições educacionais, hospitalares, agremiações políticas e outras de cunho comercial (Gil, 2009).

A pesquisa quantitativa caracteriza-se, segundo Diehl e Tatim (2004, p.51) “pelo uso da quantificação tanto na coleta quanto no tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas”. Entre as pesquisas quantitativas estão as de “estudos comparativos

causais, em que o pesquisador parte dos efeitos observados para procurar descobrir seus antecedentes” (p.51).

Dessa forma, a fim de identificar e classificar quanto ao grau de relevância e de influência dos *stakeholders* dos hospitais, bem como testar as hipóteses, referentes à divulgação de informações: um indicativo de pró-atividade e gestão dos *stakeholders*; e, a fim de verificar a relação de influência de informações sobre o processo de doação individual e voluntário, o método descritivo-quantitativo parece-nos o que mais se ajusta à proposta de desenvolvimento e realização deste estudo.

4.3 – POPULAÇÃO EM ESTUDO

Em todas as fases do estudo proposto, ou seja, a gestão dos *stakeholders*, os dados foram recolhidos, maioritariamente, na microrregião de Araxá (Figura 9), dentro de um contexto beneficente brasileiro. Essa microrregião é composta por 10 municípios, totalizando, aproximadamente, 204.475 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Censo 2010 (IBGE, n.d.). Desta população, 93.683 habitantes, 45,82%, são residentes em Araxá.

Optou-se, no âmbito exploratório-qualitativo, pelo estudo comparativo de hospitais, sem fins lucrativos e de cunho religioso, da microrregião de Araxá; sendo um, de origem Católica (Santa Casa de Misericórdia de Araxá - SC); e, outro, com filosofia Espírita (Hospital Casa do Caminho de Araxá - HCC).



Figura 9: População em Estudo.

Fonte: Capturado da internet

Procurou-se, também, identificar a posição dessas Instituições, frente a um padrão, composto por um conjunto de 40 organizações hospitalares brasileiras, sem fins lucrativos.

4.4 – INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A investigação foi desenvolvida em duas etapas. Uma primeira, essencialmente, descritiva e exploratória. Nessa etapa, estudamos, comparativamente, a gestão dos *stakeholders*, de dois hospitais religiosos, no município de Araxá (Brasil) e conduzimos um estudo quantitativo, o qual nos permitiu a identificação dos *stakeholders* dos hospitais, a partir da percepção de seus trabalhadores. Um outro estudo foi realizado, quando procuramos captar a percepção dos profissionais de saúde, sobre o poder, a legitimidade e a urgência dos *stakeholders*.

Os resultados dessa primeira etapa, integrados ao quadro teórico de referência, permitiram sustentar uma segunda etapa, descritiva-explicativa. Essa etapa, embora, tenha um forte componente descritivo, apresenta como objetivo final desenvolver um modelo explicativo da capacidade de captação de doações dos hospitais filantrópicos.

A Figura 10 sintetiza a sequência de procedimentos, planejados ao longo do processo de investigação empírica.

	Objetivo Específico	Fonte de dados e Instrumentos	Análise de dados
1ª Etapa	Fase I Conhecer o processo de gestão dos <i>stakeholders</i> dos hospitais.	Documentos e relatórios internos e externos, entrevistas semi-estruturadas, observações,	Análise de conteúdo, estatística descritiva.
	Fase II Captar a percepção sobre quem são os <i>stakeholders</i> do hospitais e qual a sua importância relativa.	Questionário	Estatística descritiva
	Fase III Captar percepções sobre os atributos de poder, legitimidade e urgência dos <i>stakeholders</i>	Questionário	Estatística descritiva
2ª Etapa	Fase I Construir os índice-padrão sobre equilíbrio financeiro dos hospitais	Base de dados DATASUS. Site de Internet e documentos de prestação de contas dos hospitais	Estatística Descritiva
	Fase II Identificar os fatores que influenciam o montante de doações obtidas	Base de dados DATASUS. Documentos de prestação de contas dos hospitais	Modelo de regressão
	Fase III Avaliar a influência da informação divulgada pelo hospital na decisão de doar.	Questionário	Estatística descritiva

Figura 10: Esquema Geral de Procedimentos de Investigação.

Fonte: Elaboração do Autor.

O estudo está dividido em duas etapas (Figura 10): a primeira, utilizou-se a pesquisa exploratória-qualitativa (Capítulo 5); e, a segunda, a pesquisa descritiva-quantitativa (Capítulo 6).

A primeira etapa contou com três fases distintas. Primeiramente, destinou-se a conhecer o processo de gestão dos *stakeholders* dos hospitais, fundamentada na revisão da literatura, anteriormente realizada, sobre a temática proposta, no sentido de propiciar a sustentação teórica ao estudo.

Para a recolha de dados, dessa fase, utilizou-se a entrevista semiestruturada, que, de acordo com Marconi e Lakatos (2010, p.279), é aquela “quando o entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada”. As entrevistas foram dirigidas aos presidentes dos Conselhos de Administração dos hospitais, objetos desse estudo.

Para norteá-las e garantir que todas as questões, relevantes ao nosso interesse, fossem cobertas, e para minimizar a indução a viés, foi utilizada a orientação do seguinte roteiro:

- Composição do Conselho de Administração dos Hospitais, nomeadamente quanto ao perfil de seus membros e o processo de nomeação.
- Estrutura organizacional e os relacionamentos de poder, dentro da organização.
- Origem das fontes de recursos
- Grau de dependência/capacidade negocial, de cada fonte de recurso.
- Principais grupos, indivíduos, empresas ou comunidades, interessadas no Hospital.
- Estratégias que a organização emprega, para reduzir a incerteza do ambiente externo.
- Políticas/ações do Conselho de Administração, a fim de garantir a captação de recursos.
- Sustentabilidade social, econômica e ambiental.

Ademais, foi utilizada nessa primeira fase, uma consulta aos Balanços e às Demonstrações de Resultados dos Exercícios referentes ao período de 2008 a 2013, devidamente publicados, pelos Hospitais, bem como a análise dos organogramas funcionais, das Instituições. Gil (2010, p.121) argumenta que “a consulta a fontes documentais é imprescindível em qualquer estudo de caso”.

Foram, ainda, agendadas visitas *in loco*, para a observação das instalações hospitalares e dos processos organizacionais. Segundo Gil (2009, p.100), “a observação apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação”. Todavia, há inconvenientes nesse

tipo de procedimento, pois “a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados, destruindo a espontaneidade dos mesmos e produzindo resultados pouco confiáveis” (p.101). Assim, a discrição foi o elemento fundamental, no desenrolar das entrevistas, a fim de que não houvesse quaisquer constrangimentos que pudessem prejudicar os resultados a serem alcançados.

Ainda nessa primeira fase, foram entrevistados, por questionário, funcionários indicados pela gestão dos Hospitais, a fim de identificar o desenvolvimento de processos que pudessem reconhecer as necessidades e os interesses dos *stakeholders*.

A segunda fase destinou-se a captar a percepção dos trabalhadores, sobre quem seriam os *stakeholders* dos Hospitais e qual a sua importância relativa. Foram distribuídos formulários aos funcionários, nos setores dos Hospitais, a questionar a percepção dos profissionais a respeito dos principais grupos, interessados nas atividades da organização hospitalar.

O objetivo, aqui, foi identificar os *stakeholders* mais relevantes. A técnica metodológica, utilizada para mensurar a relevância de cada *stakeholder*, foi a Escala de Diferencial Semântico, que, segundo Gil (2009, p.145) “é uma técnica utilizada para medir o significado atribuído a conceitos, desenvolvida por Osgood, Suci e Tannenbaum”. A escala, então, foi: 1 - irrelevante; 2 – pouco relevante; 3 – indiferente; 4 – relevante; 5 – muito relevante. Para isso, uma lista sugestiva das partes interessadas definida em pesquisa anterior, realizada no setor hospitalar, no estado de São Paulo (Gonçalves et. al., 2008), foi distribuída aos respondentes. Os dados coletados foram apresentados em um diagrama no formato de uma roda, em que o hospital se encontra no centro e os *stakeholders*, nas extremidades dos raios; conforme o modelo, preconizado por Freeman (1984).

O grau de relevância, de acordo com a Escala de Diferencial Semântico, foi definido, com base no maior percentual indicado pelos respondentes de cada item da lista das partes interessadas e representado, no diagrama, em formatos distintos, ligados a setas fortes ou fracas; considerando a relação de influência, entre cada grupo de interessados e o Hospital. Essa relação foi dividida em 6 categorias: 1-Somente influencia o Hospital; 2-Mais influencia do que é influenciado pelo Hospital; 3-Influencia e é influenciado pelo Hospital de modo equilibrado; 4-Mais é influenciado do que influencia o Hospital; 5-Somente é influenciado pelo Hospital; 6-Não influencia e nem é influenciado pelo Hospital; e 7-Não sabe responder. A análise do diagrama, à luz da teoria, aconteceu de forma a comparar a percepção dos profissionais dos Hospitais, objetos do estudo proposto.

A terceira e última fase da primeira etapa, destinou-se a captar as visões dos profissionais da saúde, sobre os atributos de poder, legitimidade e urgência dos *stakeholders*. Para atingir a esse fim, indagamos aos profissionais da área da saúde a sua percepção sobre os atributos, apresentados anteriormente, amealhados pelos *stakeholders* identificados.

Assim, nessa primeira etapa da investigação, realizou-se uma coleta de dados, a qual, em estudos de caso, segundo Gil (2010, p.120), “é feita mediante entrevistas, observação e análise de documentos”. Utilizou-se, na análise dos resultados da primeira fase, a análise de conteúdo e a estatística descritiva, e os dados da segunda e da terceira fases foram analisados sob a ótica da estatística descritiva, utilizando dendogramas, gráficos e diagramas representativos.

A segunda etapa contou com três fases distintas. Na primeira, o objetivo esteve centrado em construir os índices-padrão sobre o equilíbrio financeiro dos Hospitais. Dessa forma, foi necessária, a identificação dos hospitais beneficentes e sem fins lucrativos brasileiros, inseridos no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde), a fim de promover a análise financeira, dos Hospitais em questão, utilizando-se, também, a comparação com os índices-padrão, construídos por um conjunto de dados, disponibilizados pelas organizações hospitalares.

Para isso, realizou-se um levantamento descritivo transversal único, que, na visão de Malhotra (2006, p.103) consiste no “estudo transversal no qual é extraída da população-alvo uma amostra de entrevistados e as informações são obtidas dessa amostra somente uma vez”. Optou-se, também, em realizar um estudo longitudinal breve, no sentido de identificar a evolução financeira dos Hospitais araxaenses, ao longo de cinco anos (de 2009 a 2013). Assim, a fim de atender às expectativas, utilizamos a estatística descritiva a fim de analisar os dados, referentes a essa fase.

A segunda, cujo objetivo foi identificar os fatores que influenciam o montante de doações, obtidas pelos Hospitais, utilizamos a base de dados DATASUS, a fim de identificar os hospitais filantrópicos brasileiros. Para a recolha de dados, identificamos os hospitais com as *home pages* disponíveis na *internet* e que apresentassem documentos de prestação de contas de suas atividades. Essa fase contou com a formulação e testes de hipóteses, referentes ao processo de divulgação de informações: um indicativo de pró-atividade e gestão dos *stakeholders*. Procuramos verificar a relação entre as doações e

algumas variáveis, relacionadas ao *disclosure* corporativo, utilizando o modelo de regressão para a análise e a interpretação dos dados.

Finalizando, a terceira fase, dessa segunda etapa, procuramos investigar a influência do papel da informação, divulgada pelo Hospital, no processo decisão de doação individual e voluntária. Essa fase foi composta do levantamento realizado, por meio de formulário de inquérito, em uma amostra constituída de alunos dos Cursos de Graduação do Centro Universitário do Planalto de Araxá, com o fim de testar, estatisticamente, se havia influência de informações sobre o processo de doação individual. O aporte para o desenvolvimento dessa etapa foi a estatística descritiva a fim de realizar a análise dos resultados. Além disso, utilizamos os testes *t* e Qui-quadrado a fim de testar as três hipóteses identificadas.

4.5 – APLICAÇÃO E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico foi definido, após a análise da solidez da proposta de investigação que ora apresenta.

Sendo assim, utilizou-se na terceira fase da primeira etapa, para a análise dos três atributos de relacionamentos (poder, legitimidade e urgência), o *software Past*, no sentido de realizar o tratamento estatístico e a análise de *cluster*.

Na segunda etapa, na segunda fase, recorreu-se à ferramenta “Análise de dados”, do *software Microsoft Excel*, para a realização de regressão linear simples e regressão linear múltipla. Na terceira fase, dessa etapa, utilizou-se a ferramenta “Análise de Dados”, do *software Microsoft Excel*, para a realização do *t - test* e a análise de variância (ANOVA). Utilizou-se, também, o *software Past* a fim de promover o Teste Qui-quadrado.

Dessa forma, a partir do que foi apresentado como procedimento metodológico, no desenvolvimento desse trabalho, a opção foi a que consideramos a mais adequada para esse tipo de trabalho. Além disso, entendemos que, ao optar por tal procedimento, estaríamos, de certa forma, tornando a pesquisa mais ágil, e, também, eficaz no sentido de se obterem os resultados almejados.

CAPÍTULO V – PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO EMPÍRICO: DESCRITIVA E EXPLORATÓRIA

5.1 – CONTEXTO

A gestão de partes interessadas é essencial no gerenciamento de projetos (Olander & Landin, 2005; & Aaltone, Jaakko & Tuomas, 2008). Uma atitude negativa, pelas partes interessadas, em um projeto de construção, pode obstruir, severamente, a sua execução (Olander & Landin, 2005). Aaltone, Jaakko e Oijala (2008), combinaram o quadro de relevância das partes interessadas (Mitchell et. al., 1997), com estratégias de influência dos *stakeholders* (Frooman, 1999) a fim de identificarem as estratégias, que os atores tentam usar, para aumentar a sua importância, aos olhos do gerenciamento de projetos e, assim, influenciar o resultado, em projetos globais.

Parent e Deephouse (2007) examinaram a identificação dos interessados e a priorização, pelos gestores – com base no quadro teórico de Mitchell et. al. (1997) – em um estudo de natureza exploratória, utilizando casos comparativos de dois comitês organizadores de eventos esportivos, de grande escala; com foco particular em entrevistas com gestores, em três níveis hierárquicos. Concluíram que o nível hierárquico e o papel dos gestores têm efeitos diretos na moderação das partes interessadas, sobre a identificação e a importância percebidas; e, que, dos três atributos de relacionamento, propostos por Mitchell e seus colaboradores, o poder tem o efeito mais importante sobre a relevância, seguido pela urgência e legitimidade.

Os *stakeholders*, em um negócio, devem ter algum tipo de reclamação sobre os serviços dessa organização. Para definições desse tipo que muito, inequivocamente, importa, é que os interessados possam influenciar o funcionamento do negócio, de alguma forma (Kaler, 2002). Entretanto, a pesquisa sobre a influência das partes interessadas, na identidade organizacional, é emergente; e, ainda, há muito a aprender sobre a natureza das relações entre os gestores e os interessados críticos e sobre o papel desses relacionamentos, na construção em curso e na redefinição de identidade (Barraquier, 2013).

Crane e Ruebottom (2011) propõem uma adaptação para a teoria das partes interessadas em que os interessados são conceituados, com base em sua identidade social. Os *stakeholders* têm sido predominantemente definidos, unicamente, por sua função econômica genérica para consumir, investir, fornecer, etc. Tais categorias ignoram a reflexão social, os laços de coesão do grupo, a identidade e a diferença que, normalmente,

formam a base a fim de fazer a reivindicação, em relação à empresa. Esse foco enfatiza a necessidade de afastar-se das simplificações, oferecidas pela identificação, baseada em função de *stakeholder* padrão, tais como empregado, fornecedor, concorrente, etc., para a identificação das partes interessadas, tais como, indivíduos com identidades e interesses específicos. Handelman (2006) apresenta os constituintes da sociedade, não como atores secundários que desempenham um papel subserviente aos primários, baseados em transações econômicas das partes interessadas, mas como poder, contratado, atores sociais, culturalmente, adaptados, que apresentam às empresas uma gama de interesses sociais e econômicos conflitantes.

Achterkamp & Vos (2007) analisaram as potenciais contribuições de sistemas do pensamento crítico, especialmente, a noção crítica de fronteira, para resolver o problema da identificação dos *stakeholders*. O que é e quem são incluídos ou excluídos, nesse contexto, é crucial: a fronteira diferente do sistema pode resultar em uma análise diferente do problema; e, conseqüentemente, em diferentes soluções ou alterações. A essência da crítica de fronteira, portanto, é reconhecer, de forma justificada, a inevitável parcialidade.

Gonçalves, Boaventura, Costa e Fischmann (2008) identificaram os *stakeholders*, por entrevistas, com profissionais do setor hospitalar, no estado de São Paulo. Eles forneceram, como sugestão, uma lista das partes interessadas para os entrevistados (Figura 11), com a opção de inclusão de outros.

1. Indústria Farmacêutica	2. Indústria de Equipamentos Médicos	3. Indústria de Material Médico-hospitalar	4. Saúde Suplementar
5. Instituições de Pesquisa	6. Ministério da Saúde	7. SUS	8. Médicos
9. Pacientes	10. Sindicatos	11. ONGs	12. Instituições Financeiras
13. Imprensa	14. Concorrentes	15. Associações (AHESP, AMB, ANAHP, COREN, etc)	16. Outros (especificar)

Figura 11: Lista Sugestiva dos Stakeholders do Setor Hospitalar do Estado de São Paulo

Fonte: Adaptação (Gonçalves et.al., 2008, p.93).

Os entrevistados indicaram, apenas, um *stakeholder* “fornecedor” diferente – um grupo genérico de prestadores de serviços terceirizados (serviços de lavanderia, vigilância, segurança, etc.). Dessa forma, Gonçalves et. al. (2008) utilizaram a denominação de

“Terceirizados”, para esse grupo de interessados. Para mais de 80% dos entrevistados, dos 16 itens, 9 deles (1 – 2 – 3 – 4 – 6 – 7 – 8 – 9 – 14) foram considerados relevantes, em grande significância.

5.2 – FASE I: ESTUDO DE CASO COMPARATIVO

5.2.1 – Caracterização dos Casos

Nesse item, são apresentados os dois hospitais, objetos deste estudo, com o objetivo de fornecer um panorama geral das instituições de saúde escolhidas, para atender ao escopo desta pesquisa.

5.2.1.1 – Hospital 1: Santa Casa de Misericórdia de Araxá

A Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá é uma entidade civil, sem fins lucrativos, reconhecida de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal e Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social, na área da Saúde.

A origem da Santa Casa de Araxá deu-se, em 1881, com a doação de dez contos de reis pelo Major Manoel Francisco de Ávila, para a construção de uma casa de saúde, em Araxá. Quatro anos depois, foi fundada a primeira Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araxá, por Cônego Cassiano Barbosa de Affonseca e Silva. Em 1915, aconteceu a construção do Hospital, por iniciativa de Dr. Raul Franco de Almeida, Prefeito de Araxá, Padre André Aguirre, Provedor, e pelo médico Dr. José Porfírio de Almeida. O médico Dr. Pedro Pezzuti exerceu o cargo de Diretor Clínico, durante 30 anos.

De 1926 a 1948, a direção administrativa foi confiada às Irmãs Dominicanas, as quais tornaram a Santa Casa uma Escola de Enfermagem. Os serviços de enfermagem, em 1964, foram confiados às Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia.

Por ser o primeiro Hospital de Araxá, tornou-se referência para as cidades vizinhas, e, em especial, para os profissionais de saúde, que nesse Hospital, iniciaram o exercício da profissão. Tem como missão “Oferecer assistência à saúde, com responsabilidade social, qualificação e comprometimento dos colaboradores, de forma segura e confiável, com excelência no atendimento”. A Santa Casa está pautada nos seguintes valores:

Religiosidade, Respeito, Humanização, Tradição, Qualidade, Ética, Transparência, Segurança, Equidade e Sustentabilidade.

Por meio de cadastro das Instituições Religiosas e programação junto ao Serviço Psicossocial, o conforto espiritual é prestado por Pastorais de Saúde de diferentes igrejas, reforçando os Valores da Instituição.

A Santa Casa de Misericórdia de Araxá conta com um quadro de funcionários, composto por 246 profissionais, distribuídos em 34 setores, redistribuídos em 3 grandes grupos: Administrativo, Assistencial e Apoio.

O Corpo Clínico da Santa Casa de Araxá está organizado, de acordo com o Regimento Interno, registrado no Cartório de Títulos e Documentos e homologado pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais. Conforme Regimento, o Corpo Clínico elege a Diretoria Clínica e a Comissão de Ética.

O plantão médico é oferecido 24 horas por dia e conta com um grupo de médicos plantonistas, distribuídos em 11 equipes, distintas por especialidades, remunerados por meio da subvenção municipal, recebida conforme convênio nº 07/2012, firmado com a Prefeitura Municipal de Araxá.

Para integrar o Corpo Clínico, os profissionais, autônomos, atendem às exigências do processo de admissão.

A Santa Casa de Misericórdia de Araxá conta com uma Unidade de Clínica Médica, com 28 leitos, sendo 22 do SUS; uma Unidade de Clínica Cirúrgica, com 16 leitos, sendo 11 do SUS; uma Unidade Maternidade, com 17 leitos, sendo 10 do SUS; uma Unidade Pediatria, com 11 leitos, sendo 6 do SUS; uma Unidade Berçário, com 3 leitos do SUS; uma Unidade de Tratamento Intensivo, com 10 leitos do SUS; e uma Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral, com dois leitos do SUS.

Com a construção do Hospital Vertical, está prevista a implantação de 44 novos leitos, sendo 20 leitos de UTI adulto e 24, em unidade de internação.

A Figura 12 apresenta a estrutura organizacional da Santa Casa de Misericórdia de Araxá, por meio de um organograma funcional. A Instituição tem publicado seus Balanços Patrimoniais e seus Demonstrativos de Resultados dos Exercícios, auditados, anualmente, nos Jornais Correio de Araxá e InterAção. Para uma melhor visualização do patrimônio social do Hospital, as Tabelas 3 e 4 apresentam, em termos percentuais, nos últimos 6 anos, como se encontram estruturados o patrimônio e os resultados da Instituição Hospitalar.

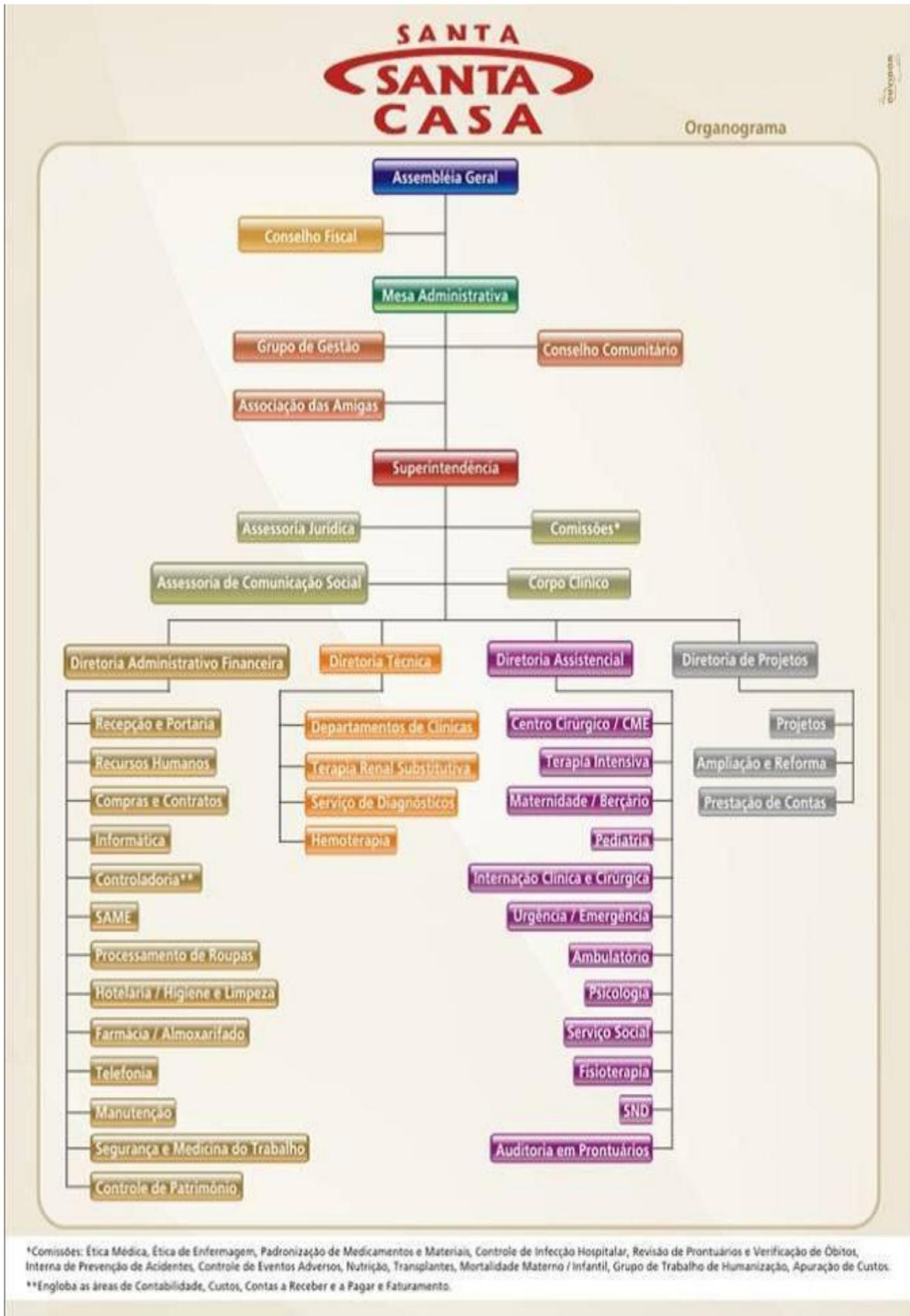


Figura 12: Organograma da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.
 Fonte: Relatório de Gestão de 2012.

Tabela 3: Estrutura do Patrimônio da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.

BALANÇO PATRIMONIAL - EM %						
Hospital Santa Casa de Misericórdia	Jornal Correio de Araxá		Jornal InterAção			
	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação
ATIVO	26/04/2014	26/04/2014	30/03/2012	29/04/2011	29/04/2011	30/04/2009
Ativo Circulante	31/12/2013	31/12/2012	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Caixa e equivalentes de caixa	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Bancos contas vinculadas	0%	1%	13%	13%	15%	24%
Aplicações financeiras vinculadas	28%	2%	0%	0%	0%	0%
Contas a receber do SUS	2%	2%	7%	6%	8%	8%
Contas a receber da Prefeitura Municipal de Araxá	2%	3%	0%	0%	0%	0%
Contas a receber de convênios particulares	2%	2%	0%	0%	5%	7%
Convênios	0%	0%	3%	4%	0%	0%
Estoques	1%	1%	2%	2%	2%	3%
Despesas antecipadas	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Outras contas a receber	0%	0%	1%	1%	3%	2%
AC	35%	13%	26%	27%	35%	44%
Ativo Não Circulante						
Realizável a longo prazo - Despesas antecipadas	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Investimentos	0%	0%	0%	0%	1%	1%
Imobilizado líquido	65%	87%	73%	72%	64%	55%
Intangível	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ANC	65%	87%	74%	73%	65%	56%
Total do Ativo	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PASSIVO						
Passivo Circulante						
Fornecedores de materiais e medicamentos	2%	3%	15%	27%	5%	16%
Fornecedores de serviços médicos/laboratórios	5%	6%	0%	0%	13%	14%
Salários a pagar	0%	0%	0%	0%	3%	3%
Encargos sociais e tributários a recolher	1%	0%	3%	1%	1%	8%
Provisão de férias e encargos sociais	2%	2%	5%	5%	6%	10%
Empréstimo Assoc. dos Funcionários da CBMM	0%	0%	0%	0%	2%	2%
Empréstimos bancários	0%	0%	0%	0%	0%	6%
Convênios	29%	0%	0%	0%	0%	1%
Parcelamentos de fornecedores	0%	0%	0%	0%	2%	0%
Credores diversos	0%	0%	1%	3%	1%	1%
PC	38%	12%	23%	36%	32%	61%
Passivo Não Circulante						
Fornecedores	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Parcelamento do FGTS e indenização a pagar	0%	0%	1%	1%	1%	2%
Parcelamento fornecedores	0%	0%	0%	0%	3%	0%
Empréstimos bancários	0%	0%	0%	2%	0%	0%
Empréstimo Assoc. dos Funcionários da CBMM	0%	0%	0%	0%	4%	0%
Provisões para contingências trabalhistas e outras	2%	4%	9%	11%	5%	0%
Doações e subvenções recebidas a apropriar	16%	22%	0%	0%	0%	0%
Credores diversos	0%	0%	0%	0%	0%	12%
Subvenções recebidas a apropriar	0%	0%	0%	0%	19%	0%
Receitas diferidas (1)						
Pro Hosp - Programa dos Hospitais	0%	0%	7%	5%	0%	0%
Secretaria de Estado da Saúde	0%	0%	4%	0%	0%	0%
Ministério da Saúde	0%	0%	0%	4%	0%	0%
Prefeitura Municipal de Araxá	0%	0%	39%	26%	0%	0%
PNC	18%	26%	59%	48%	32%	14%
Patrimônio Social						
Patrimônio Social	14%	19%	17%	15%	69%	90%
Déficit acumulado	-9%	-11%	0%	0%	-49%	-64%
Ajuste de avaliação patrimonial de imóveis	41%	56%	0%	0%	0%	0%
Ajuste de exercícios anteriores	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Superávit/Déficit do exercício	-3%	-2%	0%	0%	16%	0%
PS	43%	62%	17%	15%	36%	26%
Total do Passivo	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Acervo da Fundação Cultural Calmon Barreto.

Tabela 4: Resultados da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.

DEMONSTRAÇÕES DO RESULTADO EM %						
Hospital Santa Casa de Misericórdia	Jornal Correio de Araxá		Jornal InterAção			
	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação	Publicação
Receitas Operacionais	26/04/2014	26/04/2014	30/03/2012	29/04/2011	29/04/2011	30/04/2009
	31/12/2013	31/12/2012	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Receita de serviços prestados a pacientes do SUS	45%	38%	33%	33%	38%	37%
Receita de prestação de serviços pacientes de Planos de Saúde	14%	12%	0%	0%	12%	0%
Receita de prestação de serviços a particulares	6%	8%	0%	0%	5%	7%
Receitas canceladas e glosas	-4%	-3%	0%	0%	0%	-1%
Receitas de doações e subvenções recebidas	12%	8%	38%	36%	32%	23%
Deduções da receita	0%	0%	0%	-1%	0%	0%
Receitas de subvenções recebidas da Prefeitura M. de Araxá	9%	22%	0%	0%	0%	0%
Receita com Contribuintes Sociais Federais - Renúncia Fiscal	16%	14%	0%	0%	0%	0%
Reversão de provisões para contingências cíveis e trabalhistas	2%	0%	0%	0%	0%	0%
Receita de trabalho voluntário	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aluguéis e arrendamento	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Receitas financeiras	0%	0%	2%	0%	0%	1%
Particular	0%	0%	6%	5%	0%	0%
Convênios	0%	0%	7%	11%	0%	17%
Outras receitas	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Receitas de renúncia fiscal (Isenções tributárias - INSS/Cofins)	0%	0%	14%	15%	13%	16%
RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Despesas Operacionais						
Despesas com pessoal	37%	27%	33%	31%	30%	31%
Serviços prestados por terceiros	13%	25%	29%	26%	25%	27%
Materiais e medicamentos	15%	12%	14%	14%	14%	13%
Manutenção e conservação	0%	0%	2%	2%	0%	0%
Despesas administrativas	8%	14%	8%	12%	12%	0%
Despesas gerais	8%	5%	0%	0%	0%	8%
Despesas com manutenção e funcionamento	3%	2%	0%	0%	1%	1%
Resultado financeiro líquido	1%	1%	0%	0%	3%	3%
Despesas com Contribuições Sociais Federais - Renúncia Fiscal	15%	14%	14%	13%	14%	15%
Despesas com trabalho voluntário	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Outras despesas	0%	0%	1%	1%	0%	0%
DO	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Acervo da Fundação Cultural Calmon Barreto.

5.2.1.2 – Hospital 2: Hospital Casa do Caminho de Araxá

As Obras Assistenciais Casa do Caminho é uma Instituição Filantrópica, localizada em Araxá-MG, cujas atividades iniciaram em 1980, quando o seu fundador, Sr. José Tadeu Silva cedia seu próprio quarto para dois paralíticos (Tadeu nasceu em 1955 e desde os 7 anos começou a praticar a caridade, acompanhando sua mãe, ao visitar os doentes acamados, na periferia de Araxá, banhando-os e fazendo curativos). Ali nascia a Casa do Caminho. Desde então, o trabalho cresceu e se evoluiu ao longo do tempo; passando por diversas fases de aprimoramento; adequando-se dia a dia a novos conceitos e a realidades, sempre sob a inspiração da Filantropia.

Com a missão de “Ter um relacionamento abrangente, promover a permanente satisfação dos usuários, ser um hospital humanizado e autossustentável”, a Casa do

Caminho é uma casa no caminho de todos, pois, caracteriza-se por uma cuidadosa integração de sua concepção humanizada aos princípios de organização e trabalho. Dessa integração, resultam, por exemplo, os amplos espaços da Instituição, com agradáveis áreas verdes e jardins; buscando sempre a humanização do ambiente hospitalar. Um trabalho feito com amor e muita dedicação.

O Hospital conta com uma equipe de mais de 250 funcionários e um Corpo Clínico com mais de 30 médicos, em diversas especialidades. Transparência, competência e eficiência são aspectos fundamentais que integram esta Instituição; e, que, além disso, está constituída, juridicamente, dentro da legislação brasileira vigente e credenciada em todas as esferas de governo e conselhos, para receber imunidades, isenções e subvenções, se necessárias.

As Obras Assistenciais Casa do Caminho conta com uma Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica – composta por 48 leitos clínicos e cirúrgicos, uma Unidade de Longa Permanência, com a finalidade de atender a pacientes, sob cuidados prolongados de reabilitação, e uma Unidade de Psiquiatria, com capacidade para atender 150 pacientes com transtornos mentais. Conta, também, com uma Casa de Orações, com o objetivo de desenvolver um trabalho de orientação espiritual, com acomodação para 1.000 pessoas, aproximadamente; uma farmácia, com distribuição gratuita de remédios fitoterápicos e uma biblioteca, com mais de 5.000 livros à disposição do público.

Preenche todos os registros, impostos por lei, para se beneficiar da isenção da Contribuição Patronal do INSS; o que reduz, sobremaneira, as despesas em encargos sociais que decorrem da folha de pagamento dos funcionários; em função de oferecer, em seu atendimento, 100% de gratuidade. Atende a todas as exigências estabelecidas para receber os valores financeiros advindos das empresas, fruto de renúncias fiscais, autorizadas para determinadas linhas de financiamento de projetos. Assegura, aos seus parceiros, transparência absoluta por meio de auditoria externa periódica, executada pela empresa AUDICON - Auditoria, Assistência e Contabilidade Ltda. Garante, ainda, a agilidade na gestão dos recursos, perfil exigido nos mais modernos sistemas de administração.

O Hospital Casa do Caminho sobrevive basicamente de verbas do SUS e de doações espontâneas, oriundas da comunidade e de empresas, comprometidas com o social, que acreditam na seriedade e na transparência do trabalho realizado na Instituição e que são tratadas como Empresas Amigas (CBMM, VIPAL, PRIME Informática,

COMPRE CERTO Rede de Drograrias, VERA CRUZ Transportes, FAGUNDES Transportes, PETRÓLEO Rio Branco e CALSIMEC).

A Figura 13 apresenta a estrutura organizacional das Obras Assistenciais Casa do Caminho. Os balanços patrimoniais e os demonstrativos de resultados são apresentados nas Tabelas 5 e 6.



Figura 13: Estrutura Organizacional da Casa do Caminho de Araxá.

Fonte: Panfleto institucional da Casa do Caminho.

Tabela 5: Estrutura do Patrimônio da Casa do Caminho de Araxá.

BALANÇO PATRIMONIAL - EM %						
Hospital Casa do Caminho	Jornal Correio de Araxá					
	Publicação 26/04/2014	Publicação 06/04/2013	Publicação Contabilidade 31/12/2011	Publicação 19/03/2011	Publicação 24/04/2010	Publicação 04/04/2009
ATIVO						
Ativo Circulante	31/12/2013	31/12/2012	31/12/2011	31/12/2010	31/12/2009	31/12/2008
Disponível	11%	7%	3%	10%	16%	7%
Estoques	2%	2%	2%	1%	2%	2%
	AC	13%	9%	5%	11%	9%
Ativo Não Circulante						
Imobilizado	87%	91%	95%	89%	83%	91%
	ANC	87%	91%	95%	89%	91%
Total do Ativo		100%	100%	100%	100%	100%
PASSIVO						
Passivo Circulante						
Fornecedores		2%	2%	3%	2%	4%
Obrigações tributárias		0%	0%	0%	0%	0%
	PC	2%	2%	3%	2%	4%
Passivo Não Circulante						
Exigível a longo prazo		1%	1%	0%	0%	0%
	PNC	1%	1%	0%	0%	0%
Patrimônio Social						
Patrimônio Social		97%	97%	97%	98%	96%
Total do Passivo		100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Acervo da Fundação Cultural Calmon Barreto.

Tabela 6: Resultados da Casa do Caminho de Araxá.

DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS - EM %						
Hospital Casa do Caminho	Jornal Correio de Araxá					
	Publicação 26/04/2014 31/12/2013	Publicação 06/04/2013 31/12/2012	Publicação Contabilidade 31/12/2011	Publicação 19/03/2011 31/12/2010	Publicação 24/04/2010 31/12/2009	Publicação 04/04/2009 31/12/2008
OUTRAS RECEITAS OPERACIONAIS						
Doações ITAÚ UNIBANCO S/A P/ AQUIS. DE EQUIPAMENTOS	0%	2%	0%	0%	0%	0%
Doações da Bunge (Mineradora - fertilizantes)	0%	0%	0%	0%	1%	2%
Rendas diversas	0%	21%	19%	3%	11%	7%
Convênio Sec. Est. Saúde p/ aquisição medic. e mat. cons.	5%	0%	1%	12%	12%	3%
Fundo Nacional de Saúde p/ aquisição equip. e mat. perman.	3%	0%	0%	0%	0%	0%
Receitas de prestação de serviços médico/hospitalares	18%	0%	0%	0%	0%	0%
Doações diversas (capitação de recursos)	16%	16%	15%	14%	0%	13%
Doações Família Paludo	0,2%	2%	5%	3%	4%	8%
Doações Dr. José Alberto de Camargo	0%	0%	0%	3%	0%	1%
Prestação de serviços SUS	41%	40%	45%	37%	41%	54%
Doações Instituto Vival	0,4%	1%	1%	1%	0,5%	2%
Doações Alcom	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Convênios	0%	0%	0%	11%	2%	3%
Subvenções Prefeitura Municipal de Araxá	3%	4%	5%	5%	3%	0%
Subvenções Sec. Est/Saúde p/ Mat. de Consumo	0%	0%	0%	5%	0%	2%
Convênio Sec. Est/Saúde p/ aquisição equip. e mat. perman.	0,3%	3%	4%	0%	8%	0%
Doações CBMM - p/ quitação de empréstimo	0%	2%	0%	0%	0%	0%
Doação CBMM p/ quitação empréstimo e pag. 13º salário	6%	3%	5%	4%	1%	4%
Doações diversas p/aquis/equip/e mat/permanente	0%	5%	0%	0%	13%	0%
Convênio Fundo Nacional de Saúde	5%	0%	0%	0%	0%	0%
Conv. Sec. Est. Saúde p/ aqui/medic mat cons (10%)	1%	0%	0%	0%	0%	0%
Conv. Sec. Est. Saúde p/ aqui/medic mat cons (10%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Conv. Sec. Est. Saúde p/ ampliação do centro cirúrgico	2%	0%	0%	0%	1%	0%
OR	100%	100%	99%	99%	99%	99%
LUCRO COM VENDAS						
Camisetas/CDS/Livros	0%	0%	0%	0%	0%	0%
RECUPERAÇÃO DE DESPESAS TRIBUTÁRIAS						
Juros e descontos	0%	0%	0%	0%	0%	0%
juros e dividendos	0%	0%	1%	1%	0%	0%
RDT	0%	0%	1%	1%	0%	1%
Sobras Brutas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DESPESAS						
DESPESAS OPERACIONAIS						
Despesas com pessoal	68%	64%	70%	48%	47%	66%
Despesas administrativas	0%	0%	0%	22%	22%	21%
Despesas gerais	32%	36%	30%	30%	30%	13%
Doações					0%	
Despesas com impostos						
DO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sobras antes das receitas e despesas financeiras						
RESULTADO FINANCEIRO						
Receitas e despesas financeiras						
Sobras líquidas do exercício						

Fonte: Acervo da Fundação Cultural Calmon Barreto.

5.2.2 – Recolha de Dados

Após a análise de documentos, internos e externos, recolhidos quer em fontes externas à organização, quer internamente nos próprios hospitais, procedemos à recolha de dados por entrevistas (Apêndices A, B e C), dirigidas aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais (PH1 – Presidente do Conselho da Santa Casa e PH2 – Presidente do Conselho da Casa do Caminho). Para norteá-las e garantir que todas as questões de interesse fossem cobertas, e para minimizar a indução a viés, utilizamos a orientação de um roteiro, constando os seguintes temas:

- Composição do Conselho de Administração dos Hospitais, nomeadamente,

quanto ao perfil de seus membros e o processo de nomeação.

- Estrutura organizacional e os relacionamentos de poder, dentro da organização.
- Origem das fontes de recursos
- Grau de dependência/capacidade negocial de cada fonte de recurso.
- Principais grupos, indivíduos, empresas ou comunidades, interessadas no Hospital.
- Estratégias que a organização emprega para reduzir a incerteza do ambiente externo.
- Políticas/ações do Conselho de Administração para garantir a captação de recursos.
- Sustentabilidade social, econômica e ambiental.

As entrevistas foram realizadas nas dependências dos Hospitais e foram registradas em vídeo. O processo de transcrição dos dados e a geração das informações aconteceu de forma lenta. Primeiro, dedicamos tempo apenas em ouvi-las. No segundo passo, transcrevemos, na íntegra, por meio de um processo lento e gradual, sem se preocupar com a linguagem. Por fim, retiramos dos textos, os itens necessários a fim de atender nossa demanda. Foi reconfortante observar a franqueza e abertura dos entrevistados, durante a entrevista; o que nos deu a confiança na validade dos dados.

No sentido de enriquecer a análise dos casos em estudo, decidimos captar a percepção dos trabalhadores, sobre o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e interesses dos *stakeholders*, nos Hospitais em estudo.

Considerando a inviabilidade de proceder as entrevistas abertas a todos os trabalhadores, optamos por solicitar aos gestores dos dois Hospitais que distribuíssem, cada um, trinta formulários de inquérito (Apêndice E) aos colaboradores que julgassem mais bem capacitados a responder, à pesquisa, nos diversos setores da estrutura organizacional.

5.2.3 – Análise dos Resultados do Inquérito aos Trabalhadores

Obtivemos da Santa Casa de Misericórdia (SC), 12 respostas, o equivalente a 40% do total, e do Hospital Casa do Caminho (HCC), 15 nos retornaram; representando 50% da totalidade. Na SC, 58% dos respondentes têm o perfil profissional administrativo; já, no HCC, 20% assinalaram possuir esse perfil. Na SC, 92% dos inquéritos foram respondidos

por mulheres; já, no HCC, a distribuição foi igual, ou seja, 50% das respostas foram do sexo feminino e 50%, masculino. Quanto ao setor em que se encontra relacionado, 33% assinalaram como o administrativo, na SC; e 27% no mesmo setor no HCC.

Com relação à relevância do desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e os interesses dos grupos interessados no Hospital, 75% disseram ser muito relevante na SC; enquanto que, no HCC, o percentual reduziu para 53%, os que consideram muito importante. Nessa questão, 8% acreditam ser pouco importante o desenvolvimento desses processos, na SC; ao passo que, no HCC, esse percentual não foi muito diferente (7%).

No seu setor, como acontece o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e os interesses dos grupos interessados? Ao responder esta questão na SC, 50% dos entrevistados responderam que acontecem com frequência ou com muita frequência; mas, 8% reconheceram que nunca acontece o desenvolvimento desse tipo de processo. No HCC, 73% dos profissionais, os quais responderam ao inquérito, disseram que o desenvolvimento desses processos ocorrem, com frequência ou com muita frequência. Nesse Hospital, não houve ninguém que assumisse a ausência do desenvolvimento de processos que visam a reconhecer as necessidades e os interesses dos grupos interessados no setor.

Ao questionar como o profissional vê a necessidade e o interesse dos grupos interessados, listados (Apêndice E), por ações do seu setor, o destaque, na SC, foi para o Ministério da Saúde e para o SUS; que, segundo 67% dos entrevistados disseram que são estes os *stakeholders*, que mais se utilizam das ações, desenvolvidas pelos seus setores, seguidos pelos Pacientes, Médicos e Indústria de Material Médico-hospitalar; os quais consideram mais importantes, na visão de 50%, 42% e 42% dos respondentes, respectivamente. Essa realidade, no HCC, é um pouco diferente, já que 67% dos entrevistados disseram que são somente os Médicos e os Pacientes quem utilizam muito das ações de seus setores, seguidos pelo SUS, com 53% das respostas. Para 58% dos respondentes, na SC, as ONGs e a Imprensa não se utilizam de ações de seus setores. Já no HCC, 80% dos entrevistados disseram que as Instituições de Pesquisas não se utilizam de ações de seus setores, seguidos pelas Instituições Financeiras e pelos concorrentes, que 53% assumiram não enxergarem interesses nem necessidades desses *stakeholders*, por ações desenvolvidas em seus setores.

No que diz respeito à relação dos setores com aqueles interessados que se utilizam

de suas ações, 58% dos entrevistados, na SC, disseram ser uma relação muito boa, mas para 8%, esta relação é regular. No HCC, 40% disseram ter uma relação muito boa, mas 7% assumiram uma ótima relação com os interessados. Neste Hospital (HCC), o percentual que considerou ter uma relação regular (13%) foi maior que na SC.

Para 33% dos respondentes da SC, não há código algum formalizando a conduta dos funcionários com os *stakeholders*; enquanto, no HCC, nenhuma resposta foi nesse sentido. Por outro lado, 25% das respostas apontaram, na SC, para um código existente com a utilização parcial e 17% com utilização integral; percentuais que, no HCC, são de 40% e 27%, respectivamente. 25% dos respondentes, na SC e 33%, no HCC, disseram não ter conhecimento da existência de um código para esse fim.

Na SC, 75% dos entrevistados responderam não haver processo algum utilizado para o controle das necessidades ou dos interesses do(s) grupo(s) interessado(s) em suas ações. No HCC, este percentual é menor (60%).

A Figura 14 apresenta, de forma sucinta, os processos utilizados para o controle das necessidades ou interesses dos *stakeholders*, segundo os respondentes.

SC	HCC
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento das “não conformidades”, apontadas pela Vigilância Sanitária e pelo Instituto Qualisa de Gestão. • Acompanhamento da elaboração de Planos de Ação e Organograma de treinamentos dos Setores. • Reuniões mensais e/ou semanal. • Reuniões para análises de fluxo e demais necessidades. • Reuniões das Comissões. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de visitas ao paciente para avaliações nutricionais (controle). • Controle de medicamento especial. • Controle dos padrões alimentares. • Contato constante e permanente com colaboradores e a manutenção e fidelização dos já existentes. • Planilha de custos. • Educação continuada. • Planilha de estatística. • Informes. • Protocolo. • Documentação para efetivação e/ou manutenção de cadastro dos fornecedores. • Processo de compras (análise de fornecedores, cotações, análise de preços). • Processo de prestação de contas. • Processo de planejamento de compras. • Processo de qualidade nos exames realizados. • Ética ao lidar com os pacientes. • Controle do processo de revelação de Raio X. • Processo de limpeza e desinfecção dos aparelhos e materiais utilizados.

Figura 14: Processos de Controle das Necessidades ou Interesses dos Stakeholders.

Fonte: Elaboração do Autor, segundo os dados do inquérito (Apêndice E).

Torna-se evidente a inconsistência, no desenvolvimento de processos de controle das necessidades e dos interesses, por parte daqueles interessados que demandam por ações dos Setores, nos Hospitais, objetos desse estudo. Os resultados desse inquérito leva-nos a concluir que muitos não sabem que fazem parte de um processo, ou, até mesmo, não se dão conta de que suas atividades são desenvolvidas, por meio de tarefas inter-relacionadas, caracterizadas por vários processos. Com isso, não conseguem fazer uso de instrumentos a fim de promover o controle, e, dar apoio a outros processos.

Ao analisarmos as respostas, contidas na Figura 14, verificamos que essa noção de processos é menos evidente na SC, já que os respondentes não conseguiram relatar quais foram os processos de controles das necessidades e dos interesses dos *stakeholders* por ações que desenvolvem.

Dos 16 Setores listados (Apêndice E), apenas 35% deles estão representados nesse inquérito, na SC. No HCC, este percentual de participação dos Setores foi de 41%. Portanto, fica evidente, também, a ausência de interesse dos gestores dos outros Setores em participar do inquérito. As questões propiciam não apenas o atendimento às necessidades da pesquisa, mas evidencia uma oportunidade para a realização de uma autocrítica. Com isso, perde não somente o pesquisador, mas também os Hospitais, os quais não estimulam seus colaboradores na busca de um aprimoramento contínuo.

5.2.4 – Análise e Discussão dos Resultados Qualitativos

Analisada a missão dos hospitais, ainda que não sejam evidentes e significativas as diferenças, percebe-se que o Hospital 2 assume uma orientação mais humanitária e menos empresarial.

Missão do Hospital 1: Oferecer assistência à saúde, com responsabilidade social, qualificação e comprometimento dos colaboradores, de forma segura e confiável, com excelência no atendimento.

Missão do Hospital 2: Ter um reconhecimento abrangente, promover a permanente satisfação dos usuários, ser um hospital humanizado e autossustentável.

O Hospital 1 assume, explicitamente, a responsabilidade social como um valor da organização; revelando, assim, a assimilação do modelo da Responsabilidade Social Corporativa (RSC – *Corporate Social Responsibility*). Contudo, na argumentação de Moutchnik (2013), a ideia de RSC é, provavelmente, supérflua. Se a organização responde

às necessidades e aos interesses das partes envolvidas, então, não há necessidade de uma abordagem independente de RSC, já que esta está implícita no modelo dos *stakeholders*. O autor (2013, p. 6) argumenta que “a RSC é construída sobre falsas distinções conceituais, tais como (1) fatos e valores; (2) ética e negócios; (3) social e econômica; (4) empresarial e social; entre outros”. É quase um pedido de desculpas, pelo fato de o negócio ser sobre o dinheiro e interesse próprio, de tal modo que se torna necessária alguma compensação social.

Dentro dessa lógica argumentativa, se os negócios forem encarados como processos de criação de valor, para todas as partes interessadas, a RSC torna-se simplesmente redundante. A narrativa da RSC suporta, implicitamente, a antiga narrativa do negócio, já que a perspectiva da responsabilidade social como algo independente do, e, externo ao, negócio.

Seguindo essa argumentação, o Hospital 1 sustenta a antiga narrativa dos negócios, enquanto o Hospital 2 incorpora a nova narrativa. No entanto, o que, aqui, verdadeiramente, importa é que, implícita ou explicitamente, ambos os hospitais olham os interesses das partes interessadas como integrantes da sua razão de existir.

Da análise dos dados ressalta-se um grande contraste, relativamente, à origem das fontes de financiamento dos dois hospitais. O Hospital 1 tem o Estado como grande fonte de recursos, onde o SUS representa 85% dos atendimentos, e a Prefeitura Municipal remunera os plantões médicos. No Hospital 2, o SUS representa 90% dos atendimentos, mas o Município não contribui com recursos financeiros. Esses dados indicam que, à partida, existem uma maior dependência de contribuições voluntárias para segunda Instituição. Essa realidade vai ao encontro da descrita em Pfeffer (1978), pois segundo o autor, alguns hospitais são dependentes de sua comunidade local, para financiamento e apoio; enquanto outros são menos dependentes. Nessas circunstâncias, o Conselho de Administração do Hospital 2 assume um papel fundamental a fim de garantir os recursos necessários, e, pela análise dos dados, percebe-se que, o Hospital 2 consegue ser eficaz, ao atrair uma maior contribuição da sociedade, para o financiamento de suas atividades.

Tendo presente os argumentos de Pfeffer (1973), segundo os quais a função e a composição do Conselho de Administração tem um impacto na capacidade de se obter apoio da comunidade e sobre a eficácia organizacional, definida como a capacidade de atrair recursos do meio ambiente, podemos avançar com a hipótese de que essa capacidade de o Hospital 2 atrair contribuições financeiras da sociedade, pode estar relacionada com a

função e a composição de seu conselho de administração. O apoio da sociedade ao Hospital 2 é função de seu histórico, “está na credibilidade do trabalho realizado” (PH2).

Acontece o mesmo, com os visitantes: “A Casa tem uma credibilidade muito grande com os caravaneiros. Eles confiam plenamente no nosso trabalho. A credibilidade é a base. A gente tem que passar isso para as pessoas. Se não passar elas ficam desanimadas, não vestem a camisa” (PH2).

Por outro lado, como o Hospital 1 (85% de SUS) é dependente do Município, podemos avançar com a hipótese de a comunidade não perceber a necessidade de contribuir, financeiramente, para a sua atividade. No entanto, se a Prefeitura não repassar ou atrasar o recurso financeiro, os médicos não receberão seus plantões. Nesse caso, o Conselho precisa agir, no ambiente externo, na tentativa de reduzir o grau dessa dependência. Pela análise dos dados, o Conselho do Hospital 1 não tem conseguido ser eficaz nesse desiderato.

Enquanto no Hospital 2, a presença de seu fundador, no Conselho, propicia a angariação de recursos, via contribuição voluntária da comunidade, o Hospital 1 não consegue dinamizar as atividades da Associação das Amigas da Santa Casa e do Conselho Comunitário, embora ambos tenham sido criados para angariar recursos, junto à comunidade.

A Associação das Amigas da Santa Casa é constituída por voluntárias “mas está meio adormecida - não tem funcionado como deveria (objetivo é a captação de recursos – está precisando de toalhas, elas fazem uma campanha para isso). Há três anos que não tem uma campanha” (PH1).

Ocorre o mesmo com o Conselho Comunitário, que não saiu do papel, “eu não vi nem um membro. A ideia era que os presidentes das Associações dos Bairros fizessem parte desse Conselho por serem representantes da população” (PH1).

Dessa forma, entende-se que tanto o Hospital 1 como o 2 necessitam de recursos para a operacionalização dos serviços que prestam à Comunidade. A Figura 15 demonstra o grau de dependência/capacidade negocial dos hospitais face a cada fonte de recurso. O Hospital 1 é, altamente, dependente do Estado, pois, além das subvenções dos Governos Federal e Estadual, depende, também, do Município. Há, portanto, uma dependência política.

Para Pfeffer (1972a), os hospitais que obtêm a maioria de seus recursos do Governo Federal, já que eles não possuem o apoio da comunidade local, não são tão propensos a

explorar todas as formas de articulação; incluindo a representação regional ou o subgrupo de interesses. Como é o Município quem remunera os plantões médicos, e, por isso, fica evidenciada a dependência política, torna-se, assim, prudente minimizar o risco.

Hospital 1	Hospital 2
O SUS remunera apenas 55% dos gastos, com o paciente (do total dos atendimentos, 85% são do SUS).	A maior fonte de recursos origina-se do SUS (90% dos atendimentos), “mas ele não consegue financiar a folha de pagamento” (PH2). O repasse é muito baixo.
O Município remunera 100% dos plantões médicos, o que proporciona uma grande dependência política, da esfera municipal.	Alto grau de dependência da comunidade, dos caravaneiros e das empresas.
Alto grau de dependência do Estado para melhorias das instalações e compras de equipamentos.	Alto grau de dependência do Estado para melhorias das instalações e compras de equipamentos.

Figura 15: Grau de Dependência/Capacidade Negocial de Cada Fonte de Recurso.

Fonte: Entrevista.

Embora não receba contribuições de recursos financeiros dos Municípios, o Hospital 2 apresenta igualmente uma grande dependência do Estado (Figura 15). O Conselho, por meio do fundador da Casa, tem conseguido, também, o apoio da comunidade da região; todavia, os Municípios, mesmo ao estabelecerem uma relação de interesse com este Hospital, pois envia, diariamente, pacientes para se tratarem, não o apoiam: “Eles não dão a mínima para a saúde. Eles despacham o povo pra cá e pronto, eles querem ficar livres e não podem auxiliar. Eu não conto com eles, se não é decepção” (PH2).

Quando a situação foge ao controle, o Hospital 2 recorre à Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração (CBMM): “A CBMM não ajuda com dinheiro fixo. Mas, ela nunca nos deixou na mão. Quando a coisa aperta eu recorro a ela” (PH2).

Os dois hospitais reconhecem que os principais *stakeholders* são os médicos, as empresas e a comunidade. Se compararmos essa lista de *stakeholders* com a lista, anteriormente (Figura 11), proposta por Gonçalves et. al. (2008), a visão dos Administradores dos casos em análise, irá parecer-nos uma percepção estreita da realidade.

Ambos os Conselhos de Administração evidenciam um déficit de percepção da rede de interessados das organizações, que administram os hospitais, podendo, conseqüentemente, não perceber que podem funcionar como elo aos *stakeholders* (Pfeffer, 1972a). Nesse contexto, é pertinente perguntar como podem gerir os interessados, se não há a sua identificação prévia?!

Existem várias estratégias que as organizações podem empregar para reduzir a

incerteza do ambiente e torná-lo mais generoso (Pfeffer, 1972b). Uma delas é a estratégia de cooptação (Selznick, 1949, como citado em Pfeffer, 1972b), utilizada para “acesso a novos recursos, informações, desenvolvimento de comitês interfirmas e estabelecimento de legitimidade de mercado” (Martins, 2005, p.104). Assim, como já foi dito anteriormente, as empresas que enfrentam as mesmas dependências ambientais são mais propensas a usarem as mesmas estratégias de cooptação (Hillman et. al., 2009). É evidente que, em maior ou menor grau, os dois Hospitais necessitam de apoio da comunidade. Entretanto, eles não estão propensos a usarem as mesmas estratégias no sentido de reduzir a incerteza do ambiente externo, em especial a dependência relativa às fontes de financiamento.

A Figura 16 apresenta a opinião dos entrevistados, sobre as estratégias que utilizam, para reduzir a incerteza do ambiente externo.

Hospital 1 (PH1)	Hospital 2 (PH2)
<p>“Eu não vou lhe falar qual é a receita (estratégia) porque eu não tenho. Não temos dinheiro para pagar o 13º salário dos funcionários da Santa Casa. Esse mês entrou um recurso de um convênio grande e nós já estamos providenciando o pagamento do 13º. Só Deus mesmo. Deixamos de pagar alguns fornecedores para remunerar os funcionários. Eu não posso deixar esse povo sem receber. Quando eu cheguei aqui eu deixei de pagar férias do pessoal (não tinha dinheiro). Hoje está tudo em dia. Se por ventura o prefeito não repassar mais, vai fechar essa torneira, mas abrirão outras. A própria CBMM deixa muito claro que não vão nos deixar na mão. O Grupo Z não ajuda. A Companhia Vale do Rio Doce (Mineração) não auxilia em nada. Se isso vier a acontecer, nós teremos que rever todas essas fontes.”</p> <p>“O que fazemos é só repassar a verba. Se isso acabar, vamos ter que buscar recursos. Já falei para os médicos que a Santa Casa não tem condição de pagar o que eles estão recebendo hoje.”</p> <p>“Essa situação ruim, de hoje, foi causada por eles mesmos”, pois nas eleições os médicos levantaram a bandeira da oposição e o prefeito se reelegeram.”</p> <p>“E o prefeito é muito vingativo. Você pode ter a sua preferência, mas não precisa sair gritando e pulando.”</p> <p>“Eu não posso brigar com o prefeito por causa de um funcionário que levantou a bandeira de outro partido. Preciso ser político. Quando eu cheguei aqui, eu conseguia recurso com a Prefeitura, com a Câmara Municipal e olha que eu não sou amigo deles.”</p> <p>“O social, por sermos filantrópicos, quando eu cheguei aqui a Santa Casa prestava muito serviço que não era contabilizado. O mais importante é contabilizar. Lógico que divulgar, mas eu tenho certo receio dessa divulgação. Eu não gosto disso (atendemos de graça). A Santa Casa está aqui é para isso. Quando dá, nós fazemos (como eu já falei: 40 tomografias de graça). O social nós conseguimos. O econômico, muito difícil.”</p>	<p>“O objetivo é buscar a sustentabilidade, pois o público do Hospital é a população de baixa renda, sendo mais de 90% dos atendimentos custeados pelo SUS, com financiamento muito baixo, não proporcionando um atendimento digno e humanitário.”</p> <p>Como os Municípios da microrregião de Araxá não colaboram, “eu conto com a comunidade da região, pois as pessoas da comunidade destas cidades ajudam muito.”</p> <p>“O Hospital Casa do Caminho sobrevive basicamente através de verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) e de doações espontâneas oriundas da comunidade e de empresas comprometidas com o social que acreditam na seriedade e transparência do trabalho.”</p>

Figura 16: Estratégias para Reduzir a Incerteza do Ambiente Externo.

Fonte: Entrevista.

Ao procurar diversificar as fontes de financiamento (por exemplo, constituição de empresas independentes, como restaurantes), o Hospital 2 revela uma atitude proativa, na tentativa de reequilibrar as relações de poder com a dos *stakeholders*, face ao grau de dependência que, para estes, é significativo. No entanto, essas iniciativas são, ainda, incipientes e não conseguem obter resultados visíveis – “os restaurantes estão no começo” (PH2).

Outra medida interessante é a fidelidade de contribuições voluntárias, via CEMIG, pois as pessoas pagam uma quantia, mensalmente, na conta de luz, que se torna uma renda fixa para a Casa. Para as empresas, existe o programa “empresa amiga”. Paralelamente, existe uma estratégia de comunicação com a comunidade. O Hospital 2 divulga as suas atividades, na internet, e, ao mesmo tempo, estabelece uma conexão direta com a comunidade, em termos de apoio.

Contrariamente, o Hospital 1 revela insegurança, face à comunicação e ao relacionamento virtual com a comunidade: “Lógico que divulgar é importante, mas eu tenho certo receio dessa divulgação. Eu não gosto disso (atendemos de graça)” (PH1). Além disso, não se percebe que exista uma estratégia clara de captação de novas fontes de financiamento, apesar da consciência revelada quanto à excessiva dependência dos apoios Municipais: “Aqui, quando o prefeito (médico eleito 2009/2012 – reeleito para 2013/2016) assumiu, a intenção dele foi acabar com tudo. Inclusive dissolver o corpo clínico, pois ele disse que ia resolver o problema da Santa Casa” (PH1). No entanto, a realidade recente aponta que o Conselho não tem garantido a captação de recursos, e, apesar de um grande empresário fazer parte do Conselho, “ele não contribui com nada” (PH1) e as remunerações dos médicos continuam sendo da responsabilidade do Prefeito do Município, que sempre assumiu os honorários, embora, naquele momento, estivessem com dois meses de salários atrasados.

Para Pfeffer (1972a), os conselheiros poderão ter contatos, no mundo dos negócios e círculos financeiros úteis, a fim de levantar recursos financeiros ou contatos políticos os quais podem ser úteis para que o hospital possa contar com fundos públicos, quer nas operações ou nas despesas de capital. Os membros do conselho podem ser selecionados, também, para representar vários consumidores ou outros grupos interessados na comunidade. O Conselho do Hospital 1 compõe-se de pessoas influentes, proprietários e gerentes de grandes empresas; no entanto, não há uma política explícita que visa a angariar recursos. O que tem sido útil, realmente, são os contatos políticos; mesmo assim, no

âmbito municipal têm ocorrido grandes inconvenientes, quanto à remuneração dos plantões médicos. “Os médicos são de responsabilidade do prefeito, que sempre assumiu (estão com dois meses atrasados). O que fazemos é só repassar a verba. Se isso acabar, vamos ter que buscar recursos” (PH1).

No Hospital 2, há uma confiança entre a comunidade e o fundador da Instituição. Tudo indica que isso ocorre por confiarem em seu trabalho e perceberem uma reciprocidade nos interesses. Outra hipótese é por ser público, não há contribuição municipal.

Enquanto o Hospital 2 apresenta como marca o trabalho social, mesmo porque a comunidade consegue verificar e constatar as ações desenvolvidas por sua organização, o Hospital 1 parece não conseguir apresentar e justificar a não divulgação de suas ações sociais.

5.2.5 – Considerações Finais

Este estudo exploratório teve como objetivo avaliar a influência (potencial) da gestão, no estabelecimento das relações com a comunidade no alcance do sucesso de captação de contribuições financeiras, voluntárias, da comunidade para os hospitais religiosos e sem fins lucrativos; utilizando para o efeito, a Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência dos Recursos. Com o estudo, procuramos, igualmente, fornecer evidências de práticas sobre o desenvolvimento do processo de gestão dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos, no sentido de enriquecer a nossa compreensão sobre a ocorrência de problemas em relação à gestão, bem como as especificidades de financiamento. Em ambos os casos, como apoiadores e financiadores dos recursos necessários na conclusão do processo de gestão, os Administradores reconhecem apenas os médicos, as empresas e a comunidade. Comparada essa lista de interessados com os identificados em Gonçalves *et al* (2008, p.93), podemos classificar a percepção dos administradores sobre as partes interessadas como redutora, e, conseqüentemente, torna-se pertinente colocar a questão: como podem gerir os interessados se não há a sua identificação prévia?! Essa questão é esclarecida, a partir do entendimento do que a gestão dos *stakeholders* pode existir, num modo mais intuitivo e espontâneo, ou seja, não tem, necessariamente, de ser deliberada, tal como, aliás, é reconhecido na literatura sobre estratégia empresarial (Mintzberg, 1987).

Essa pesquisa revela que, em ambos os Hospitais, existe, sobretudo, uma estratégia de atuação e gestão implícita dos *stakeholders*; suportada, também, numa identificação implícita e espontânea dos *stakeholders*, ou seja, a relação com os *stakeholders* é intrínseca ao próprio negócio e à missão da organização.

Não foi captada a evidência de instrumentalização dessa relação, ou seja, mais do que a narrativa da RSC, revelou-se uma narrativa de gestão das partes interessadas, embora, de modo muito incipiente e intuitivo. A gestão intuitiva, identificada em ambos os hospitais, não constitui, necessariamente, um ponto fraco e, muito menos, que não exista gestão dos *stakeholders*. Na verdade, “as estratégias emergentes não são necessariamente más, nem as estratégias deliberadas são sempre boas” (Mintzberg, Ahlstrand & Lampel, 2009, p. 27).

Em ambos os casos, a excessiva dependência do financiamento do Estado (Federal, Estadual e Municipal, no caso do Hospital 1, e, Federal e Estadual, no caso do Hospital 2) foi explicitamente reconhecida. No entanto, apenas o Hospital 2 demonstrou preocupação em gerir essa dependência e apresentou estratégias concretas, em tentativas de diversificação das fontes de financiamento.

O Hospital 2 revela uma maior capacidade de angariar contribuições voluntárias da comunidade e evidencia, igualmente, algumas iniciativas de gestão da relação do Hospital com a comunidade; em grande parte, por meio da figura carismática do seu líder, o qual parece conseguir fazer uma melhor ligação com a sua ecologia. Essas coexistências de diferenças na capacidade de captação de recursos voluntários da comunidade e de diferenças na gestão da relação com a comunidade vêm reforçar a possibilidade da existência da relação causal, mas não provam causalidade.

Este trabalho contribui, ainda, para a literatura, em três formas principais. Em primeiro lugar, ele fornece evidências sobre como os Administradores hospitalares percebem os *stakeholders* e como atuam, estrategicamente, para gerir a relação com os *stakeholders*. Em segundo lugar, o estudo destaca a importância das contribuições voluntárias, oriundas da comunidade, enquanto fonte de financiamento alternativa dos hospitais religiosos, sem fins lucrativos. Além disso, procura chamar a atenção dessas Instituições para a importância de uma gestão mais proativa na sua relação com a comunidade. Finalmente, sob o ponto de vista da Teoria da Dependência de Recursos, o estudo permite-nos compreender, porque é que no Hospital 1, existe uma focalização na relação com o Município, seu principal financiador; e, no Hospital 2, há uma gestão mais

equilibrada da relação com os diversos financiadores, nomeadamente, com a comunidade.

Como todos os estudos, este apresenta suas limitações. A primeira, sendo um estudo sobre somente duas organizações, as suas conclusões não são generalizáveis para outras organizações. Mais pesquisas são necessárias a fim de tornar possível uma visão clara sobre o assunto tratado. No entanto, podemos fazer uma generalização teórica das limitações, que o quadro teórico revelou, a fim de explicar a complexidade de todo o sucesso à captação de contribuições financeiras voluntárias da comunidade para os hospitais religiosos e sem fins lucrativos

Estamos cientes das restrições dos estudos qualitativos e dos estudos de casos, em particular – pois ele “restringe ao caso que estuda, ou seja, um único caso, não podendo ser generalizado” (Marconi & Lakatos, 2010, p.274). Dessa forma, estabeleceu-se o estudo comparativo de dois casos a fim de minimizar os efeitos limitadores. Mesmo assim, “poucos casos fornecem uma base frágil para a generalização” (Gil, 2010, p.38), além de estabelecer uma ausência de rigor metodológico, podendo incorrer em viés, comprometendo a sua qualidade. Portanto, relativamente ao método seguido para esse trabalho, podemos resumir as suas principais limitações, conforme Figura 17, realçando, simultaneamente, aqueles aspectos que julgamos os mais positivos.

Aspectos Positivos	Limitações
Clara delimitação da questão científica a investigar.	Pretende-se estudar motivações para o comportamento humano (tarefa, generalizadamente, considerada como muito complexa).
Procura de condições padronizadas da observação e das técnicas de entrevista.	O controle de fatores externos nunca é completamente conseguido. Metodologia menos consistente, quando comparada a das ciências naturais.
Interação sustentada com o objeto de estudo.	Nas Instituições, há uma série de fenômenos de suma importância, que só podem ser observados, durante a atividade rotineira dos serviços.
Registos acessíveis (áudio) para eventual revisão de detalhes, do tom das afirmações e das interpretações.	O efeito intimidatório da gravação pode ter provocado reserva no entrevistado.
Espaço para uma pluralidade de técnicas de pesquisa, com recurso a metodologias quantitativas e qualitativas.	Há quem defenda que, para além desses modelos clássicos, persiste a necessidade de encontrar formas alternativas de aproximação ao objeto de estudo.
Observação compreensiva, especialmente, atenta às limitações dos métodos de questionamento direto e de perguntas e respostas.	A apreciação do significado e das intenções dos atores sociais é sempre muito incompleta.
Respeito aos comportamentos e às motivações individuais.	As sociedades não podem ser reduzidas aos indivíduos que as constituem, mas o mundo social não esvazia as questões individuais. A distinção entre o individual e o social é difícil.
Esforço de neutralidade perante o	O investigador nunca consegue abandonar as suas

objeto de estudo.	convicções (algumas serão mesmo inconscientes);
Busca cativa de categorias e esquemas conceituais estáveis.	Capacidade preditiva duvidosa (suspeita-se de algum relativismo, o que se encontra pode não passar de produto de culturas locais).

Figura 17: Método: Aspectos Positivos e Limitações.

Fonte: Elaboração do Autor.

Os casos em estudo não pretendem ser representativos de qualquer população, pois o objetivo, no momento, não é testar a teoria, mas sim explorar oportunidades de desenvolvê-la (Eisenhardt & Graebner, 2007).

Na próxima fase, procuramos promover uma identificação dos *stakeholders* dos hospitais filantrópicos, na percepção dos profissionais da saúde a respeito dos grupos interessados, em atividades hospitalares.

5.3 – FASE II: IDENTIFICAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS* DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

5.3.1 – Objetivo

O gerenciamento dos *stakeholders* é fundamental para a estratégia. Uma vasta literatura sobre o assunto apresenta a identificação das partes interessadas como uma etapa fundamental do processo. Como os hospitais são organizações complexas, muitos são os seus interessados, em especial, em se tratando de hospitais filantrópicos, dado o seu caráter social. Embora haja um amplo consenso sobre as partes interessadas dos hospitais em geral, cada um apresenta seu próprio mapa de *stakeholders*.

Desse modo, partindo do “pressuposto básico de que os gestores não podem atender às demandas de todos interessados de imediato e de forma personalizada” (Minoja, 2012, 67), e, considerando a elevada dependência financeira dos hospitais sem fins lucrativos (Gorsky *et. al*, 2002), o objetivo desta fase é captar a percepção dos profissionais a respeito dos grupos interessados, em atividades hospitalares.

5.2.2 – Coleta de Dados

A recolha de dados para a identificação dos *stakeholders* relevantes foi feita por questionário e os resultados foram representados, graficamente, de modo a ilustrar a importância relativa e da relação de influência dos interessados com os hospitais.

Esta fase assume a forma de uma pesquisa descritiva a fim de tornar mais visível os resultados alcançados. Um inquérito por questionário (Apêndice D) foi realizado em Araxá/MG. Dos 380 questionários distribuídos, 117 foram respondidos; e, pode ser considerado um número interessante, equivalente a 31% do total.

A técnica metodológica utilizada para mensurar a relevância de cada *stakeholder* foi a Escala de Diferencial Semântico, que, segundo Gil (2009, p.145), “é uma técnica utilizada para medir o significado atribuído a conceitos, desenvolvida por Osgood, Suci e Tannenbaum”. A escala, então, foi: 1 - irrelevante; 2 – pouco relevante; 3 – indiferente; 4 – relevante; 5 – muito relevante. Para isso, uma lista sugestiva das partes interessadas, definida em pesquisa anterior, realizada no setor hospitalar, no estado de São Paulo (Gonçalves et. al., 2008), foi distribuída aos respondentes. Os dados coletados foram apresentados em um diagrama (Figura 19), no formato de uma roda, onde o hospital se encontra no centro e os *stakeholders*, nas extremidades dos raios; conforme o modelo preconizado por Freeman (1984). O grau de relevância (de acordo com a Escala de Diferencial Semântico) foi definido, com base no maior percentual, indicado pelos respondentes de cada item da lista das partes interessadas e representado, no diagrama, em formatos distintos; sendo, quanto maior a elipse e mais perto do centro, mais relevante é o *stakeholder*.

As elipses foram ligadas com setas fortes ou fracas, com uma ou duas pontas indicativas, considerando a relação de influência entre cada grupo de interessados e o Hospital. Essa relação foi dividida em 6 categorias:

- 1 - Somente influencia o Hospital (só uma seta forte, direcionada para o Hospital);
- 2 - Mais influencia do que é influenciado pelo Hospital (duas setas: uma forte, direcionada ao Hospital; e, outra fraca, direcionada ao interessado);
- 3 - Influencia e é influenciado pelo Hospital, de modo equilibrado (só uma seta forte com as duas pontas indicativas);
- 4 - Mais é influenciado do que influencia o Hospital (duas setas: uma forte, direcionada ao interessado; e, outra fraca, direcionada ao hospital);
- 5 - Somente é influenciado pelo Hospital (só uma seta forte, direcionada para o interessado);
- 6 - Não influencia e nem é influenciado pelo Hospital (só uma reta de ligação, sem pontas indicativas); e
- 7 - Não sabe responder.

Para definir a categoria de relação de influência, utilizou-se como critério, a categoria com o maior percentual, indicado pelos respondentes.

Utilizou-se, no segundo inquérito, para a análise dos três atributos de relacionamentos (poder, legitimidade e urgência), o *software Past* para o tratamento estatístico e análise de *cluster*.

5.3.3 – Resultados

Do total de 380 formulários distribuídos, 117 retornaram sendo considerado um número interessante, pois equivale a 31% de participação dos entrevistados. O perfil dos respondentes, os quais, considerado diversificado, está demonstrado, graficamente, na Figura 18, onde o destaque ficou para os Técnicos em Enfermagem, com a participação de 31%; seguidos por Médicos, com 18%; Enfermeiros e profissionais do setor administrativo dos Hospitais, com 16%.

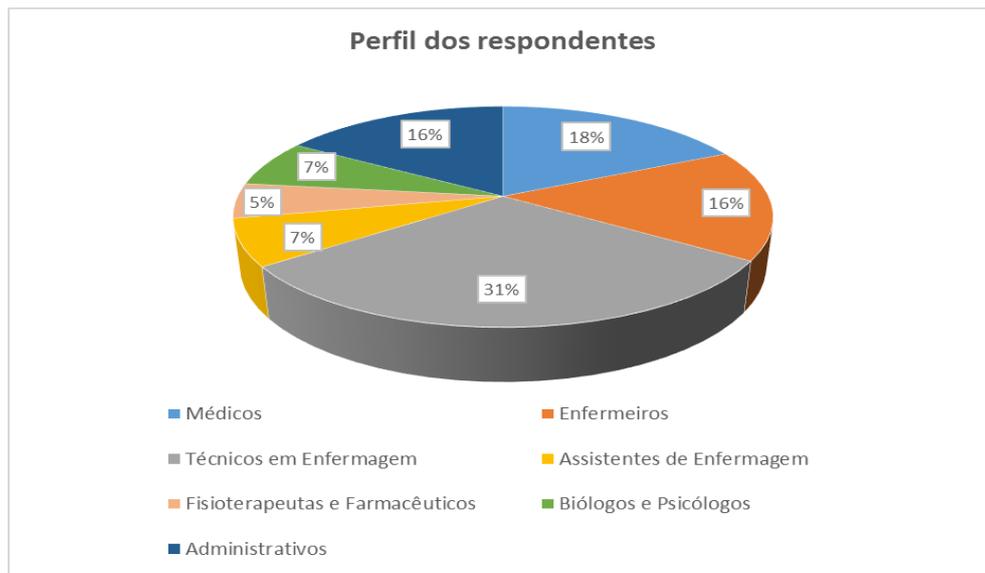


Figura 18: Perfil dos Respondentes.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

O grau de relevância dos *stakeholders*, em termos absolutos, demonstrados na Tabela 7, foi classificado na seguinte ordem: médicos, com o maior percentual, 83%, de muito importante; pacientes, com o segundo maior percentual, 81%, de muito importante; o Sistema Único de Saúde – SUS, com o terceiro maior percentual, 65%, de muito importante; seguido pela Indústria Farmacêutica, 57%; Indústria de Equipamentos Médicos, 56%; Indústria de Material Médico-hospitalar, 55%; Ministério da Saúde, 46%; e, Instituições de Pesquisa, 45%.

Tabela 7: Grau de Relevância dos Stakeholders.

Grupos Interessados (Stakeholders)	1 - Sem importância	2 - Pouca importância	3 Indiferente	4 Importante	5 - Muito importante
1 – Indústria Farmacêutica	0%	4%	6%	32%	57%
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	1%	3%	4%	35%	56%
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	1%	0%	8%	37%	55%
4 – Saúde Suplementar	0%	2%	9%	55%	34%
5 – Instituições de Pesquisa	2%	7%	9%	38%	45%
6 – Ministério da Saúde	2%	3%	11%	38%	46%
7 – SUS	1%	1%	10%	23%	65%
8 – Médicos	0%	0%	3%	15%	83%
9 – Pacientes	0%	2%	4%	13%	81%
10 – Sindicatos	5%	16%	31%	27%	21%
11 – ONGs	7%	13%	20%	31%	30%
12 – Instituições Financeiras	5%	10%	15%	37%	33%
13 – Imprensa	9%	22%	26%	28%	15%
14 – Concorrentes	11%	19%	19%	32%	19%
15 – Associações - AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.	1%	4%	13%	43%	39%
16 – Outro (especificar)	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

O *stakeholder* Saúde Suplementar teve o maior percentual de importante, 55%; seguido das Associações, 43%; Instituições Financeiras, 37%; Concorrentes, 32%; ONGs, 31%; Imprensa, 28%; e, Sindicatos, 27%. Esses dados resultaram na composição do diagrama (Figura 5), em termos de tamanho e proximidade da elipse (*Stakeholder*), em relação ao centro (Hospital).

A relação de influência, conforme demonstra a Tabela 8, com maior percentual em destaque, segundo os respondentes do inquérito, foram apenas duas categorias, assim, distribuídas:

- Mais influencia do que é influenciado pelo Hospital: Ministério da Saúde, 29%; SUS, 26%; e, Sindicatos, 21%.
- Influencia e é influenciado pelo Hospital, de modo equilibrado: Indústria de Material Médico-hospitalar, 56%; Indústria de Equipamentos Médicos, 49%; Indústria Farmacêutica, 44%; Saúde Suplementar, 44%; Médicos, 38%; Pacientes, 38%; Associações, 38%; ONGs, 27%; Concorrentes, 32%; Instituições de Pesquisa, 25%; Imprensa, 24%; e, Instituições Financeiras, 21%.

Tabela 8: Grau de Influência.

Grupos Interessados (<i>Stakeholders</i>)	1 Somente influencia o Hospital	2 Mais influencia do que é influenciado pelo Hospital	3 Influencia e é influenciado pelo Hospital de modo equilibrado	4 Mais é influenciado do que influencia o Hospital	5 Somente é influenciado pelo Hospital	6 Não influencia e nem é influenciado pelo Hospital	7 Não sabe responder
1 – Indústria Farmacêutica	10%	21%	44%	9%	2%	3%	11%
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	13%	15%	49%	4%	7%	2%	11%
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	10%	9%	56%	5%	8%	3%	10%
4 – Saúde Suplementar	7%	15%	44%	5%	9%	3%	16%
5 – Instituições de Pesquisa	10%	18%	25%	9%	5%	15%	19%
6 – Ministério da Saúde	22%	29%	20%	8%	6%	3%	12%
7 – SUS	13%	26%	25%	13%	7%	2%	15%
8 – Médicos	9%	18%	38%	15%	6%	3%	10%
9 – Pacientes	12%	13%	38%	16%	5%	3%	13%
10 – Sindicatos	14%	21%	20%	15%	5%	9%	17%
11 – ONGs	12%	11%	27%	8%	5%	18%	19%
12 – Instituições Financeiras	16%	16%	21%	8%	3%	12%	23%
13 – Imprensa	7%	14%	24%	4%	3%	18%	30%
14 – Concorrentes	3%	5%	32%	9%	5%	20%	26%
15 – Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	9%	14%	38%	7%	4%	4%	24%
16 – Outros (especificar)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados possibilitaram a construção de um diagrama, representativo, apresentando o mapa dos *stakeholders* (Figura 19).

Os grupos interessados os quais os respondentes tiveram maior dificuldade a identificar a relação de influência com o Hospital foram a imprensa, os concorrentes, as associações e as Instituições financeiras, com a indicação de 30%, 26%, 24% e 23%,

respectivamente, da opção “não sabe responder.”

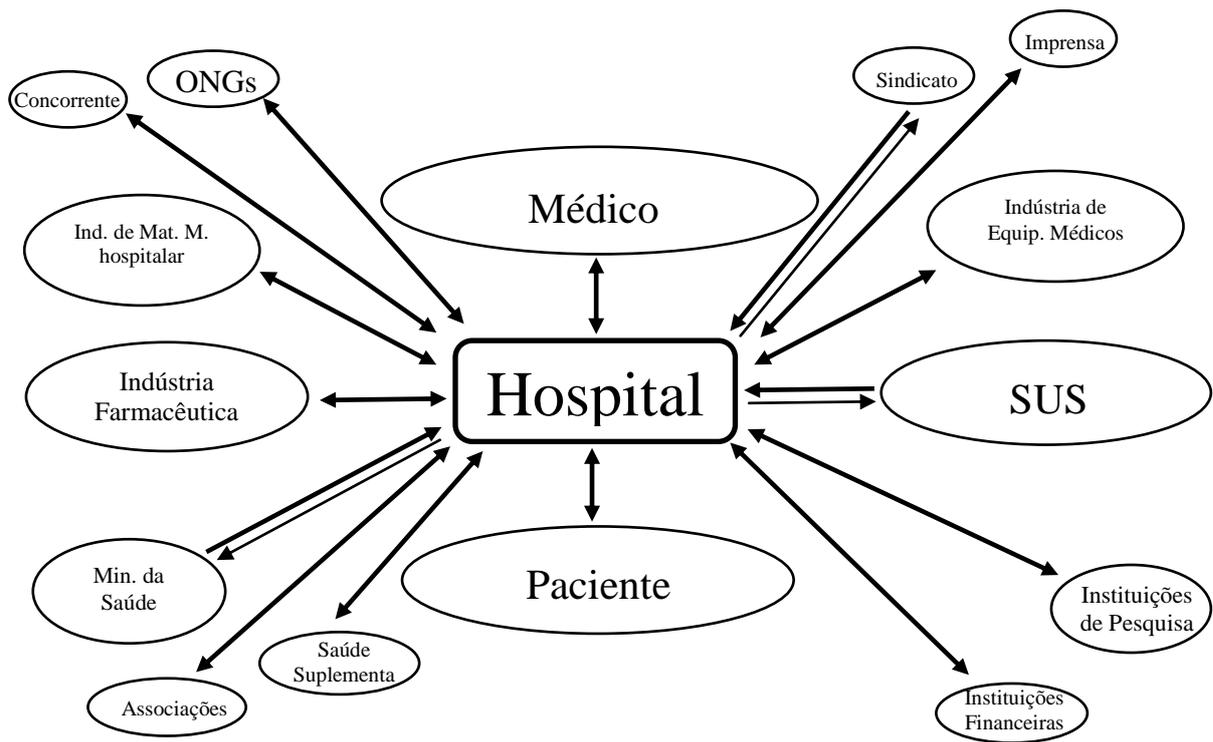


Figura 19: Diagrama – Mapa de Stakeholders.
 Fonte: Produzido pelo autor.

5.3.4 – Discussão dos Resultados

Com relação ao grau de relevância dos grupos interessados, a pesquisa oferece, portanto, evidências de que, enquanto médicos, pacientes e o "Sistema Único de Saúde" são vistos como os principais interessados, aos quais um hospital filantrópico deve ter atenção; a relevância de doadores beneficentes é questionável.

No formulário de inquérito, havia um espaço para a sugestão de outros interessados, quando esperávamos a inclusão, por parte dos participantes, de empresas colaboradoras, governos municipais das cidades vizinhas, comunidades religiosas e instituições de classes, como exemplos. Tais resultados são vistos, com surpresa, uma vez que esses Hospitais são, altamente, dependentes de doadores, especificamente, por causa de legitimação social.

Foram consideradas 6 categorias a fim de retratar a relação de influência entre cada grupo de interessados e o Hospital. Entretanto, apenas duas se destacaram com um maior percentual de indicação, por parte dos respondentes. A primeira categoria com destaque foi a “Mais influencia do que é influenciado pelo Hospital”, representada no mapa com uma seta forte, direcionada para o Hospital e outra fraca, direcionada aos seguintes interessados:

Ministério da Saúde (29%), SUS (26%) e Sindicatos (21%). A segunda categoria com destaque foi a “Influencia e é influenciado pelo Hospital de modo equilibrado”, representada no mapa, com uma seta forte, com as duas extremidades direcionadas, uma para o Hospital e outra para os seguintes grupos de interessados: Indústria de Material Médico-hospitalar (56%), Indústria de Equipamentos Médicos (49%), Indústria Farmacêutica (44%), Saúde Suplementar (44%), Médicos (38%), Pacientes (38%), Associações (38%), ONGs (27%), Concorrentes (32%), Instituições de Pesquisa (25%), Imprensa (24%) e Instituições Financeiras (21%).

Outra constatação foi que 17%, em média, dos respondentes tiveram dificuldade em identificar a categoria que retrataram a influência entre os interessados e a Instituição Hospitalar. Cabe destacar três grupos de interessados, cuja dificuldade de identificação desse item foi muito acima da média: a imprensa, os concorrentes, as associações e as Instituições Financeiras, com a indicação de 30%, 26% e 24%, 23%, respectivamente, da opção “não sabe responder.”

Parece-nos relevante a influência da imprensa sobre o Hospital, especialmente, pela informação disponibilizada à sociedade. No entanto, não foi a realidade constatada pelos números da pesquisa. Além disso, cabe ainda ressaltar, mais uma vez, a ausência de doadores que parece-nos influenciar, diretamente, esse tipo de Hospital, cuja característica principal está no fato de ser filantrópico. Sem falar do caráter religioso, de origem dessas Instituições de Saúde, seria natural ser constatado uma relação direta de influência das comunidades religiosas, e nem mesmo foram sugeridas pelos respondentes.

Essa fase da pesquisa baseia-se em uma amostra que não pode ser considerada representativa; e, portanto, qualquer generalização das conclusões deve ser feita com muito cuidado. Ademais, ela se concentra apenas nas percepções dos trabalhadores; e, portanto, analisa apenas uma das partes interessadas, sendo necessário muito mais para se obter uma matriz completa, e, efetivamente, representativa dos grupos interessados nos Hospitais. No entanto, essa pesquisa foi capaz de fornecer novos *insights*, sobre a identificação dos grupos de partes interessadas, no que diz respeito a Hospitais Filantrópicos brasileiros, de origem religiosa, e que explora as principais oportunidades e os grandes desafios na gestão dos *stakeholders*. Cria-se, assim, um ambiente motivacional para um estudo mais robusto e de profundidade, com uma amostra de maior amplitude a envolver a opinião de outros importantes grupos interessados nas Instituições Hospitalares.

Na próxima fase, no sentido de verificar a relevância dos interessados, utilizamos a

análise de *cluster*, para analisar os três atributos de relacionamento, segundo a proposta de Mitchell et. al (1997): o poder, a legitimidade e a urgência dos *stakeholders*.

5.4 – FASE III: ANÁLISE DO PODER, DA LEGITIMIDADE E DA URGÊNCIA DOS STAKEHOLDERS

5.4.1 – Objetivo

Esta fase tem como objetivo conhecer a importância percebida pelos profissionais da saúde sobre os três atributos de relacionamento propostos, por Mitchell et. al (1997): o poder, a legitimidade e a urgência. Desse modo, outro inquérito foi realizado envolvendo profissionais não pertencentes aos Hospitais.

5.4.2 – Coleta de Dados

Ao incluir na amostra profissionais de saúde fora das fronteiras dos Hospitais, foram enviados, pelo *software survey monkey*, 87 questionários de inquérito. As respostas obtidas foram 35, e que representa 40%, do total de questionários enviados; sendo 60% de profissionais do sexo masculino e 40%, do feminino. O perfil profissional dos respondentes, demonstrado, na Figura 20, apresenta mais da metade de médicos.

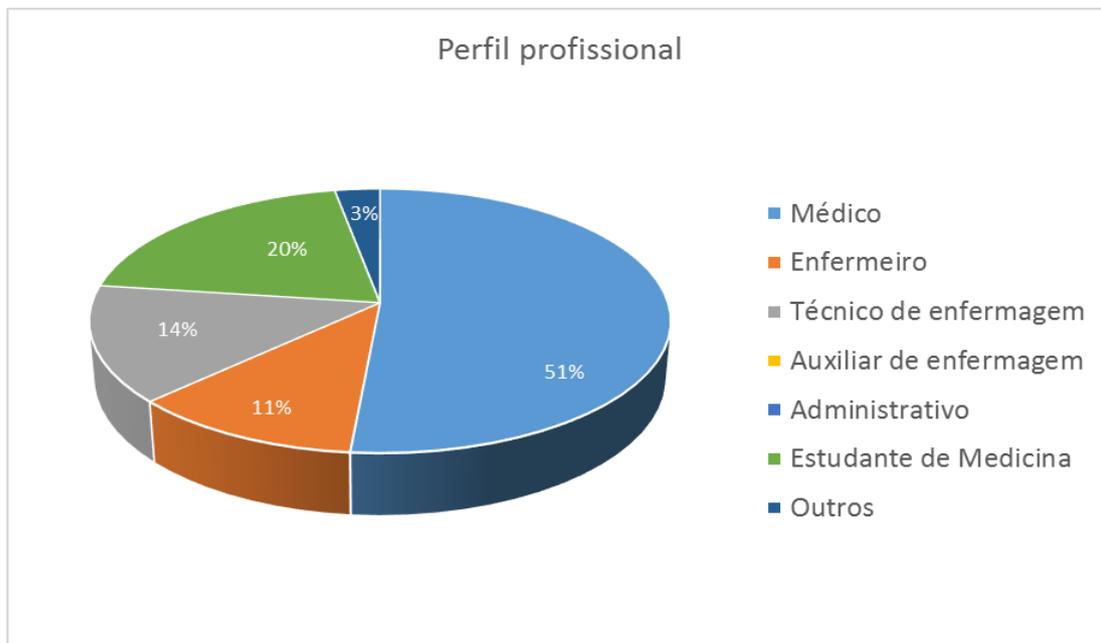


Figura 20: Perfil Profissional.
Fonte: Dados Pesquisados.

5.4.3 – Resultados

A Tabela 9 apresenta os resultados referentes ao inquérito realizado, sobre o grau do poder dos *stakeholders*.

Tabela 9: Grau de Poder.

Grupos Interessados (<i>Stakeholders</i>)	Sem poder	Pouco poder	Médio poder	Muito poder	Não sabe responder
1 – Indústria Farmacêutica	3%	17%	26%	54%	0%
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	3%	14%	29%	54%	0%
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	3%	9%	34%	51%	3%
4 – Saúde Suplementar	0%	23%	49%	29%	0%
5 – Instituições de Pesquisa	3%	37%	23%	31%	6%
6 – Ministério da Saúde	0%	17%	11%	71%	0%
7 – SUS	3%	11%	23%	63%	0%
8 – Médicos	0%	20%	51%	26%	3%
9 – Pacientes	6%	31%	34%	23%	6%
10 – Sindicatos	9%	40%	37%	3%	11%
11 – ONGs	20%	31%	26%	9%	14%
12 – Instituições Financeiras	0%	26%	34%	31%	9%
13 – Imprensa	6%	20%	49%	17%	9%
14 – Concorrentes	11%	34%	29%	11%	14%
15 – Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	6%	26%	31%	23%	14%

Fonte: Dados Pesquisados.

A Tabela 9 evidenciou uma coluna com o percentual de respondentes que tiveram dificuldade para responder o inquérito. São 4 os grupos de partes interessadas, cujo percentual ultrapassou 10% de respondentes, os quais não souberam responder: Sindicato, 11%; ONGs, 14%; Concorrentes, 14%; e Associações, 14%.

O dendograma, conforme apresenta a Figura 21, apresenta o agrupamento dos 15 *stakeholders*, por grau de poder; e, destaca 5 partes interessadas, com maior grau de poder: Ministério da Saúde, SUS, Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos e Indústria de Material Médico-hospitalar. No outro extremo, há outro destaque que diz

respeito a 3 interessados que não possuem grau algum de poder: Sindicato, ONGs e Concorrentes. Ficam evidentes, também, 4 *stakeholders*, com pouco grau de poder: Institutos de Pesquisas, Pacientes, Associações e Instituições Financeiras; e, 3, com médio grau de poder: Saúde Suplementar, Médicos e Imprensa.

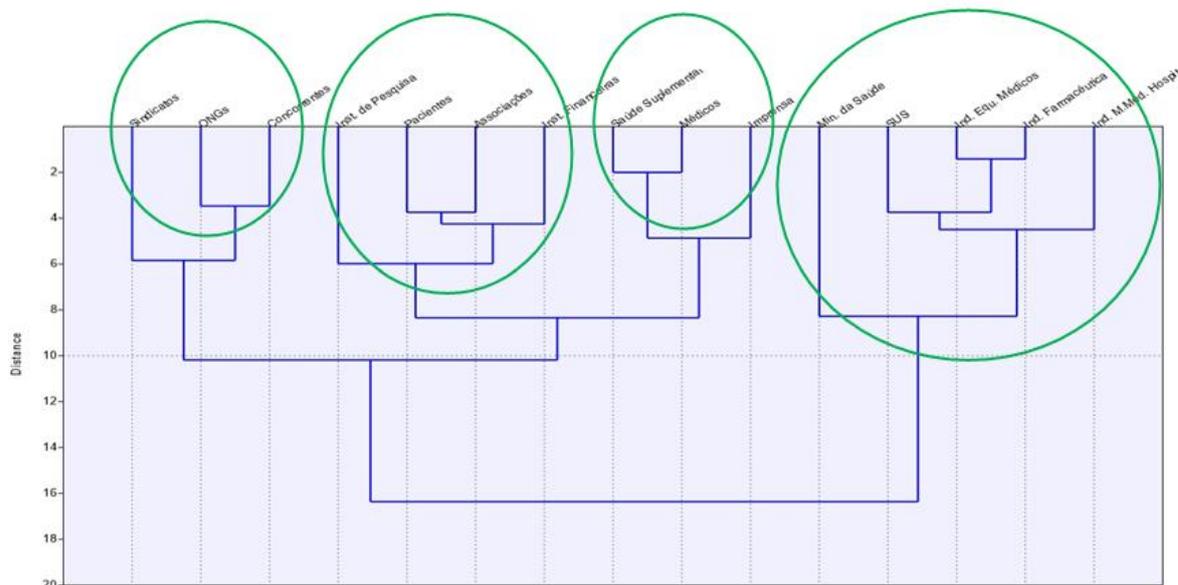


Figura 21: Dendrograma do Agrupamento dos 15 Stakeholders por Grau de Poder.

Fonte: Produzida pelo Autor.

A Tabela 10 apresenta os resultados referente ao inquérito realizado sobre o grau de legitimidade dos *stakeholders*.

Tabela 10: Grau de Legitimidade.

Grupos Interessados (Stakeholders)	Sem legitimidade	Pouca legitimidade	Média legitimidade	Muita legitimidade	Não sabe responder
1 – Indústria Farmacêutica	20%	31%	14%	26%	9%
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	9%	29%	34%	23%	6%
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	9%	34%	31%	20%	6%
4 – Saúde Suplementar	6%	26%	23%	40%	6%
5 – Instituições de Pesquisa	0%	23%	37%	34%	6%
6 – Ministério da Saúde	3%	6%	20%	66%	6%
7 – SUS	0%	14%	23%	57%	6%
8 – Médicos	0%	0%	43%	49%	9%
9 – Pacientes	3%	6%	26%	60%	6%
10 – Sindicatos	14%	31%	31%	14%	9%
11 – ONGs	11%	29%	34%	9%	17%
12 – Instituições Financeiras	9%	34%	29%	20%	9%
13 – Imprensa	6%	40%	31%	11%	11%
14 – Concorrentes	31%	31%	26%	3%	9%

15 – Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	6%	26%	23%	31%	14%
-------------------------------------------------------------	----	-----	-----	-----	-----

Fonte: Dados Pesquisados

A Tabela 10 apresentou uma coluna, com percentual de entrevistados que não conseguiram responder ao questionário. Foram 3 os *stakeholders* os quais ultrapassaram 10% de respondentes que não souberam responder: Imprensa, 11%; Associações, 14%; e, ONGs, 17%.

O dendograma, conforme demonstra a Figura 22, apresenta o agrupamento dos 15 *stakeholders*, por grau de legitimidade; e, destaca 4 partes interessadas, com maior grau de legitimidade: Ministério da Saúde, SUS, Médicos e Pacientes. No outro extremo, há outro destaque que diz respeito a 1 interessado, que não possui grau algum de legitimidade: Concorrentes. Com pouca legitimidade, apresentam 3 interessados: Saúde Suplementar, Associações e Instituições de Pesquisa; e, 7 *stakeholders*, com média legitimidade: Indústria de Equipamentos Médicos, Indústria de Material Médico-hospitalar, Instituições Financeiras, Sindicatos, Imprensa e ONGs.

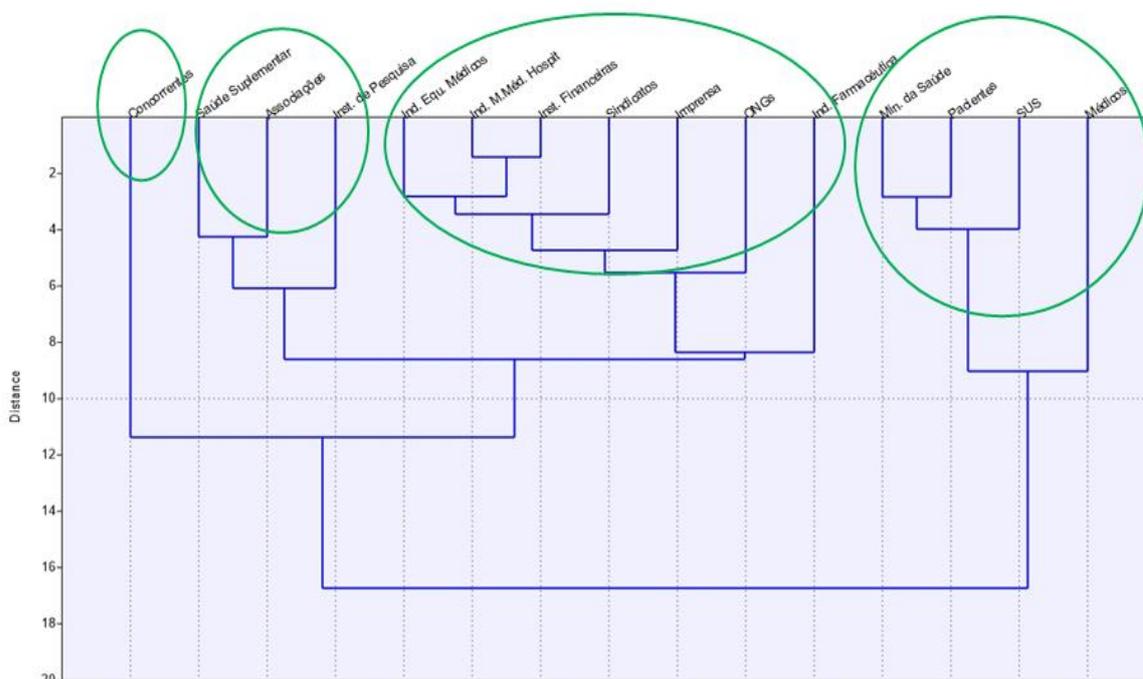


Figura 22: Dendograma do Agrupamento dos 15 Stakeholders por Grau de Legitimidade.

Fonte: Produzida pelo Autor.

A Tabela 11 apresenta os resultados, referentes ao inquérito realizado, sobre o grau de urgência dos *stakeholders*.

Tabela 11: Grau de Urgência.

Grupos Interessados (<i>Stakeholders</i>)	Sem urgência	Pouca urgência	Média urgência	Muita urgência	Não sabe responder
1 – Indústria Farmacêutica	26%	29%	9%	31%	6%
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	20%	17%	29%	29%	6%
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	17%	17%	29%	31%	6%
4 – Saúde Suplementar	9%	23%	31%	31%	6%
5 – Instituições de Pesquisa	6%	31%	29%	29%	6%
6 – Ministério da Saúde	6%	3%	17%	69%	6%
7 – SUS	6%	3%	17%	69%	6%
8 – Médicos	0%	3%	20%	74%	3%
9 – Pacientes	0%	9%	14%	74%	3%
10 – Sindicatos	20%	20%	43%	11%	6%
11 – ONGs	17%	31%	37%	3%	11%
12 – Instituições Financeiras	11%	26%	31%	26%	6%
13 – Imprensa	11%	34%	31%	17%	6%
14 – Concorrentes	31%	31%	20%	0%	17%
15 – Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	6%	29%	26%	29%	11%

Fonte: Dados Pesquisados.

A Tabela 11 apresentou uma coluna, com percentual de entrevistados os quais não conseguiram responder ao questionário. Foram 3 os *stakeholders* os quais ultrapassaram 10% de respondentes que não souberam responder: ONGs, 11%; Associações, 11%; e, Concorrentes, 17%.

O dendograma, conforme demonstra a Figura 23, apresenta o agrupamento dos 15 *stakeholders*, por grau de urgência; e, destaca 4 partes interessadas, com maior grau de urgência: Ministério da Saúde, SUS, Médicos e Pacientes. No outro extremo, há outro destaque que diz respeito a 1 interessado, que não possui grau algum de urgência: Concorrentes. Com pouca urgência, apresentam 7 *stakeholders*: Indústria de Equipamentos Médicos, Indústria de Material Médico-hospitalar, Saúde Suplementar, Instituições Financeiras, Instituições de Pesquisa, Associações e Imprensa; e, 3 interessados, com média urgência: Sindicatos, ONGs e Indústria Farmacêutica.

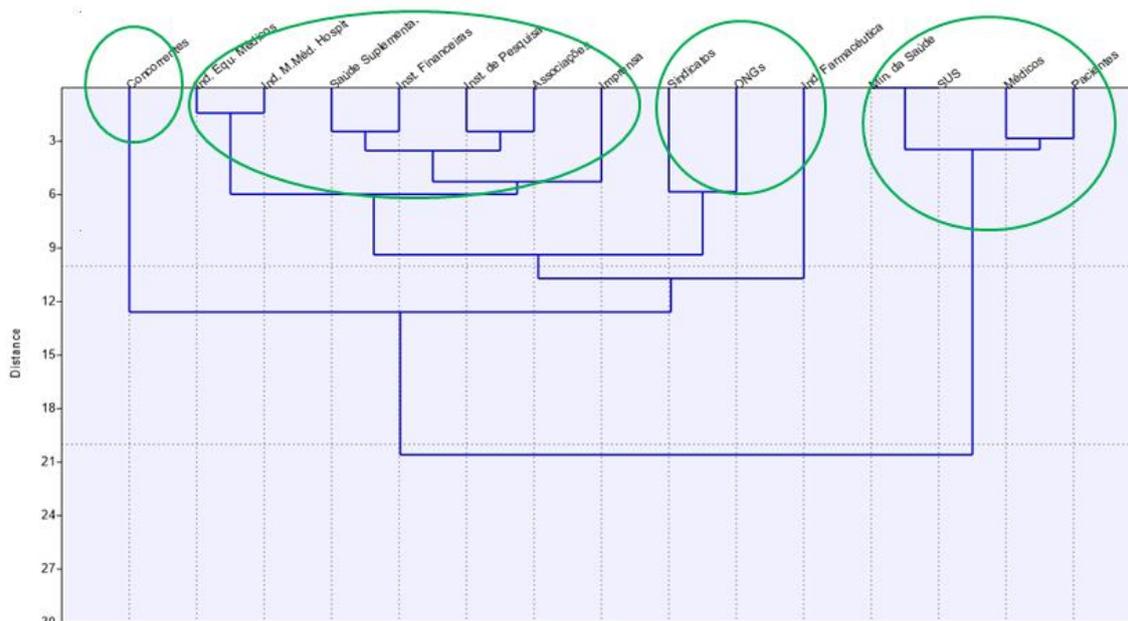


Figura 23: Dendograma do Agrupamento dos 15 Stakeholders por Grau de Urgência.

Fonte: Produzida pelo autor.

A construção dos dendogramas de agrupamento, por atributo, possibilitou a análise das classes de interessados que resultam de várias combinações destes atributos, como aponta a Figura 24. O critério utilizado para identificar as classes de interessados, propostas por Mitchell et. al (1997), foi definido como sendo a seleção dos *stakeholders* dos agrupamentos de muito poder, muita legitimidade e muita urgência.

<i>Stakeholder</i>	Poder	Legitimidade	Urgência	Tipo
1 – Indústria Farmacêutica	X			Adormecido
2 – Indústria de Equipamentos Médicos	X			Adormecido
3 – Indústria de Material Médico-hospitalar	X			Adormecido
6 – Ministério da Saúde	X	X	X	Definitivo
7 – SUS	X	X	X	Definitivo
8 – Médicos		X	X	Dependente
9 – Pacientes		X	X	Dependente

Figura 24: Seleção dos Stakeholders por Agrupamento.

Fonte: Elaborada pelo Autor.

A Figura 25 apresenta o diagrama, representativo das classes qualitativas de *stakeholders*, com base nos dados da Figura 24, que evidencia os interessados 1, 2 e 3 (Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos e Indústria de Material Médico-hospitalar) como partes interessadas adormecidas, os quais possuem apenas o atributo de poder; os interessados 8 e 9 (Médicos e Pacientes), como dependentes por possuírem os atributos de legitimidade e urgência; e os de números 6 e 7 (Ministério da Saúde e SUS) são os *stakeholders* definitivos, pois possuem os três atributos: poder,

legitimidade e urgência.

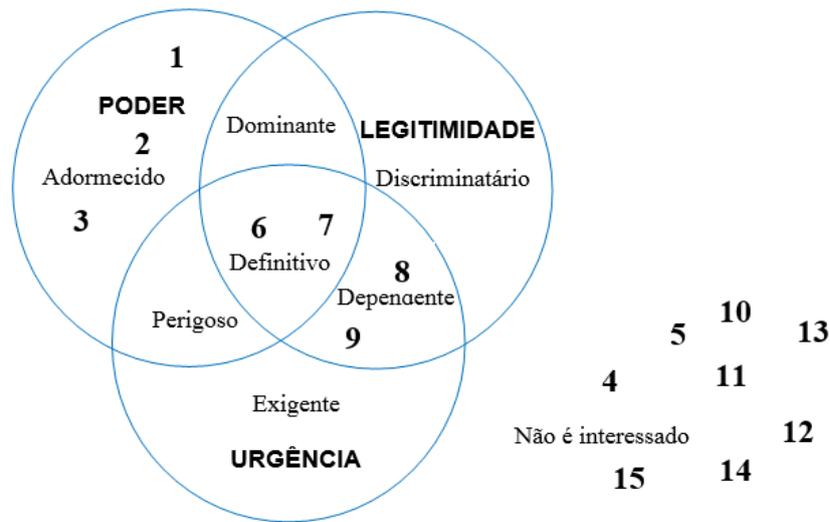


Figura 25: Classe Qualitativa de Stakeholders com Base nos Agrupamentos.
 Fonte: Produzida pelo Autor.

Os resultados possibilitaram a construção de um diagrama representativo, apresentando o mapa dos *stakeholders* (Figura 26), onde consideramos apenas os *stakeholders* relevantes, indicados pela análise de *cluster*, segundo os critérios já estabelecidos. No mapa, fica evidente a distinção entre os grupos de partes interessadas, em termos dos atributos de poder, legitimidade e urgência relacionados: quanto mais espessa a linha da elipse, maior é o número dos atributos, que a parte interessada possui.

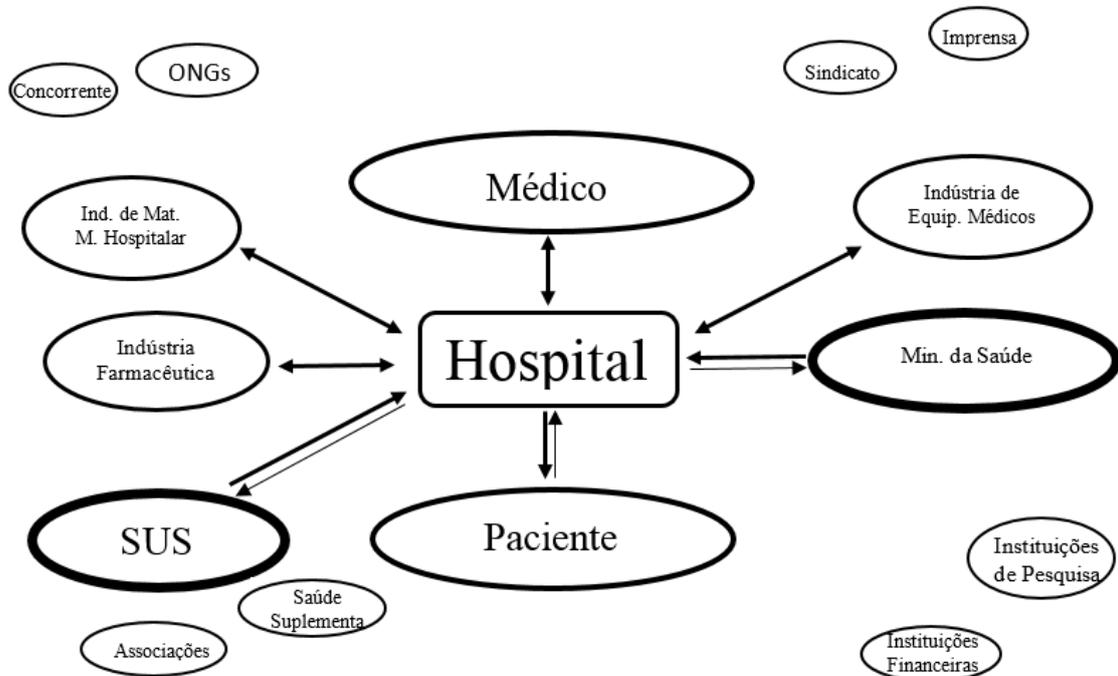


Figura 26: Diagrama - Mapa de Stakeholders sob a Análise de Cluster.
 Fonte: Produzida pelo Autor.

5.4.4 – Discussão dos Resultados

Com relação ao grau de relevância dos grupos interessados, esta fase oferece evidências de que enquanto os Médicos, Pacientes, Ministério da Saúde, SUS e as Indústrias de Material Médico-hospitalar, de Equipamentos Médicos e a Farmacêutica, são vistos como os principais interessados pelos profissionais, ligados à saúde, a quem um hospital filantrópico deve ser responsável. No entanto, a relevância de doadores beneficentes continua sendo questionável. Ao utilizar os atributos sugeridos por Mitchell et. al (1997) – poder, legitimidade e urgência – pela análise de *cluster*, constatamos que, apenas o Ministério da Saúde e o SUS são os grupos interessados, classificados como os *stakeholders* definitivos; isto é, classificados, pelos respondentes, com muito poder, muita urgência e muita legitimidade, conforme demonstrado na Figura 24. Nesse sentido, esses dois grupos interessados são considerados *stakeholders* potenciais, porque, ao exibir poder e legitimidade, são membros de coalizão dominante no hospital. Com alegação urgente dessas partes interessadas, os gestores têm um mandato claro e imediato para atender e dar prioridade à alegação desses *stakeholders*. Outra constatação é que Saúde Suplementar, Instituições de Pesquisa, Sindicato, ONGs, Instituições Financeiras, Imprensa, Concorrentes e Associações não compõem nenhum dos três *clusters* de muito poder, de muita urgência e de muita legitimidade; e, que, segundo o nosso critério, não foram considerados *stakeholders* relevantes.

As partes interessadas, denominadas Médicos e Pacientes, foram relacionadas aos atributos de muita urgência e muita legitimidade; o que resultou na classificação de *stakeholders* dependentes (Figura 24). Dessa forma, por não terem poder, mas por possuírem urgentes reivindicações legítimas, dependem de outros participantes a fim de o poder necessário realizar sua vontade. Assim, esses dois grupos interessados estabelecem uma relevância moderada, por serem *stakeholders* expectantes, ou seja, basta adquirirem o atributo (poder), que lhes faltam, para se tornarem definitivos, com alta relevância.

Os grupos interessados Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos e Indústria de Material Médico-hospitalar foram relacionados apenas ao atributo poder; resultando na classificação de *stakeholders* adormecidos (Figura 24). Sendo assim, esses grupos de partes interessadas são considerados *stakeholders*, com baixo grau de relevância por serem latentes, ou seja, por possuírem apenas um atributo; poder de impor a sua vontade sobre o Hospital; por não terem legitimidade ou urgência, o seu poder permanece

inutilizado. Todavia, é necessário que seja monitorado, mesmo assim, pois, a qualquer momento, algum deles poderá obter outro atributo.

Como oito grupos de partes interessadas, segundo o nosso critério, não foram considerados *stakeholders* relevantes, não constatamos nenhum *stakeholder* que poderia ser considerado discriminatório, exigente, dominante ou perigoso (Figura 25).

Cabe, ainda, ressaltar, mais uma vez, a ausência de doadores; o que nos parece exercer um papel relevante para esse tipo de Hospital, cuja característica principal está no fato de ser filantrópico. Devido ao caráter religioso de origem dessas Instituições de Saúde, o que seria natural ser constatado um grau de relevância das comunidades religiosas sobre elas; entretanto, esse assunto nem mesmo foi sugerido por nenhum respondente.

Esta fase da pesquisa, também, baseia-se em uma amostra que não pode ser considerada representativa, pois não favorece qualquer generalização; mesmo porque ela se concentra somente nas percepções dos profissionais da saúde pesquisados. Vale dizer, portanto, que não foram analisadas outras partes interessadas para se obter uma matriz completa e efetivamente representativa dos *stakeholders* nos Hospitais. No entanto, esta fase também fornece novos *insights* sobre a identificação dos grupos interessados no que diz respeito a hospitais filantrópicos brasileiros, de origem religiosa, e explora as principais oportunidades e os grandes desafios na gestão dos *stakeholders*.

No próximo capítulo, em se tratando da segunda etapa da investigação, procuramos desenvolver um modelo explicativo das doações, por meio de um estudo empírico, dividido em três fases: a primeira relaciona-se à análise financeira das organizações hospitalares araxaenses, em comparação com um índice-padrão; a segunda, destina-se a formulação e aos testes das hipóteses, referentes à divulgação de informações, estabelecendo um indicativo de pró-atividade e de gestão dos *stakeholders*; e, na terceira fase, procura-se verificar a relação de influência de informações, sobre o processo de doação individual e voluntário.

CAPÍTULO VI – SEGUNDA ETAPA DO ESTUDO EMPÍRICO: DESENVOLVIMENTO DO MODELO EXPLICATIVO DAS DOAÇÕES

6.1 – CONTEXTO

As organizações, sejam grandes ou pequenas, públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, nacionais ou transnacionais, dos diversos segmentos da economia, divulgam suas informações – contábil e financeira – aos grupos interessados sobre o seu desempenho econômico (Calixto, Barbosa, & Lima, 2007).

As redes de comunicação têm mudado os processos internos das empresas, bem como a forma como as empresas se relacionam com seus clientes e as outras partes interessadas (Ponte & Rodríguez, 2002). Com a intranet, os processos internos passaram a ser mais eficientes, e, pela internet, as informações aos interessados têm sido mais transparentes. “Com a evolução da contabilidade, abrangendo um maior número de *stakeholders*, torna-se cada vez mais necessária a transparência de informações econômicas, financeiras e sociais que reflitam a realidade das organizações” (da Cunha, Masotti, dos Santos, & Beuren, 2011, p. 77). Sobretudo, no que tange às informações contábeis, essa divulgação merece uma maior atenção, porque, talvez, seja uma das formas mais eficientes de comunicação da organização com a comunidade interessada, principalmente os investidores no mercado das grandes corporações (da Cunha & Souza Ribeiro, 2008).

Nos dias atuais, em um mundo globalizado e interconectado pela rede mundial de computadores, a maneira como os empreendedores têm divulgado a performance econômico-financeira e sócio-ambiental de seus negócios, tem mudado, emblematicamente (Calixto, *et al.*, 2007). “Contudo, o uso do *website* corporativo para RI (Relacionamento com os investidores), por parte das empresas, ainda é voluntário” (Mendes-da-Silva, Ferraz-Andrade, Famá, & Maluf Filho, 2009, p. 191). No entanto, a evidenciação ou *disclosure* corporativo, em hospitais sem fins lucrativos, vai muito além das informações contábil-financeiras, “pois a participação estratégica de governo, em ações sociais e educacionais, também deve ser considerada” (Calve, Nossa, Pagliarussi & Teixeira, 2013, p.132). Portanto, há muitos objetivos a fim de que a comunicação das organizações com a sua envolvente ambiental se realize, que, segundo Calixto e seus colaboradores (2007, p.85), vão “desde o cumprimento de exigências legais à publicidade”.

Nessa fase da pesquisa, os documentos, objetos da análise, são os relatórios anuais

e os balanços patrimoniais, disponibilizados pelas organizações hospitalares. O acesso aos documentos, aconteceu, diretamente pela *home page* dos hospitais e por publicações em jornais impressos ou digitalizados; disponíveis, virtualmente, na internet. Contamos, também, com a colaboração de alguns hospitais, os quais nos disponibilizaram seus arquivos de balanços publicados.

Ao pesquisar na internet, um a um, constatou-se que apenas 41% dos hospitais cadastrados no DATASUS possuem uma *home page*, e, que, destes, apenas 10% disponibilizam seus demonstrativos financeiros; e, somente 7% disponibilizam os relatórios sociais anuais. Os que disponibilizam tanto seus relatórios anuais quanto seus demonstrativos, não ultrapassam a 5%. “Devido ao balanço social não ter sua divulgação obrigatória no Brasil, é escolha da administração divulgá-lo ou não, considerando-se os custos e benefícios advindos dessa publicação” (da Cunha & Souza Ribeiro, 2008, p.4).

No que diz respeito às questões financeiras, várias partes interessadas usam essas informações das entidades sem fins lucrativos para o investimento, a contratação, as doações e a regulação de decisões; e, tais decisões podem ser afetadas pela qualidade da informação financeira subjacente (Yetman & Yetman, 2004).

Segundo Dye (2001), a Teoria da Divulgação Voluntária é um caso especial da Teoria dos Jogos, com a seguinte premissa central: qualquer entidade, contemplando fazer uma divulgação, irá divulgar informação que lhe é favorável; mas não divulgará informações desfavoráveis para a entidade. Os relatórios financeiros disponíveis, publicamente, desempenham um papel informativo importante, ao abrandar possíveis conflitos, principalmente os inerentes à gestão das organizações (Yetman & Yetman, 2004).

Os estabelecimentos hospitalares, por estado e em ordem alfabética, cadastrados no DATASUS, como “Entidades Beneficentes Sem Fins Lucrativos”, e, suas respectivas *home page*, foram listados (Apêndice F). Torna-se relevante informar que os nomes das organizações hospitalares lá estão apresentados conforme estão cadastradas no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – SUS.

Ao promover uma comparação entre os hospitais, cadastrados no DATASUS, como Hospital Filantrópico (Beneficente Sem Fins Lucrativos) e Hospital de Ensino, verifica-se uma distinção em termos de *home page* e de divulgação de resultados (Tabela 12).

Ao observarmos os números da Tabela 12, constatamos uma distinção evidente. Há menos hospitais filantrópicos com *home page*, do que hospitais de ensino. No entanto,

quando o atributo a ser analisado é a divulgação dos balanços ou relatórios, a posição se inverte de maneira que não há sequer um hospital de ensino que não seja beneficente e que disponibiliza tanto balanços quanto relatórios em seu *site*.

Tabela 12: Hospitais Filantrópicos X Hospitais de Ensino.

Atributos	Hospitais Filantrópicos	Hospitais de Ensino*	Hospitais de Ensino exceto os que são Filantrópicos
Possuem <i>Home page</i>	41%	69%	50%
Divulgam apenas Balanço na <i>home page</i>	10%	4%	0,7%
Divulgam apenas Relatórios na <i>home page</i>	7%	7%	1,5%
Divulgam tanto Balanços quanto Relatórios na <i>home page</i>	5%	3%	0%

* Há Hospitais de Ensino que são filantrópicos

Fonte: Elaboração do Autor.

Outra constatação é que os hospitais beneficentes divulgam mais seus balanços do que seus relatórios de atividades ou relatórios sociais. O oposto acontece com os hospitais de ensino, os quais divulgam mais os seus relatórios e menos seus balanços.

Com relação aos hospitais sem fins lucrativos de Araxá, a Santa Casa de Misericórdia não possui *home page*. Por outro lado, o Hospital Casa do Caminho possui *home page*, mas não divulga no *site* seus balanços e relatórios. Mas, os dois Hospitais publicam, anualmente, seus balanços e demonstrativos de resultados, em jornais impressos de Araxá; como ocorre com a grande maioria das entidades hospitalares filantrópicas.

É relevante registrar que há hospitais cadastrados, no DATASUS, que não informaram a disponibilidade de leitos, existentes em suas dependências. A nosso ver, é uma falha do SUS o fato de não exigir, das entidades, a disponibilização desse tipo de informação, no sistema.

Ao comparar os hospitais filantrópicos de Araxá, a Santa Casa de Misericórdia disponibiliza 74% dos leitos pelo SUS; e, o Hospital Casa do Caminho oferece 80% de seus leitos, pelo SUS. Entende-se, que, as duas organizações hospitalares araxaenses posicionam-se entre os 40% dos hospitais, sem fins lucrativos brasileiros, que disponibilizam mais de 70% de seus leitos pelo Sistema Único de Saúde. Convém dar ênfase ao fato de que 3 hospitais sem fins lucrativos, que representam 0,4% do total cadastrados no DATASUS, não informaram o número de leitos oferecidos.

Esta segunda etapa da investigação está dividida em três fases. A primeira, diz respeito à análise financeira das organizações hospitalares araxaenses, em comparação ao

índice-padrão, construído por um conjunto de dados disponíveis. A segunda, destinou-se à formulação e aos testes das hipóteses, referentes à divulgação de informações: um indicativo de pró-atividade e de gestão dos *stakeholders*. Finalizando, a terceira fase está destinada a verificar a relação de influência de informações, sobre o processo de doação individual e voluntário.

6.2 – FASE I: ANÁLISE FINANCEIRA DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM COMPARAÇÃO COM ÍNDICES-PADRÃO

A Contabilidade, “ciência que permite, através do uso de técnicas particulares, controlar permanentemente o patrimônio da empresa” (Calixto *et al.*, 2007, p.87), desde o seu advento, se propôs a mensurar o desempenho das empresas, traduzindo os atos ocorridos, na realidade, da melhor maneira possível a fim de suprir as necessidades de informações dos grupos interessados, independentemente de sua natureza (Duarte & Lamounier, 2007; Calixto *et al.*, 2007). As demonstrações financeiras, como resultado contábil, fornecem os dados sobre a organização, levando em consideração as regras da contabilidade.

Ao analisar, por exemplo, o balanço patrimonial que “é um demonstrativo resumido da posição financeira da empresa em uma certa data” (Gitman, 2010, p.38), os dados ali demonstrados são transformados em informações (Matarazzo, 2003). Uma gama de *stakeholders* podem ser listados como principais usuários da análise de balanços; cada um de acordo com os seus interesses (Hoji, 2003), como os gestores, acionistas e investidores, bancos, fornecedores, clientes, concorrentes e órgãos governamentais.

Foi em 1915, nos Estados Unidos da América, determinado pelo FED (*Federal Reserve Board*), o Banco Central Norte Americano, que se tornou obrigatória a prática da análise de balanços, para a concessão de créditos. No entanto, somente em 1931, a *Dun & Bradstreet* passou a elaborar e promover a divulgação dos índices-padrão para diversos ramos de atividades, nos Estados Unidos (Matarazzo, 2003; Azevedo, Souza & Machado, 2009).

No Brasil, a prática de Análise de Balanços se deu, no final da década de 1960, quando foi criada a SERASA (Centralização de Serviços dos Bancos - uma empresa privada brasileira a qual faz análises e pesquisas econômico-financeiras ao apoio à decisão de crédito), que passou a operar como uma central de apoio, na decisão de crédito, via

análise de balanços, cuja parte técnica foi organizada por Dante Carmine Matarazzo (Matarazzo, 2003).

O instrumental clássico representativo do conceito de análise de balanço é o conjunto de indicadores econômico-financeiros (Padoveze & Benedicto, 2010), que, basicamente, consiste em números e percentuais, resultantes das relações que estabelecem entre duas grandezas (Marion, 2007), que, nesse caso, são as contas ou grupos de contas, apresentados no balanço patrimonial e nas demonstrações de resultados.

A análise de índices “envolve métodos de cálculo e interpretação de índices financeiros para analisar e monitorar o desempenho da empresa” (Gitman, 2010, p.48). Basicamente, existem três tipos de avaliações de um índice: pelo significado intrínseco; pela comparação, ao longo de vários exercícios; e, pela comparação com índices de outras empresas, por um índice padrão (Matarazzo, 2003). Intrinsecamente, por exemplo, pode-se dizer que o índice de liquidez corrente representa o quanto de recursos que a empresa possui no ativo circulante a fim de realizar o pagamento das obrigações, representadas no passivo circulante, em um dado momento (Padoveze & Benedicto, 2010).

Uma análise realizada apenas por meio do valor intrínseco do índice, abrange somente o aspecto estático, que compreende a situação da organização, conforme o momento apresentado; sem levar em consideração o passado e o futuro (Reis, 2003). Uma análise mais apurada será realizada, quando considerar-se a comparação, ao longo do tempo (de vários exercícios). Ao comparar, por exemplo, os índices de composição do endividamento, que, no caráter intrínseco, revela o percentual da dívida total, com vencimento no período corrente (Matarazzo, 2003) de determinada empresa, com valores observados nos anos anteriores, poder-se-á apontar uma tendência do perfil da dívida. Essa análise abrange o aspecto dinâmico, por se preocupar com a evolução dos compromissos de curto prazo, comparando o resultado atual aos de períodos anteriores (Reis, 2003). Mesmo assim, a comparação deixa a desejar, se não se considerar um padrão de avaliação, pois não existe um índice bom ou satisfatório, no sentido absoluto; mas sim, em relação a outros elementos; como por exemplo, o setor ou ramo de atividade a que pertence a empresa em questão (Matarazzo, 2003).

6.2.1 – Índices-Padrão

Para dar consistência e objetividade à análise de balanços, torna-se relevante a

comparação dos índices, de determinada organização, com os padrões a serem construídos, utilizando técnicas, auxiliadas pelas medidas de posição, oferecidas pela Estatística, como a mediana e os decis ou percentis (Matarazzo, 2003).

Essa fase foi dividida, em dois procedimentos. Primeiro, foi a identificação dos hospitais, sem fins lucrativos (DATASUS), os quais disponibilizaram seus balanços, seja, em seus *sites* ou em publicações em jornais, a que foi possível ter acesso, de forma virtual ou impressa. É preciso considerar que a “análise possa ser realizada somente de posse das demonstrações contábeis publicadas ou dessas complementadas por informações internas da empresa” (Azevedo, Souza & Machado, 2009, p. 123). O segundo procedimento destinou-se à construção dos índices-padrão (dos hospitais) dos seguintes indicadores financeiros: índices de liquidez (LG – Liquidez Geral; LC – Liquidez Corrente; e LS – Liquidez Seca) e índices de estrutura de capital (CE – Composição do Endividamento; IPL – Imobilização do Patrimônio Líquido e IRnC – Imobilização dos Recursos não Correntes).

6.2.1.1 – Primeiro Procedimento

Após uma exaustiva pesquisa na internet, foram encontrados os balanços de mais de 50 hospitais, entretanto, foram identificados somente 40 (Figura 27), os quais disponibilizaram, pelo menos 3 exercícios (2010, 2011 e 2012).

1.ACCG – ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER DE GOIÁS – HOSPITAL ARAÚJO JORGE	21.IRMANDADE DA SANTA CASA DE BIRIGUI
2.ALBERGUE MARTIM LUTERO	22.SANTA CASA ARAXÁ
3.CASAS ANDRÉ LUIZ	23.SANTA CASA BARBACENA
4.FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO SEBASTIÃO	24.SANTA CASA BATATAIS
5.HÉLIO ANGOTI NR	25.SANTA CASA BURITAMA
6.HOSPITAL CASA DO CAMINHO DE ARAXÁ	26.SANTA CASA CACHOEIRO
7.HOSPITAL DAS CLÍNICAS PORTO ALEGRE	27.SANTA CASA CAMPO GRANDE
8.HOSPITAL DO GRAACC	28.SANTA CASA CAPÃO BONITO
9.HOSPITAL ERASTO GAERTHNER	29.SANTA CASA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
10.HOSPITAL ESPIRITA JOAO MARCHESI	30.SANTA CASA DE FERNANDÓPOLIS
11.HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	31.SANTA CASA DE MACEIÓ
12.HOSPITAL INFANTIL FRANCISCO DE ASSIS	32.SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ASSIS
13.HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	33.SANTA CASA DE PEDERNEIRAS

14.HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	34.SANTA CASA DE PILAR DO SUL
15.HOSPITAL SANTA HELENA	35.SANTA CASA FRANCA
16.HOSPITAL SANTA LÚCIA	36.SANTA CASA ITAPEVA
17.HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA VITÓRIA	37.SANTA CASA LORENA
18.HOSPITAL SANTO AMARO GUARUJÁ	38.SANTA CASA PINDAMONHANGABA
19.HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS FGC	39.SANTA CASA PORTO ALEGRE
20.HOSPITAL SÃO LUCAS GARÇA	40.SANTA CASA SÃO CARLOS

Figura 27: Quadro de Hospitais que Compõe os Índices-Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor.

6.2.1.2 – Segundo Procedimento

Uma forma de promover uma avaliação do desempenho empresarial é, por meio de indicadores, que revelam aspectos financeiros e econômicos. Para analisar a situação financeira são utilizados os indicadores de Estrutura de Capital e os de Liquidez; e, para averiguar a situação econômica, verificam-se os índices de Rentabilidade (Matarazzo, 2003; Marion, 2007; Padoveze & Benedicto, 2010). Optou-se, porém, por analisar apenas a situação financeira, por se tratar de organizações hospitalares, sem fins lucrativos.

A Figura 28 apresenta um quadro-resumo dos índices, selecionados para a constituição do padrão, de acordo com os Hospitais demonstrados, anteriormente, na Figura 27.

SÍMBOLO		ÍNDICE	FÓRMULA	INDICA	INTERPRETAÇÃO
LIQUIDEZ (unitário)	LS	Liquidez Geral	$\frac{AC + RLP}{PC + ELP}$	Quanto a empresa possui de AC+RLP para cada \$1 de PC+ELP.	Quanto maior, melhor.
	LC	Liquidez Corrente	$\frac{AC}{PC}$	Quanto a empresa possui de AC para cada \$1 de PC.	Quanto maior, melhor.
	LS	Liquidez Seca	$\frac{AC - E}{PC}$	Quanto a empresa possui de AC – Estoques para cada \$1 de PC.	Quanto maior, melhor.
ESTRUTURA DE CAPITAL (%)	CE	Composição do Endividamento	$\frac{PC}{CT} \times 100$	Qual o percentual de obrigações a curto prazo, em relação às obrigações totais.	Quanto menor, melhor.
	IPL	Imobilização do Patrimônio Líquido	$\frac{AP}{PL} \times 100$	Quantas unidades monetárias a empresa aplicou no AP para cada \$100 de PL.	Quanto menor, melhor.
	IRnC	Imobilização dos Recursos não Correntes	$\frac{AP}{PL + ELP} \times 100$	Que percentual de recursos não correntes (PL+ELP) foi destinado ao AP.	Quanto menor, melhor.

Onde: AC = Ativo Circulante; RLP = Realizável a Longo Prazo; PC = Passivo Circulante; ELP = Exigível a Longo Prazo; E = Estoques; CT = Capitais de Terceiros; AP = Ativo Permanente

Figura 28: Quadro-Resumo dos Índices para a Constituição do Padrão.

Fonte: Adaptação (Matarazzo, 2003, p.152).

Após a identificação dos dados, nos balanços disponíveis dos hospitais (2010, 2011 e 2012), o passo seguinte foi providenciar o cálculo dos índices financeiros, utilizando uma planilha do *software Microsoft EXCEL*. As Tabelas 13 e 14 apresentam os índices de liquidez e de estrutura de capital, respectivamente, dos três períodos dos 40 hospitais.

Tabela 13: Índices de Liquidez.

Hospital	LG			LC			LS		
	Ano			Ano			Ano		
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	2012	2011	2010
1	0,87	0,29	0,33	0,76	0,43	0,54	0,71	0,41	0,50
2	5,59	2,02	0,57	5,59	2,02	0,57	5,59	2,02	0,57
3	1,57	1,77	1,75	1,59	1,80	1,78	1,44	1,65	1,65
4	0,91	0,82	0,91	0,92	0,88	0,92	0,78	0,78	0,83
5	0,50	0,17	0,16	1,28	0,29	0,22	1,11	0,22	0,17
6	2,90	1,60	5,34	3,95	1,73	5,34	3,22	1,10	4,67
7	1,21	1,43	1,32	1,73	2,32	1,75	1,59	2,14	1,58
8	0,57	1,23	1,45	1,75	2,24	2,47	1,39	2,05	2,18
9	0,50	0,35	0,34	1,70	0,71	0,77	1,51	0,56	0,64
10	0,81	0,14	1,48	1,64	1,79	1,48	1,57	1,72	1,41
11	0,15	0,86	0,05	0,13	0,04	0,05	0,06	0,04	0,03
12	0,81	0,57	0,71	0,85	0,61	0,70	0,80	0,56	0,71
13	0,60	0,58	0,75	0,60	0,61	0,86	0,60	0,61	0,86
14	0,09	0,07	0,12	0,08	0,05	0,11	0,07	0,04	0,10
15	1,52	1,33	1,76	1,87	2,16	2,09	1,82	2,09	1,99
16	1,33	1,28	1,50	1,46	1,50	1,58	1,40	1,41	1,48
17	1,49	1,15	1,14	1,81	1,57	1,40	1,72	1,48	1,28
18	0,13	0,11	0,12	0,15	0,13	0,14	0,14	0,12	0,13
19	0,30	0,29	0,40	0,64	0,46	0,74	0,64	0,46	0,74
20	0,38	0,40	0,35	0,39	0,54	0,37	0,37	0,54	0,37
21	0,19	0,20	0,21	0,22	0,26	0,27	0,20	0,24	0,25
22	0,33	0,31	0,32	1,05	1,10	0,75	0,99	1,02	0,69
23	0,62	0,69	0,73	0,77	0,76	0,89	0,74	0,73	0,81
24	1,26	1,54	1,36	1,10	1,15	1,07	0,98	1,09	0,96
25	0,45	0,34	0,25	0,56	0,48	0,45	0,46	0,36	0,42
26	0,37	0,28	0,26	0,83	1,00	0,78	0,76	0,84	0,65
27	0,30	0,32	0,26	0,51	0,45	0,30	0,51	0,45	0,25
28	0,34	0,33	0,36	0,87	0,80	0,80	0,79	0,75	0,75
29	0,37	0,32	0,30	0,83	1,00	0,78	0,76	0,84	0,65
30	0,42	0,56	0,59	0,68	0,88	1,11	0,63	0,78	1,00
31	1,54	2,17	2,05	1,76	1,38	1,41	1,66	1,28	1,26
32	0,37	2,18	2,51	0,99	0,79	0,69	0,89	0,73	0,60
33	1,76	1,40	1,03	1,76	1,48	1,41	1,37	1,19	1,08

34	0,12	0,10	0,13	2,86	3,40	2,38	2,33	2,44	1,71
35	0,22	0,28	0,23	0,40	0,53	0,43	0,34	0,48	0,39
36	0,40	0,48	0,52	0,85	0,95	0,84	0,77	0,90	0,78
37	0,24	0,31	0,20	0,44	0,34	0,32	0,41	0,31	0,25
38	18,13	7,98	7,05	21,78	8,40	7,43	21,28	21,28	7,25
39	1,13	1,30	1,29	1,00	0,96	1,03	0,85	0,87	0,93
40	0,42	0,38	0,37	0,90	0,87	0,48	0,74	0,68	0,35

Fonte: Elaboração do Autor, com base nos balanços disponíveis.

Tabela 14: Índices de Estrutura de Capital.

Hospital	CE (%)			IPL (%)			IRnC (%)		
	Ano			Ano			Ano		
	2012	2011	2010	2012	2011	2010	2012	2011	2010
1	44	67	61	-468	-5459	1643	141	219	164
2	100	100	100	89	96	79	89	96	79
3	99	99	98	62	59	60	61	58	59
4	99	93	99	102	103	104	102	102	103
5	38	56	70	1487	1633	1585	62	154	198
6	73	92	100	-94	-98	-91	-95	-98	-91
7	38	49	54	89	85	89	56	69	75
8	32	55	58	167	84	79	102	64	79
9	28	45	43	496	372	330	74	113	110
10	54	8	100	94	93	95	71	47	95
11	53	97	94	-225	168	-298	278	158	398
12	96	94	95	122	150	136	116	140	128
13	84	88	83	235	216	178	152	162	117
14	84	87	86	-13	-14	-18	-16	-17	-23
15	78	62	82	59	80	76	50	66	72
16	78	83	92	72	81	67	61	73	64
17	76	70	76	79	91	92	72	78	82
18	86	89	88	-9	-9	-9	-11	-11	-11
19	46	62	54	-299	-2659	299	145	192	118
20	97	74	94	1239	250	165	907	152	155
21	39	35	31	-61	-66	-91	270	189	141
22	31	28	43	142	431	477	99	97	114
23	48	50	55	473	296	261	152	157	193
24	72	68	85	94	97	101	88	88	98
25	77	66	49	411	436	466	179	170	134
26	41	24	28	299	369	362	104	96	102
27	53	65	73	-31	-38	-45	-239	-130	-95
28	39	42	45	428	447	2338	88	92	106
29	41	24	28	299	369	362	104	96	102
30	58	62	52	-1257	282	212	144	110	92
31	86	85	76	78	87	93	72	79	80
32	37	38	37	208	159	149	100	104	105
33	100	95	73	96	98	101	96	97	95
34	4	3	5	-27	-32	-30	84	79	88
35	54	51	52	838	453	734	155	133	148
36	47	50	62	183	153	132	105	102	132

37	43	44	49	630	3925	-2194	126	123	161
38	83	95	95	36	38	42	36	38	42
39	79	82	71	91	85	85	79	78	74
40	46	41	73	55	266	182	39	105	136

Fonte: Elaboração do Autor, com base nos balanços disponíveis.

Para a construção dos índices-padrão, foi necessário recorrer, estatisticamente, às duas medidas de posição: mediana e decil. A mediana diz respeito ao ponto em que deixa 50% dos elementos abaixo de si; e, 50%, acima de si, quando o universo de elementos disponíveis se encontrarem em ordem crescente (Wooldridge, 2010). Da mesma forma, se dividirmos o universo disponível em 9 decis, o 1º decil, por exemplo, é a posição que deixará 10% dos elementos abaixo de si; e, 90%, acima de si. O mesmo acontece com os outros decis (Matarazzo, 2003). A Figura 29 apresenta as posições dos decis na distribuição normal.

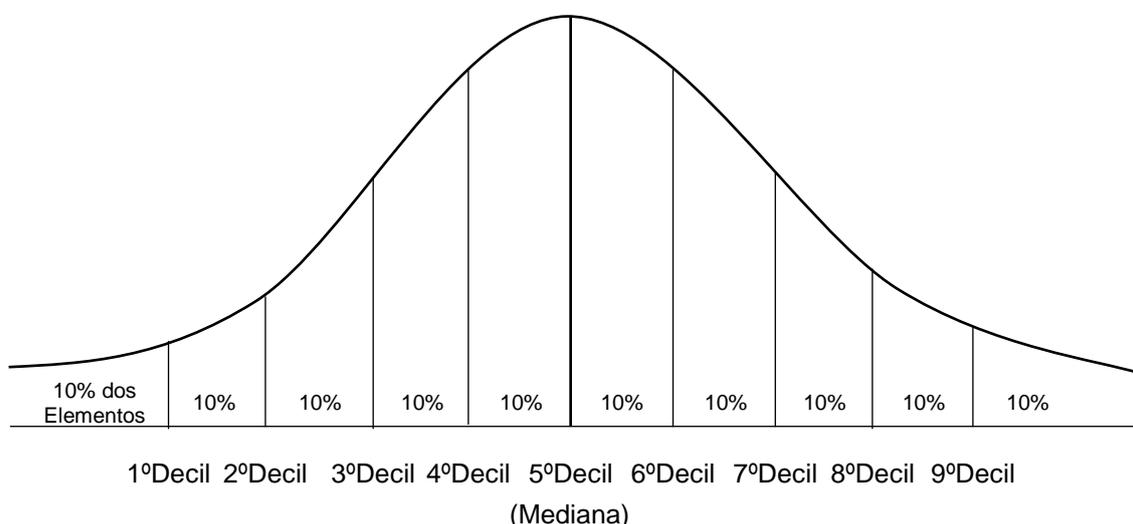


Figura 29: Posição dos Decis na Distribuição Normal.

Fonte: Adaptação (Matarazzo, 2003, p.190).

A Tabela 15 apresenta os índices-padrão de 40 organizações hospitalares, sem fins lucrativos, para os três períodos de análise (2010, 2011 e 2012).

Tabela 15: Índices-Padrão de 40 Hospitais.

Símbolo		1º DECIL	2º DECIL	3º DECIL	4º DECIL	MEDIANA	6º DECIL	7º DECIL	8º DECIL	9º DECIL
LG	2012	0,17	0,30	0,37	0,41	0,50	0,72	1,02	1,41	1,67
	2011	0,15	0,28	0,32	0,34	0,52	0,61	0,87	1,22	1,54
	2010	0,14	0,24	0,31	0,35	0,55	0,74	1,21	1,46	1,38
LC	2012	0,31	0,54	0,72	0,84	0,91	1,08	1,62	1,76	2,37
	2011	0,27	0,45	0,57	0,78	0,88	1,00	1,43	1,76	2,20
	2010	0,25	0,40	0,55	0,74	0,79	0,90	1,25	1,53	2,24

LS	2012	0,21	0,36	0,54	0,65	0,75	0,85	1,04	1,45	1,85
	2011	0,23	0,43	0,55	0,70	0,78	0,89	1,14	1,56	2,07
	2010	0,25	0,38	0,59	0,67	0,77	0,90	1,17	1,53	2,08
CE (%)	2012	35	39	43	47	54	75	79	85	98
	2011	26	41	50	55	64	69	84	91	95
	2010	34	47	53	59	72	76	85	94	98
IPL (%)	2012	-160	-20	57	79	92	112	195	355	563
	2011	-52	14	83	89	97	156	258	369	441
	2010	-68	16	78	91	101	142	197	346	605
C (%)	2012	13	59	72	81	92	102	111	144	167
	2011	14	65	78	90	97	103	118	153	166
	2010	16	73	80	94	102	108	123	139	163

Fonte: Elaboração do Autor.

6.2.1.3 – Análise dos Índices

Parece interessante verificar, inicialmente, a tendência dos índices financeiros nos dois hospitais de Araxá, antes de os comparar com os seus pares, por meio dos índices-padrão construídos. Portanto, a Figura 30 apresenta, graficamente, a tendência dos índices de liquidez da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.

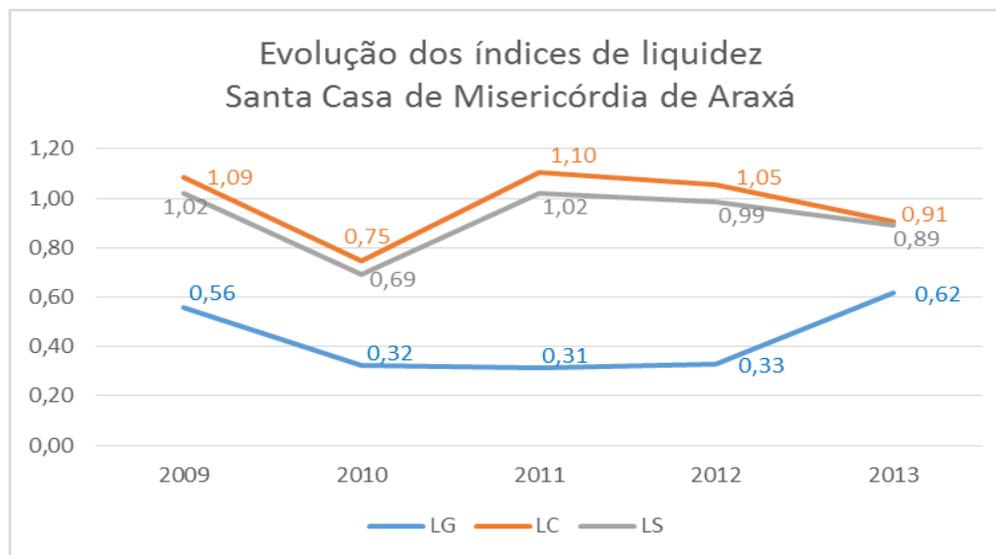


Figura 30: Evolução dos Índices de Liquidez da Santa Casa.

Fonte: Elaboração do Autor.

Ao analisarmos o gráfico da Figura 30, constatamos que os índices LC e LS seguem a mesma tendência de queda, o que é ruim, já que os índices de liquidez, são do tipo quanto maior melhor (Matarazzo, 2003). Por outro lado a LG teve um comportamento

diferente na série analisada, apresentando uma tendência de crescimento.

A Figura 31 apresenta, graficamente, a evolução dos índices de Estrutura de Capital da Santa Casa de Misericórdia de Araxá.

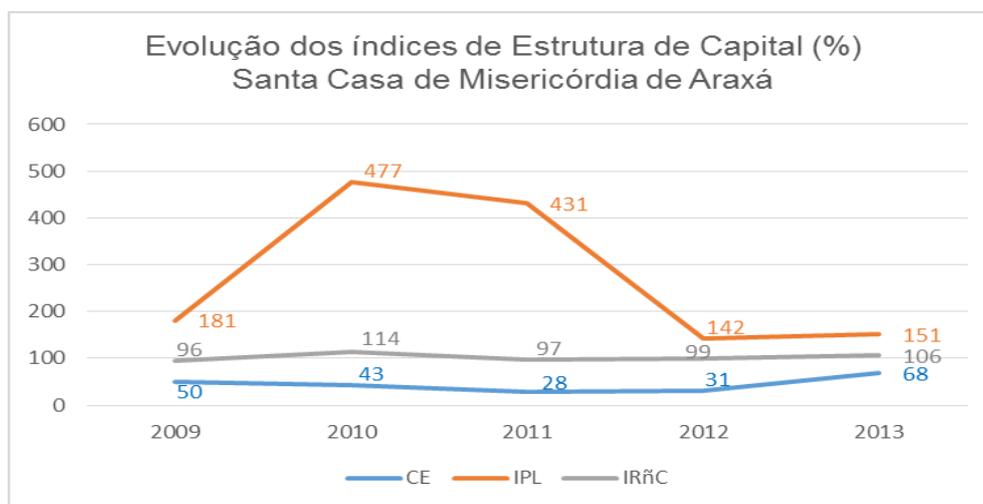


Figura 31: Evolução dos Índices de Estrutura de Capital da Santa Casa.
Fonte: Elaboração do Autor.

Ao contrário dos índices de liquidez, os de estrutura de capital são aqueles do tipo quanto menor, melhor (Matarazzo, 2003). O destaque, de acordo com o gráfico da Figura 31, é para a IPL que apresenta-se com uma tendência de queda com base na série analisada. Já a CE e a IRñC apresentam-se com uma tendência de crescimento; o que não é interessante para a organização.

A Figura 32 demonstra, graficamente, a evolução dos índices de liquidez do Hospital Casa do Caminho de Araxá.

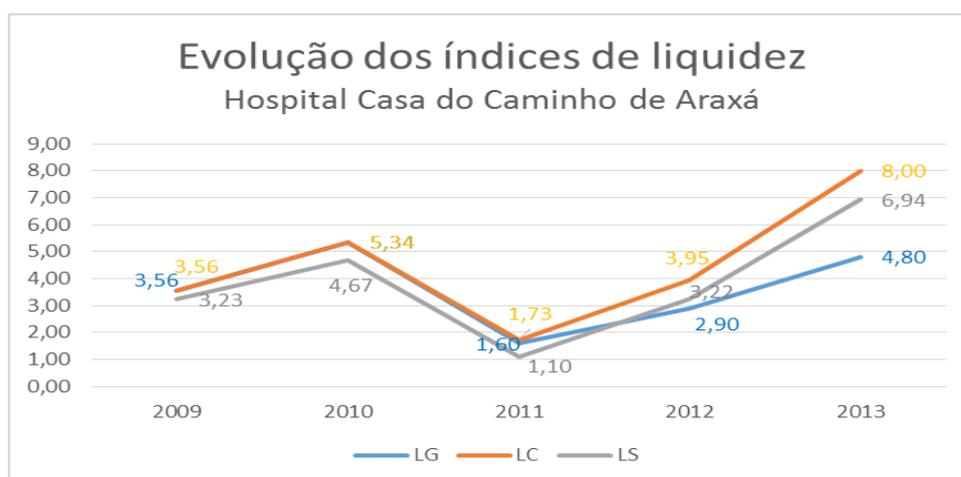


Figura 32: Evolução dos Índices de Liquidez da Casa do Caminho.
Fonte: Elaboração do Autor.

De 2011 para 2013, a tendência da liquidez da Casa do Caminho é de crescimento;

o que é considerado bom. Isso acontece com os três índices (LG, LC e LS).

A Figura 33 demonstra, graficamente, a evolução dos índices de estrutura de capital, do Hospital Casa do Caminho de Araxá.

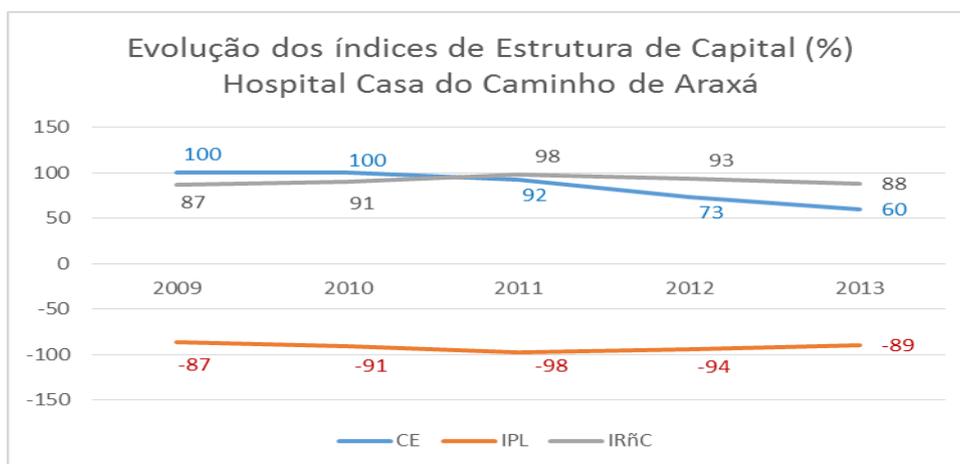


Figura 33: Evolução dos Índices de Estrutura de Capital da Casa do Caminho.

Fonte: Elaboração do Autor.

A tendência dos índices de estrutura de capital (CE e IRñC) são de queda; o que torna interessante para a organização. O mesmo acontece com a IPL (descoberto).

Com a posse dos índices-padrão, referentes aos 40 hospitais selecionados, pode-se promover a comparação dos índices financeiros dos Hospitais de Araxá, identificando a posição de cada um deles frente ao padrão estabelecido (da Figura 34 a 39).

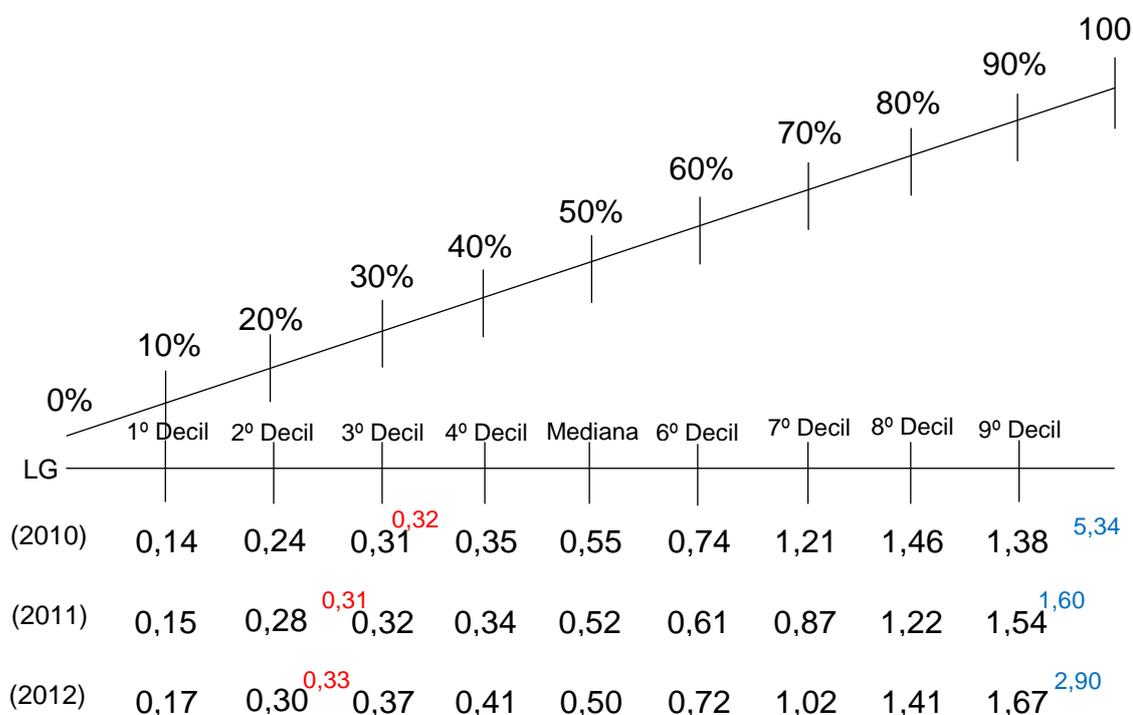


Figura 34: Posição do Índice de Liquidez Geral no Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor.

A Santa Casa de Misericórdia (SC), em 2010 esteve com a sua LG entre os 40% com menor índices, 2011 e 2012, a situação piorou já que passou a compor os 30% com menores índices de LG, ao passo que o Hospital Casa do Caminho (HCC), nos três períodos em análise esteve entre os 10% com melhor índice de LG.

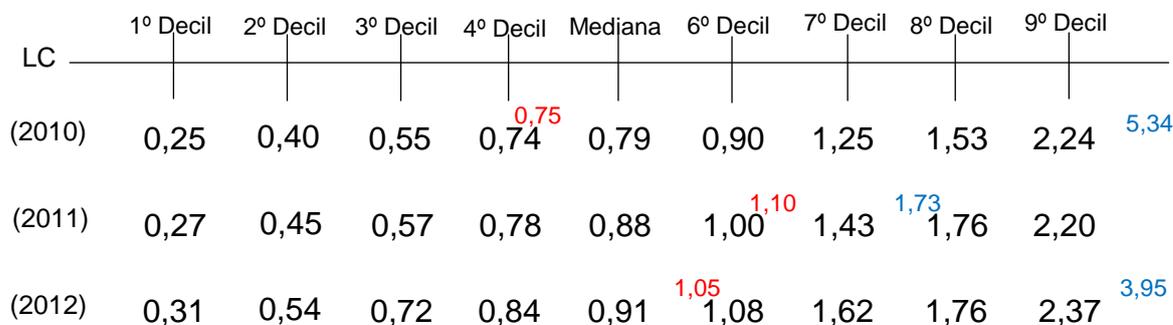


Figura 35: Posição do Índice de Liquidez Corrente no Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor.

No ano de 2010, a SC esteve entre os 50% com menor LC, posição que melhorou em 2011, ano que ficou entre os 40% com maior LC. Em 2012, caiu de posição, ficando entre os 50% com maior LC. Já o HCC, em 2010 esteve entre os 10% com melhor LC, posição caiu, no ano de 2011, ficando entre 30%, com melhor LC. Em 2012, voltou a compor os 10%, com melhor LC.

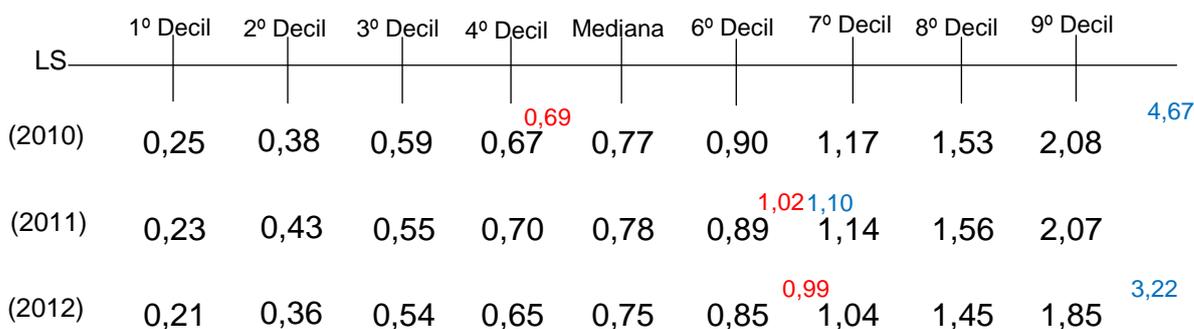


Figura 36: Posição do Índice de Liquidez Seca no Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor.

Em se tratando da LS, a SC que esteve, em 2010, abaixo da mediana, nos dois anos seguintes, melhorou a sua posição, ficando entre os 40%, com maior LS. Enquanto o HCC, nos anos de 2010 e 2012 esteve entre os 10%, com maior LS, o ano de 2011 ficou entre os 40%, com maior LS. Apesar da posição de 2011 ser a mesma dos dois Hospitais, HCC, ainda, teve melhor desempenho que SC.

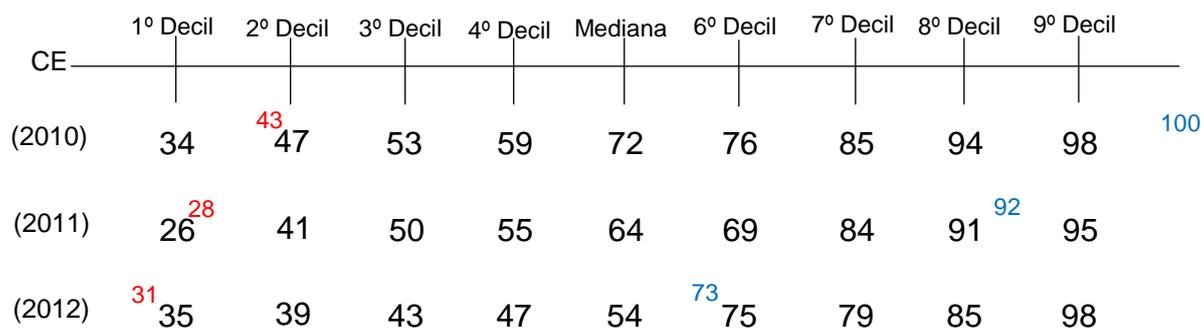


Figura 37: Posição do Índice de Composição do Endividamento no Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor.

Quanto à estrutura de capital, percebe-se que a CE da SC melhorou a cada ano; já que esses indicadores são do tipo quanto menor melhor (Matarazzo, 2003). O mesmo aconteceu com o HCC. A grande diferença entre os dois, na composição do endividamento, é que o HCC concentra, em 2010, a totalidade de suas dívidas no curto prazo; o que é ruim. Melhorou pouco a pouco, nos anos seguintes, apesar de se encontrar sempre acima da mediana. Enquanto a SC esteve sempre entre os 20%, com menores CE, o que é muito bom.

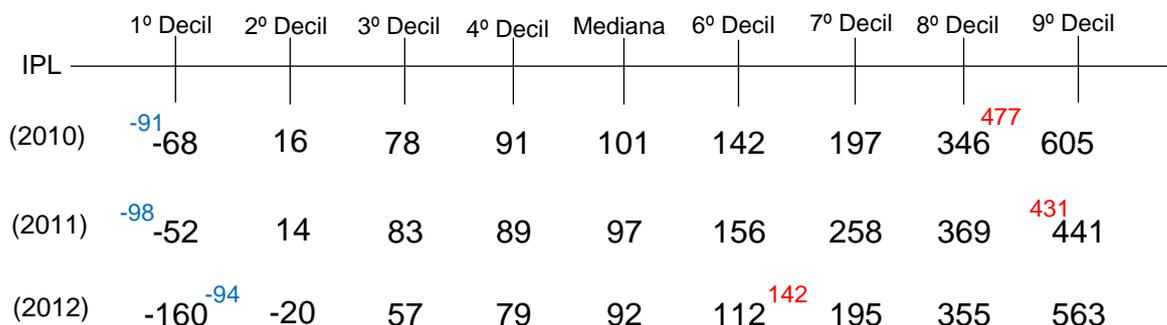


Figura 38: Posição do Índice de Imobilização do Patrimônio Líquido no Padrão.

Fonte: Elaboração do Autor

Quanto à IPL, a SC ficou, em 2010 e 2011, posicionada entre os 20%, com maior índice; o que não é satisfatório; mas melhorou um pouco, em 2012, ficando entre os 40%, com maior índice. Já o HCC esteve com o seu passivo a descoberto, nos três períodos analisados; e, com isso, apresenta IPL negativos.

IR.ñC	1º Decil	2º Decil	3º Decil	4º Decil	Mediana	6º Decil	7º Decil	8º Decil	9º Decil
(2010)	16	73	80	91 94	102	108	114 123	139	163
(2011)	14	65	78	90	97 98	103	118	153	166
(2012)	13	59	72	81	93 99	102	111	144	167

Figura 39: Posição do Índice de Imobilização dos Recursos não Correntes no Padrão.
Fonte: Elaboração do Autor

Quanto ao indicador IRñC, as posições entre os dois Hospitais se alteraram. Em 2010 o HCC esteve mais bem posicionado, perante o padrão, abaixo da mediana. Enquanto a SC ficou acima da mediana. As posições se inverteram em 2011, quando SC esteve melhor posicionada do que o HCC. A inversão aconteceu, novamente, em 2012.

6.2.1.4 – Doações e Subvenções

A Figura 40 apresenta, graficamente, a evolução das doações e subvenções da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Casa do Caminho, em relação às suas receitas.

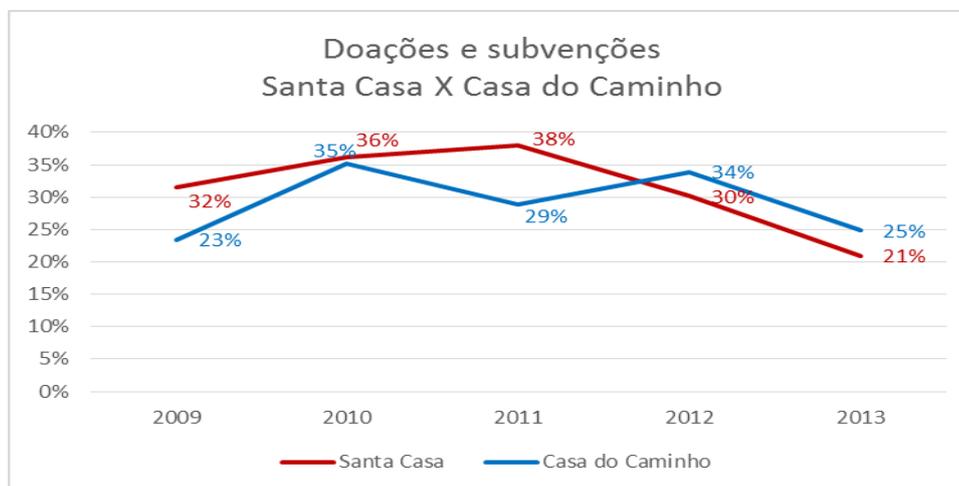


Figura 40: Doações e Subvenções do Total das Receitas.
Fonte: Elaboração do Autor.

O gráfico, conforme apresentou a Figura 40, demonstrou que de 2009 a 2011, a Santa Casa conseguiu um percentual maior de subvenções e doações sobre as receitas do que o Hospital Casa do Caminho. Já, nos dois últimos anos analisados (2012 e 2013), a situação foi invertida.

Dos 40 hospitais, relacionados na Tabela 15, apenas 19 disponibilizaram as

demonstrações de resultados referentes aos exercícios de 2010, 2011 e 2012. A tabela 16 apresenta tais organizações e seus percentuais de doações e subvenções, do total de suas receitas, nos respectivos períodos.

Tabela 16: Quadro de Hospitais que Compõem os Índices-padrão de Doações e Subvenções do Total das Receitas.

Hospital	2012	2011	2010
Casas André Luiz	48,7%	48,7%	52,9%
FUNDAÇÃO HOSPITALAR SÃO SEBASTIÃO	37,0%	31,1%	28,8%
Hélio Angoti NR	46,4%	26,4%	30,3%
Hospital de Pederneiras	14,6%	18,7%	19,8%
Hospital Erasto Gaerthner	10,6%	11,7%	9,4%
HOSPITAL ESPIRITA JOAO MARCHESI	20,39%	18,6%	14,4%
Hospital Nossa Senhora da Conceição	83,4%	81,7%	80,3%
Hospital Santa Rita de Cássia Vitória	1,6%	4,6%	4,2%
Hospital São Lucas Garça	56,7%	53,5%	5,4%
Hospital Casa do Caminho Araxá	33,0%	31,0%	35,0%
Santa Casa de Barbacena	26,1%	23,7%	19,1%
Santa Casa de Araxá	30,0%	38,0%	36,0%
Santa Casa de Buritama	36,8%	31,2%	27,3%
Santa Casa de Cachoeiro de Itapemirim	5,3%	4,5%	4,9%
Santa Casa de Capão Bonito	67,2%	65,6%	64,6%
Santa Casa de Fernandópolis	15,6%	17,8%	30,5%
Santa Casa de Franca	23,1%	20,0%	14,6%
Santa Casa de Pindamonhangaba	47,5%	43,6%	38,5%
Santa Casa São Carlos	6,9%	3,6%	7,9%

Fonte: Elaboração do Autor.

Com base nos dados demonstrados na Tabela 16 construiu-se um padrão (Figuras 41 e 42) para as doações e subvenções, angariadas pelos Hospitais, os quais disponibilizaram seus resultados. Utilizou-se, nesse caso, como medida de posição os quartis, em que se dividiu o universo de elementos disponíveis, em 25%; e, a mediana, dividindo ao meio o universo; deixando 50%, abaixo de si; e, 50%, acima de si (Toledo, 1991).

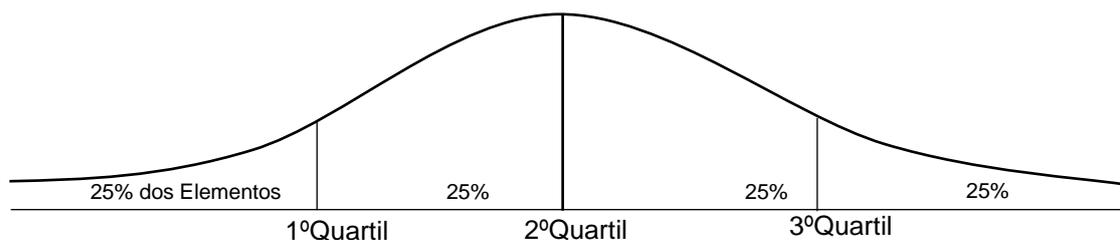


Figura 41: Posição dos Quartis na Distribuição Normal.

Fonte: Adaptação (Matarazzo, 2003, p.190)

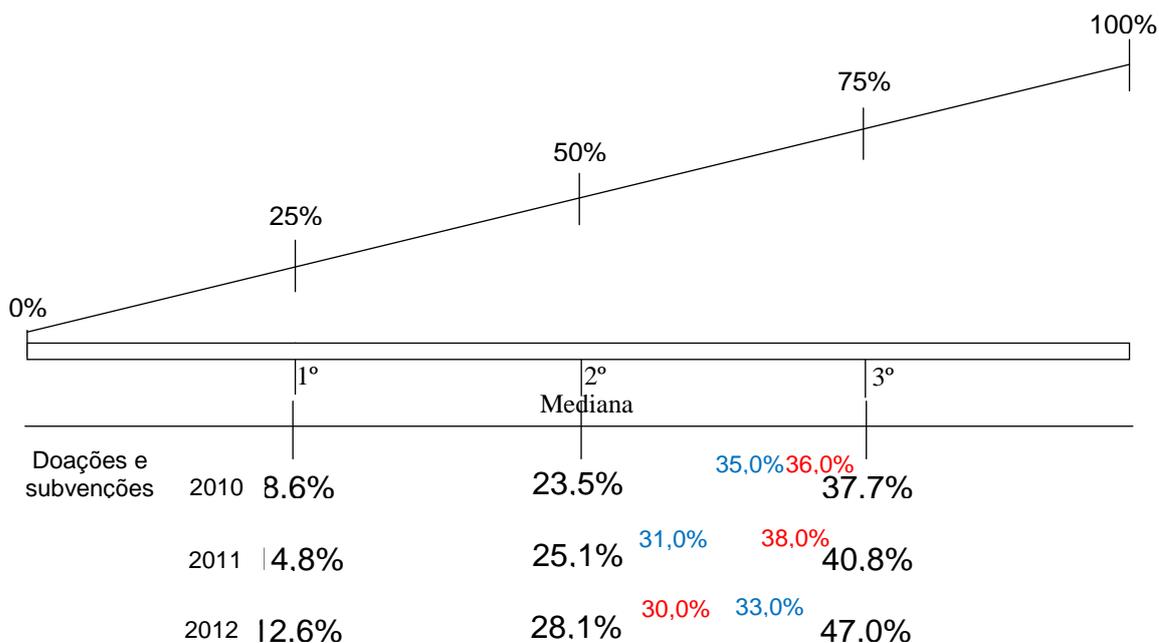


Figura 42: Posição dos Hospitais de Araxá no Padrão Construído.

Fonte: Elaboração do autor.

Com relação ao percentual de subvenções e doações, tanto a SC quanto o HCC estão entre os 50% com maiores percentuais sobre o total das receitas.

6.3 – FASE II: DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMO INDICATIVO DE PRÓ-ATIVIDADE E GESTÃO ATIVA DOS *STAKEHOLDERS*

Graças às dificuldades de se verificar se as informações, retidas e nunca divulgadas, são "boas" ou "más" notícias, o trabalho empírico, normalmente, avalia se um gerente exerce discricção, por exemplo, no atraso em relatar estatísticas de contabilidade obrigatórias, tais como o lucro contábil, com base no conteúdo da informação (Verrecchia, 1983). Mas, há alguns anos, as empresas começaram a divulgação voluntária de todo o tipo de informação financeira e não-financeira, a fim de satisfazer às demandas de informação dos usuários externos. (Ponte & Rodríguez, 2002).

A divulgação de informações financeiras, na *home page*, apresenta-se como um indicativo de pró-atividade das entidades hospitalares beneficentes, sem fins lucrativos. Os hospitais que não se comunicam com o exterior não têm uma gestão ativa dos seus *stakeholders*. No entanto, há aqueles (Calve, Nossa, Pagliarussi & Teixeira, 2013) que defendem que a divulgação corporativa, em organizações hospitalares filantrópicas, deve ir além do caráter contábil-financeiro; já que as ações sociais e educativas, como gestão estratégica desse tipo de organização, também devem ser consideradas no *disclosure* corporativo. Essa ideia vai muito além dos Hospitais, sem fins lucrativos. As empresas, em geral, devem ser capazes de oferecer às partes interessadas principais uma ampla gama de informações não-financeiras adicionais as quais podem ser acessadas, de acordo com os interesses dos *stakeholders* (Ponte & Rodríguez, 2002).

Apesar de não ser obrigatório, as Instituições sem fins lucrativos, que informam, seus dados voluntariamente, além da obrigatoriedade, estabelecem uma melhor comunicação com os interessados externos. Ao adotarem tal postura demonstram – mesmo que, de forma intuitiva, uma evidência de gestão dos *stakeholders*. As políticas de divulgação corporativa, para Deegan (2002), são consideradas por representar um relevante meio pelo qual a gestão pode influenciar percepções externas sobre a sua organização.

Como já evidenciado em capítulos anteriores, a dependência de recursos das organizações de sua envolvente está inerente aos negócios. A Teoria da Dependência de Recursos enfatiza o impacto do financiamento externo sobre como as organizações operam e propõe dois grandes princípios: primeiro, as organizações estão limitadas; e, por isso dependem de outras organizações que controlam os recursos; e, em segundo lugar, as organizações tentam gerir as suas dependências de grupos externos (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014).

Nos hospitais filantrópicos, em especial, torna-se cada vez mais evidente essa dependência. Seja ela, oriunda do governo (municipal, estadual e federal) por meio de subvenções ou da própria sociedade, via contribuições voluntárias da comunidade, é uma condição natural das organizações hospitalares, sem fins lucrativos, pela sua própria natureza organizacional e social. Entre outras estratégias, principalmente, no que tange à legitimidade organizacional, conforme aponta Oliver (1990), podem incluir as divulgações de informações direcionadas aos mais variados grupos interessados. Essa divulgação pode ser um elemento de extrema relevância, a ser utilizado pela organização, no sentido de gerenciar seus *stakeholders*, a fim de obter o seu apoio e a sua aprovação; ou, mesmo ao

contrário, pode servir para distrair a formação de oposição e de desaprovação (Deegan, 2002). Depreende-se portanto, que muitas vezes, as informações podem ser divulgadas por razões estratégicas e não, necessariamente, por quaisquer responsabilidades percebidas.

Segundo a Teoria da Legitimidade, que originou-se da noção de um "contrato social" entre organizações e sociedade, o desempenho de uma empresa é legítimo, quando se verifica, para ser justo e digno de apoio, quando ela é socialmente aceita (Deegan, 2002; Pereira Eugênio, Costa & Morais, 2013).

Pereira Eugênio e seus colaboradores (2013) argumentam, ainda, que as lacunas da legitimidade surgem à medida que as expectativas sociais de comportamento organizacional diferem das percepções sociais de seu comportamento. Assim, a motivação, por trás das divulgações sociais e ambientais da empresa, é o desejo de legitimar as operações de uma organização (Deegan, 2002), e, com isso, dirimir as expectativas negativas.

A natureza interativa, a velocidade com que dissimulam as informações e a extensa conectividade, via rede mundial dos computadores, permitem a comunicação entre as organizações e seus *stakeholders*, de forma mais eficiente e eficaz (Calixto *et al.*, 2007). “Com o advento da Internet, grandes mudanças têm ocorrido na maneira como as empresas divulgam informações sobre a performance financeira e ambiental de suas atividades” (p. 85).

Nesse novo ambiente, a capacidade das empresas em explorar a tecnologia da informação está emergindo, conforme um fator determinante de sucesso ou de fracasso (Ponte & Rodríguez, 2002).

6.3.1 – Hipóteses de Investigação

Há pelo menos uma variável independente (X), a qual vai explicar a variação das doações (Y)?

- H_0 indicará que nenhuma das variáveis independentes (X_j) afeta a variável dependente (Y).
- H_1 assegura que, pelo menos, uma variável X afeta a variável Y (dependente).

As organizações do Terceiro Setor não visam à distribuição dos lucros aos seus dirigentes, ou seja, a finalidade das organizações, sem fins lucrativos, está diretamente

ligada à ação social, ambiental, cultural, etc. (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014; Santos & Silva, 2012; Silva, Vasconcelos, & Normanha Filho, 2012). São sociedades de beneficência ou de sociedades que visam a realizar qualquer missão social, para o bem da comunidade (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014). Esse tipo de organização surgiu a fim de “amenizar os problemas relacionados ao Estado, como a educação, saúde e assistência social, e para diminuir os impactos ambientais causados pelo modelo de desenvolvimento vigente, baseado no crescimento” (Santos & Silva, 2012, p. 100).

O bom desenvolvimento e funcionamento das organizações, voltadas ao social, está vinculado “à utilização de estratégias de gestão efetivas, pois, as atividades deste setor estão muito ligadas à captação de recursos, à gestão de pessoas (voluntários, beneficiários) e à manutenção de uma boa imagem perante seus públicos” (Santos & Silva, 2012, p. 101).

As associações que não visam lucros podem receber fundos de vários recursos: doações, taxas de adesão, receitas de angariação de fundos ou doações para ajudar as organizações a prestarem os seus serviços (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014). As boas práticas de marketing social podem favorecer o processo de angariação de fundos, para as Instituições, as quais estão focadas em ação social. “Marketing social é o projeto, a implementação e o controle de programas que procuram aumentar a aceitação de uma ideia ou prática social num grupo-alvo” (Kotler, 1988, p.288).

Um instrumento que pode contribuir com o processo de captação de recursos, em organizações filantrópicas, proporcionando grandes benefícios é o **marketing tipo organização**, que Churchil (2005, p. 14) descreve como sendo o “marketing destinado a atrair doadores, membros, participantes ou voluntários”. A Figura 43 apresenta algumas ferramentas de marketing que podem ser utilizadas nas organizações sem fins lucrativos.

INSTRUMENTOS DO MARKETING	RELEVÂNCIA NO TERCEIRO SETOR
<i>Fundraising</i>	Ferramenta utilizada para captação de recursos.
Propaganda	Abrange desde o público-alvo até a sociedade, elevando a imagem perante seus beneficiários e voluntários e estimula doadores e financiadores a investirem em ações propostas pela organização.
Comunicação Social	Permite que a Instituição se comunique internamente e externamente, ou seja, com todos os <i>stakeholders</i> , vislumbrando uma maior autenticidade e transparência em seus projetos e programas sociais.

Figura 43: Ferramentas de Marketing no Contexto Terceiro Setor.

Fonte: (Santos & Silva, 2012).

“A propaganda filantrópica distingue-se da propaganda de causas sociais, porque é

especificamente dirigida ao angariamento de donativos” (Kotler, 1988, p.213). Para que essas organizações possam captar recursos, faz-se necessário mostrar o trabalho desenvolvido aos que podem financiar seus empreendimentos (Lucian, Pinto & França, 2013). “Quando novos atores são envolvidos como parceiros no contexto, como as empresas privadas, torna-se crucial desenvolver boas estratégias de comunicação” (Andrade, 2002, p.58).

Assim, as associações, sem fins lucrativos, seriam melhores, se comunicassem informações relevantes para os potenciais doadores executarem as propostas dos envolvidos (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014). Para isso, as organizações filantrópicas devem priorizar em suas agendas a profissionalização de sua gestão, bem como aprimorar, urgentemente, o relacionamento com seus doadores e parceiros (Santos, Sublaban, Neto, Giuliani, & Spers, 2008). “A captação de recursos não se restringe à obtenção de dinheiro, uma vez que são necessários também voluntários, bens físicos, equipamentos ou bens não duráveis (como alimentos e roupas)” (p.78). “Às vezes, é necessário criar um plano eficaz de captação de recursos, que seja capaz de cobrir as necessidades da organização, bem como proporcionar os resultados esperados” (Silva, Vasconcelos, & Normanha Filho, 2012. p. 1).

A divulgação das atividades da organização à sociedade e estratégias de marketing de relacionamento com seus doadores, podem estabelecer alianças duradouras e garantir financiamento em longo prazo (Souza, Boeing-da-Silveira, & Marcon, 2008). A divulgação é uma condição prévia fundamental para a prestação de contas e conseqüentemente, o exercício da transparência (Zainon, Atan, & Bee Wah, 2014), o qual pode atrair ou aumentar as contribuições dos doadores, se estes passam a ter a garantia da eficácia dos relatórios de organizações, sem fins lucrativos (Buchheit & Parsons, 2006).

Portanto, “ações que gerem um relacionamento positivo e duradouro podem gerar parcerias que garantam a sobrevivência de tais organizações” (Souza, Boeing-da-Silveira, & Marcon, 2008, p. 108). O relacionamento das organizações, sem fins lucrativos e seus doadores modifica-se a cada dia, da mesma forma que os papéis desempenhados, “alternando-se entre processos de colaboração/parceria e cooptação, dependência e busca de sustentabilidade” (Mendonca & Araújo, 2011, p.113). “A fidelização das empresas doadoras pode ser realizada de diversas formas, mas o agradecimento e a prestação de contas nunca podem faltar” (Andrade, 2002, p.66).

A Figura 44 aponta, de forma sucinta, algumas maneiras de captação de recursos.

Origem	Formas de Participação	Meios
Pessoa jurídica	Doações únicas - Contribuições mensais - Projetos especiais - Campanhas - Patrocínios de eventos - Prêmios - Parcerias - Financiamento	Visita pessoal - Mala direta - Marketing - Telefone - Correio - E-mail - Redes sociais - Telemarketing
Pessoa física	Doações únicas - Contribuições mensais - Voluntariado - Participação em eventos - Compra de produtos	Visita pessoal - Mala direta - Telemarketing - Produtos próprios - Telefone - Campanhas - Redes sociais - Catálogos - Eventos - Correio - E-mail

Figura 44: Maneiras de Captar Recursos.

Fonte: Adaptação (Dearo citado por Souza, Boeing-da-Silveira, & Marcon, 2008; Lucian, Pinto & França, 2013).

A necessidade de diversificação de fontes, formas e meios de financiamento das atividades, desse tipo organizacional, é para minimizar a sua vulnerabilidade (Andrade, 2002).

No passado, a comunicação das empresas era veiculada nas mídias tradicionais (jornais, *outdoors* e comerciais de rádio e televisão). No presente momento, não se pode desconsiderar essa comunicação; mas, deixar de fora as redes sociais, tais como FACEBOOK, TWITTER E INSTAGRAN e outras (Lucian, Pinto & França, 2013) é estar fadado ao fracasso. “O marketing digital torna-se mais relevante a cada ano e um dos fatores é o crescimento de brasileiros utilizando a internet” (p. 11). As campanhas se tornam mais eficientes, nas mídias sociais digitais, podendo se tornar indispensáveis para a divulgação das atividades e angariação de fundos, a fim de propiciar a sobrevivência, desse tipo de organizações filantrópicas (Lucian, Pinto & França, 2013).

6.3.2 – Métodos e Análise de Dados

Esta fase do trabalho assume a forma de uma pesquisa quantitativa, porque utiliza-se da regressão linear múltipla a fim de procurar descrever as relações entre as variáveis dependente e independentes, pela proposição de um modelo matemático (Toledo & Ovalle, 1991). A análise de regressão múltipla, segundo Wooldridge (2010), vai permitir o controle de vários fatores (variáveis independentes), as quais, simultaneamente, afetam uma variável dependente. “O modelo de regressão múltipla ainda é o veículo mais extensamente usado da análise empírica em economia e em outras ciências sociais” (p. 64).

Para a definição do modelo matemático, utilizou-se da ferramenta análise de dados (regressão), disponível na planilha do *software Microsoft Excel*. A proposição do modelo está representado no diagrama, conforme apresenta a Figura 45.

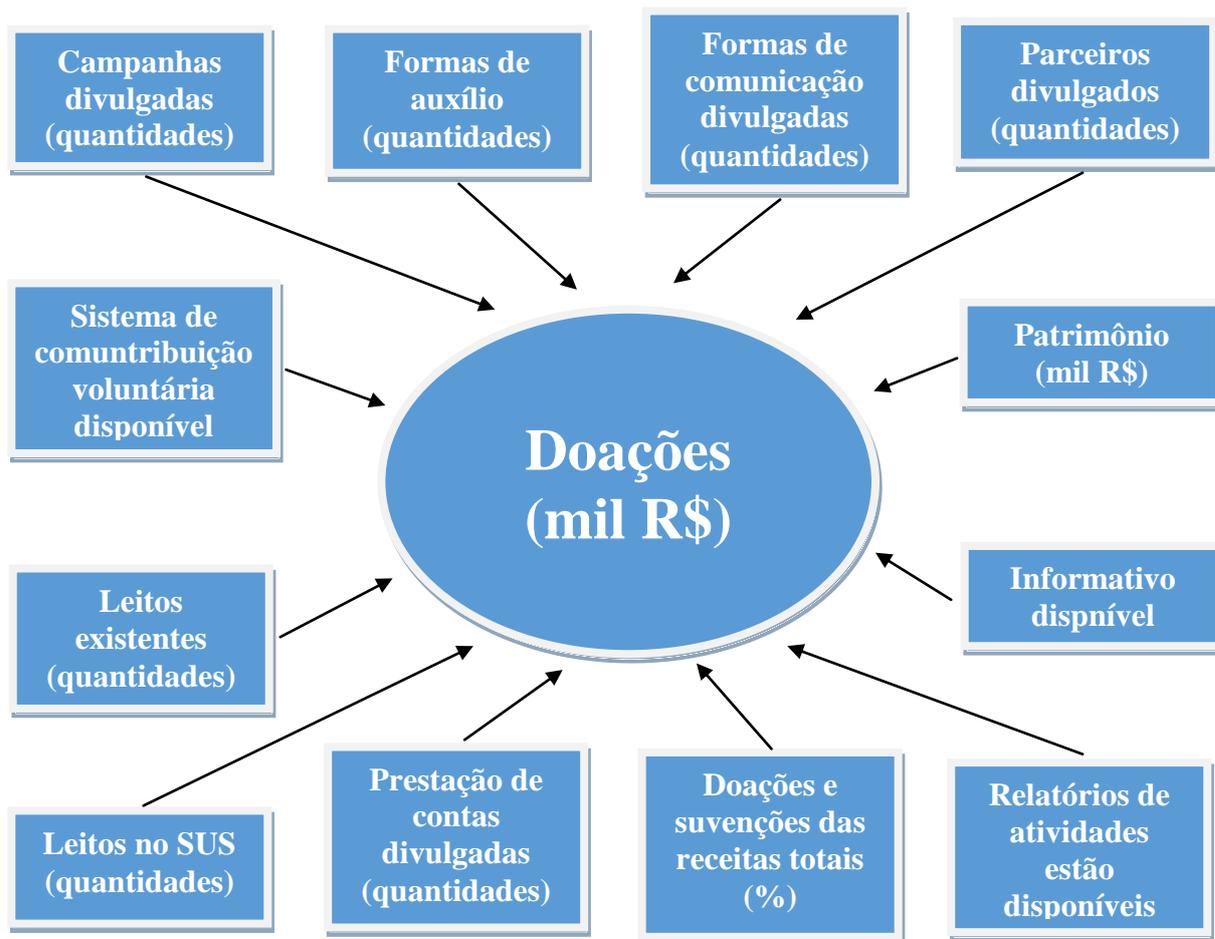


Figura 45: Proposição do Modelo.

Fonte: Elaboração do Autor.

A variável dependente, a ser explicada, no modelo proposto de regressão múltipla, são as doações obtidas pelos Hospitais, entidades beneficentes, sem fins lucrativos; e, que foram informadas de forma clara, e disponibilizadas ao público externo, seja nas demonstrações financeiras ou nos relatórios das atividades.

No sentido de explicar as doações (variável dependente), foram selecionadas as seguintes variáveis independentes:

- o número de campanhas, utilizadas pelos Hospitais para a captação de recursos;
- a quantidade de formas de auxiliar, disponibilizada, aos contribuidores voluntários;
- o número de formas de comunicação com o exterior, divulgadas pelo Hospital;
- a quantidade de parceiros, obtidos pela organização hospitalar;
- se há um sistema de contribuição voluntária, divulgado, na *website* do Hospital;
- a quantidade de leitos existentes;
- o número de leitos pelo SUS;

- a quantidade de documentos, disponibilizados, para a prestação de contas do Hospital aos interessados;
- o percentual de doações, acrescidas das subvenções, sobre o total da receita do Hospital;
- se os relatórios de atividades estão disponíveis, na *home page* do Hospital;
- se o Hospital possui algum informativo de comunicação disponível; e
- o tamanho do patrimônio hospitalar.

Das variáveis independentes, três são variáveis *dummy* (binárias): sendo 1 (um) para sim e 0 (zero) para não. As variáveis *dummys* são: relatórios de atividades disponíveis, sistema de contribuição voluntária e informativo disponível.

As variáveis constituem-se em um conjunto de dados de corte transversal, que “consiste em uma amostra de indivíduos, consumidores, empresas, cidades, estados, países ou uma variedade de outras unidades, tomada em um determinado ponto de tempo. Às vezes, os dados de todas as unidades não correspondem precisamente ao mesmo período” (Wooldridge, 2010, p.6).

6.3.2.1 – Definição da Amostra

Os Hospitais que constituíram a amostra foram definidos, segundo os seguintes critérios:

1. O Hospital deve possuir o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no DATASUS;
2. O Hospital deve ser uma Entidade Beneficente, Sem Fins Lucrativos, conforme a natureza da organização, registrada no CNES;
3. O Hospital deve possuir uma *home page*;
4. O Hospital deve publicar, virtualmente, ou por meio impresso, seus demonstrativos financeiros.
5. O Hospital deve informar as doações angariadas, voluntariamente, separadas das subvenções em sua demonstração de resultados (por notas explicativas ou não), ou mesmo, em outro relatório, disponível e de fácil acesso, aos interessados.

A Tabela 17 apresenta a relação dos Hospitais que atenderam aos critérios estabelecidos anteriormente. Esta tabela apresenta os seguintes dados: o nome simbólico (letra do alfabeto), que designará o Hospital, o CNES e a Unidade da Federação (UF) a que

pertence, o nome do Hospital conforme se apresenta no DATASUS e a sua *home page*. Assim, são 16 o número de Hospitais que atenderam a todos os critérios estabelecidos e que constiuem a amostra.

Tabela 17: Relação dos Hospitais Selecionados Conforme os Critérios Estabelecidos.

Nome Simbólico	CNES UF	Hospital	Home page
A	2080931 SP	Casas André Luiz	http://www.andreluiz.org.br/
B	2765934 MG	Fundação Hospitalar São Sebastião	http://www.hsstc.com.br/
C	2165058 MG	Hélio Angoti NR	http://www.helioangotti.com.br/
D	2791749 SP	Santa Casa de Pederneiras	http://santacasapederneiras.com.br/
E	0015644 PR	Hospital Erasto Gaerthner	http://www.erastogaertner.com.br/
F	2078384 SP	Hospital Espírita João Marchesi	http://www.hejoaomarchesi.org.br/
G	11738 ES	Hospital Santa Rita de Cássia Vitória	http://www.santarita.org.br/
H	2180766 MG	Hospital Casa do Caminho Araxá	http://www.casacaminho.com.br/
I	2138875 MG	Santa Casa de Misericórdia de Barbacena	http://www.scarbacena.com.br/site/
J	2485680 ES	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim	http://www.santacasacachoeiro.org.br/2014/
K	2079461 SP	Santa Casa de Buritama	http://www.santacasaburitama.com.br/
L	2079097 SP	Santa Casa de Capão Bonito	http://santacasacb.org.br/site/
M	2093324 SP	Santa Casa de Fernandópolis	http://santacasafernandopolis.com.br
N	2705982 SP	Santa Casa de Franca	http://www.santacasadefranca.com.br/
O	2755092 SP	Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba	http://www.santacasapindamonhangaba.com.br/
P	2080931 SP	Santa Casa de Misericórdia de São Carlos	http://www.santacasasaocarlos.com.br/

Fonte: Elaboração do Autor.

As Tabelas de 18 a 25 apresentam, detalhadamente, os dados coletados, em janeiro de 2015, após a navegação, observação e análise dos *websites*, dos 16 Hospitais que constituem a amostra.

Tabela 18: Variáveis Dummies.

Hospital	Relatórios de atividades disponíveis	Pontos	Sistema de Contribuição Voluntária no site	Pontos	Informativo	Pontos
A	Sim	1	Sim	1	Sim	1
B	Sim	1	Sim	1	Sim	1
C	Não	0	Sim	1	Sim	1
D	Não	0	Sim	1	Sim	1
E	Não	0	Sim	1	Sim	1
F	Não	0	Sim	1	Sim	1
G	Sim	1	Sim	1	Não	0

H	Não	0	Sim	1	Sim	1
I	Não	0	Não	0	Sim	1
J	Sim	1	Não	0	Não	0
K	Não	0	Sim	1	Sim	1
L	Não	0	Não	0	Sim	1
M	Não	0	Não	0	Não	0
N	Não	0	Sim	1	Sim	1
O	Não	0	Não	0	Não	0
P	Sim	1	Sim	1	Não	0

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 19: Quantidade de Campanhas Divulgadas.

Hospital	Campanhas	Pontos
A	Campanha de Material Ortopédico Campanha de Inverno Doar faz bem, mas em BOM ESTADO, faz bem mais Sua nota vale uma nota Leilão Beneficente (Atriz Regina Duarte) Parcerias com Empresas Jantar Iluminado (Cantor Daniel) Brechó Mercatudo Mercatudo Sustentabilidade	9
B		0
C	Leilões Salve Vidas, no Walmart Arrecadação de Alimentos Troco Solidário Bazar Salve Vidas Natal Solidário Tome essa iniciativa Bazar Solidário Festa Junina Espetáculo Lago do Cisne Campanha Salve Vidas CODAU Evento 6ª Noite Brasileira	12
D	Evento Jogo Beneficente Doações de Fraldas	2
E	Ação entre Amigos Amigos do Erasto Toda Vida Vale a Pena (Educativa) Wilson e Wendy (Educativa) Mac Dia Feliz (Educativa) Pela Vida da Criança Erasto: Solidariedade na Medida Certa	7
F	Campanha de Páscoa Almoço Beneficente	2
G	Campanha Voluntariado Parceria de Empresas Privadas Eventos – Leilões Projeto Vida Infinita Eventos – Jantares Eventos - Chá e Caldo Um Toque Pela Vida (Educativa) Viva Sorrindo Programa Querer Bem Bingo Coral da AFECC Transformação e Vida Atenção ao Acompanhante	14

	Programa Viva Voz	
H	Corrente do Bem Encontro Fraternal com Tadeu Lojas: Mercadorias Diversas Hospitais: Enxovais e Outros Hotéis: Cama, Mesa e Banho Programa de Rádio: Tempo de Amar Grupo do Abraço Caravanas Coral Terezinha Flores	9
I	Sustentabilidade Ambiental Gincana Ecológica Oficina do Sabão Distribuição de Mudanças Hospital Amigo da Criança Casa da Gestante	6
J	Venda Online de Bens Inservíveis ou Sucatas Projeto Telemedicina Projeto Cultura Itinerante Projeto Orientação a Acompanhante Projeto de Reciclagem Consumo consciente (educativa) Caminhada ecológica (educativa) O Bem Faz Bem Pró-vitae	9
K	Doação que Salva Vida Eventos Beneficentes: Show de Prêmios Eventos Beneficentes: Leilão de Gado Eventos Beneficentes: Rifas Eventos Beneficentes: Festa do Milho Suas Compras podem Salvar Vidas	6
L	Programa Sócio Bingo: Copa Premiada	2
M	Projeto Cidade Responsável Amigos da Santa Casa Ajude a Santa Casa a Salvar Vidas Campanha "Doe alimentos" Projetos Educativos na Área de Saúde	5
N	A Santa Casa Precisa da sua Ajuda. Faça a sua Doação	1
O		0
P		0

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 20: Quantidade de Formas de Auxílio Divulgadas.

Hospital	Formas de auxiliar divulgadas no site	Pontos
A	Doação Online (\$) Doação de Objetos em Bom Estado para Revenda Doação de Notas Fiscais, sem CPF Adquirindo Cartão de Crédito Bradesco Casas André Luiz Seja Investidor Empresário Social Ajude nossos Projetos Apadrinhamento Voluntariado Voluntariado Digital Telemarketing	10
B		0
C	Depósito em Conta Caixa/Banco Brasil PRONON - Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica Arrecadação via CODAU	5

	AlgarTelecon Telemarketing Doações Vinculadas à Conta de Energia	
D		0
E	Padrinhos Apoiadores Especiais Doações Continuadas (ano todo) FIA - Pela Vida da Criança Ação entre Amigos Quem Ama Transforma - Wilson e Wendey Toda Vida Vale a Pena Pela Vida do Idoso PRONON - Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica	9
F	Depósito em Conta Banco do Brasil Telefone	2
G	Depósitos em Conta Bancária Bazar da AFECC Bazar de Bordados Doações em Dinheiro Selo Social Doações de Materiais Doações Via Boletos	7
H	Depósito Banco do Brasil Depósito Banco Itaú Adquirir DVDs TADEU Adquirir CDs TADEU Adquirir Livros TADEU	5
I		0
J	Compra de Bens Inservíveis ou Sucatas Voluntariado Sócio Mantenedor – Ligação Gratuita (0800)	3
K	Alimentos Medicamentos Materiais de Limpeza Depósito no Banco do Brasil Doação de Notas Fiscais Sem CPF ou CNPJ	5
L		0
M	Alimentos Doação de Notas Fiscais Sem CPF ou CNPJ	2
N	Doações Através de Cartão de Crédito Telemarketing Doações Através de Boleto Bancário	3
O		0
P	Telemarketing Voluntariado	2

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 21: Número de Parceiros Declarados.

Hospital	Nº de Parceiros	Hospital	Nº de Parceiros
A	46	I	0
B	0	J	0
C	14	K	7
D	0	L	13
E	87	M	8
F	8	N	0
G	20	O	0
H	10	P	0

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 22: Quantidade de Formas de Comunicação Externa dos Hospitais.

Hospital	Instrumentos de comunicação com a comunidade externa	Pontos
A	Site – Facebook – Twitter – YouTube – GooglePlus - Jornalzinho dos pacientes - Blog dos pacientes - TV Mundo Maior - Rádio Boa Nova – Informativo	10
B	Site – Informativo	2
C	Site	1
D	Site	1
E	Site – Instagran – Facebook – YouTube	4
F	Site	1
G	Site – Informativo – Revista	3
H	Site – Facebook	2
I	Site – Facebook – Twitter	3
J	Site – Facebook – Informativo	3
K	Site – YouTube	2
L	Site – Facebook – Twitter	3
M	Site – Facebook – Twitter	3
N	Site – Facebook – Twitter	3
O	Site	1
P	Site	1

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 23: Número de Leitos Existentes e os Diponíveis pelo SUS.

Hospital	Letos Existentes	Leitos pelo SUS	Hospital	Letos Existentes	Leitos pelo SUS
A	610	600	I	129	85
B	106	89	J	183	148
C	94	68	K	36	22
D	72	52	L	67	49
E	136	108	M	158	90
F	78	78	N	228	190
G	214	103	O	176	127
H	143	114	P	296	179

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 24: Número de Documentos para Prestação de Contas aos Interessados.

Hospital	Prestação de contas	Pontos
A	Balanços Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas explicativas da administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa Relatório das Atividades Informativo	7
B	Balanços Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas explicativas da administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
C	Balanços Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas explicativas da administração às Demonstrações Financeiras Prestação de Contas das Campanhas	5
D	Balanços Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações	5

	Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	
E	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa Relatório das Atividades	6
F	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas explicativas da administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
G	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas explicativas da administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa Relatório das Atividades	6
H	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
I	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
J	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa Relatório das Atividades	6
K	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
L	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa Relatório das Atividades	6
M	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
N	Balancos Patrimoniais	5

	Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	
O	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras Demonstrações de Fluxo de Caixa	5
P	Balancos Patrimoniais Demonstrativos de Resultados Demonstrações das Mutações do Patrimônio Líquido Notas Explicativas da Administração às Demonstrações Financeiras	4

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 25: Doações e o Tamanho do Patrimônio (mil R\$).

Hospital	Doações	Patrimônio	Hospitais	Doações	Patrimônio
A	27.191,02	31.700,96	I	8.209,93	33.913,62
B	834,11	15.565,79	J	793,36	50.784,00
C	6.452,96	36.597,46	K	232,46	5.320,63
D	137,65	8.297,57	L	213,31	4.221,14
E	7.459,50	63.364,05	M	353,83	22.785,86
F	277,67	3.081,00	N	4.677,74	64.595,84
G	1.185,46	158.458,31	O	91,67	47.034,02
H	2.457,59	13.930,75	P	1.380,44	38.377,95

Fonte: Elaboração do Autor.

6.3.2.2 – Procedimentos da Regressão Linear Múltipla

O primeiro passo, aqui, foi apresentar, em uma única tabela (Tabela 26) os dados obtidos.

O segundo passo foi informar a variável dependente e as variáveis independentes quantificadas, com excessão às variáveis *dummys*, na opção Dados/Análise de Dados/Regressão, conforme está disponível na planilha do *software Microsoft Excel*. Com a ferramenta Regressão selecionada, identificou-se, nos dados de entrada, a variável dependente (Y), no “intervalo Y de entrada” e as variáveis independentes (X₁, X₂, X₃, X₄, X₅, X₆, X₇, X₈ e X₉), no intervalo X de entrada. Difiniu-se a opção dos Rótulos e o Nível de Confiança de 95%, com isso utilizou-se um Nível de Significância de 5%. Segundo Wooldridge (2010, p. 676), o Nível de Confiança é “a percentagem de amostras na qual queremos que nosso intervalo de confiança contenha o valor populacional” e o nível de significância é “a probabilidade de erro Tipo I em testes de hipóteses”. Em seguida, com um click no OK, rodou-se a regressão, cujos dados encontram-se demonstrados na Tabela 27.

O modelo de Regressão Linear Múltipla pode, para Wooldridge (2010, p. 67), ser:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \dots + \beta_k + \mu$$

Em que β_0 é o **intercepto**, β_1 é o parâmetro associado a X_1 e k como as variáveis independentes. Portanto, “vamos nos referir aos outros parâmetros que não o intercepto como **parâmetros de inclinação**... A variável μ é o **termo de erro** ou **perturbação**” (Wooldridge, 2010, p. 67).

Tabela 26: Dados Reunidos das Variáveis Dependente e Independentes.

HSFL	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂
Hospital Sem Fins Lucrativos	Doações (em mil R\$)	Campanhas divulgadas	Formas de auxílio divulgadas	Parceiros divulgados	Formas de comunicação divulgadas	Leitos existentes	Leitos no SUS	Prestação de contas disponíveis	% de doações e subvenções sobre a receita total	Patrimônio (em mil R\$)	Relatórios de atividades disponíveis	Sistema de contribuição voluntária	Informativo disponível
A	27.191,02	9,00	10,00	46,00	10,00	610,00	600,00	7,00	50,00	31.700,96	1,00	1,00	1,00
B	834,11	0,00	0,00	0,00	2,00	106,00	89,00	5,00	32,00	15.565,79	1,00	1,00	1,00
C	6.452,96	12,00	5,00	14,00	1,00	94,00	68,00	5,00	34,00	36.597,46	0,00	1,00	1,00
D	137,65	2,00	0,00	0,00	1,00	72,00	52,00	5,00	17,00	8.297,57	0,00	1,00	1,00
E	7.459,50	7,00	9,00	87,00	4,00	136,00	108,00	6,00	11,00	63.364,05	0,00	1,00	1,00
F	277,67	2,00	2,00	8,00	1,00	78,00	78,00	5,00	18,00	3.081,00	0,00	1,00	1,00
G	1.185,46	14,00	7,00	20,00	3,00	214,00	103,00	6,00	4,00	158.458,31	1,00	1,00	0,00
H	2.457,59	9,00	5,00	10,00	2,00	143,00	114,00	5,00	33,00	13.930,75	0,00	1,00	1,00
I	8.209,93	6,00	0,00	0,00	3,00	129,00	85,00	5,00	23,00	33.913,62	0,00	0,00	1,00
J	793,36	9,00	3,00	0,00	3,00	183,00	148,00	6,00	5,00	50.784,00	1,00	0,00	0,00
K	232,46	6,00	5,00	7,00	2,00	36,00	22,00	5,00	32,00	5.320,63	0,00	1,00	1,00
L	213,31	2,00	0,00	13,00	3,00	67,00	49,00	6,00	66,00	4.221,14	0,00	0,00	1,00
M	353,83	5,00	2,00	8,00	3,00	158,00	90,00	5,00	21,00	22.785,86	0,00	0,00	0,00
N	4.677,74	1,00	3,00	0,00	3,00	228,00	190,00	5,00	19,00	64.595,84	0,00	1,00	1,00
O	91,67	0,00	0,00	0,00	1,00	176,00	127,00	5,00	43,00	47.034,02	0,00	0,00	0,00
P	1.380,44	0,00	2,00	0,00	1,00	296,00	179,00	4,00	6,00	38.377,95	0,00	1,00	0,00

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 27: 1ª Regressão Rodada.

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,985669296
R-Quadrado	0,971543962
R-quadrado ajustado	0,928859904
Erro padrão	1818,238023
Observações	16

ANOVA

	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	9	677237101,5	75248566,83	22,76128423	0,000572967
Resíduo	6	19835937,04	3305989,506		
Total	15	697073038,5			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	31604,90028	8873,883674	3,561563509	0,011904678	9891,289151	53318,51141
Campanhas divulgadas	840,0487158	218,6753909	3,841532934	0,008543671	304,9693103	1375,128121
Formas de auxílio divulgadas	-1259,072888	455,5597953	-2,763792812	0,032689622	-2373,78755	-144,3582257
Parceiros divulgados	157,6757378	46,11095128	3,419485685	0,014152673	44,84630465	270,505171
Formas de comunicação divulgadas	1927,217578	731,1873092	2,635737182	0,03876085	138,0666854	3716,36847
Leitos existentes	-83,01801562	26,89686247	-3,086531587	0,021482856	-148,8322672	-17,20376407
Leitos no SUS	122,2396101	29,45831476	4,149579196	0,006013915	50,15771059	194,3215096
Prestação de contas disponíveis	-7582,514383	1916,603372	-3,956225109	0,007484047	-12272,27389	-2892,754878
% de doações e subvenções sobre a receita total	48,53166833	36,99040137	1,312007076	0,237476371	-41,98058316	139,0439198
Patrimônio (em mil R\$)	0,049768227	0,026756517	1,86004129	0,112217341	-0,015702612	0,115239066

Fonte: Elaboração do Autor através da ferramenta de análise de dados/regressão do *Microsoft Excel*.

Ao promover uma interpretação preliminar dos resultados da 1ª Regressão Rodada, verificamos que o R-Quadrado Ajustado (de 0 a 1), o qual estabelece uma medida de qualidade, ou de sucesso da estimativa, foi de 0,928859904, evidenciando, assim, o modelo é significativo. O desvio padrão μ está em 1818,238023 dispersos, em torno da reta de regressão.

Para verificarmos se há, pelo menos, uma variável independente (X) o qual explica a variação das doações (Y), temos as seguintes hipóteses:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \beta_4 = \beta_k = 0$$

$$H_1: \text{não há igualdade a zero}$$

Onde: H_0 indicará que nenhuma das variáveis independentes (X) afeta a variável dependente (Y) e H_1 assegura que, pelo menos, uma variável X afeta a variável Y.

Considerando um nível de significância igual a 5%, o *F de significação* foi de $0,000572967 < 0,05$; o que quer dizer que a regressão é significativa.

O valor da estatística F é, relativamente, alto igual a 22,76 ($=75248566,83/3305989,506$) e o valor p (*F de significação*), correspondente igual a 0,000572967, praticamente igual a zero ($< 0,05$). Portanto, podemos rejeitar a hipótese H_0 e concluir que a equação de regressão apresenta elementos de relação significativa, entre a variável resposta, doações (Y), e, pelo menos, uma das variáveis independentes (X). A Figura 46 ilustra a distribuição F, levando em consideração o grau de liberdade do numerador igual a 9 e o grau de liberdade do denominador igual a 6. Segundo Wooldridge (2010), o grau de liberdade do numerador será sempre maior que o do denominador.

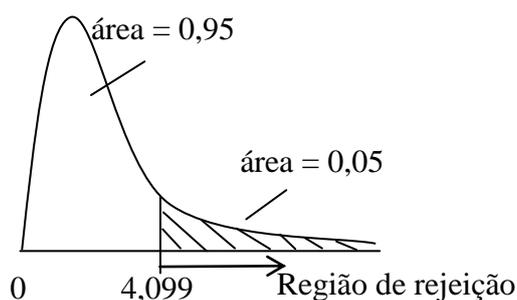


Figura 46: Distribuição F.
Fonte: Elaboração do autor.

Consultando a tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,099. Ao compararmos o F observado de 22,76, com o f crítico, verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 .

Ao analisarmos o valor-P, observamos que ao nível de significância de 5%, há

duas variáveis, cujo p-valor é maior que isso: % de doações e subvenções sobre a receita total (0,237476371) e o patrimônio (0,112217341). Todas as outras variáveis explicativas passaram nesse teste, pois o p-valor de cada uma delas é menor que o nível de significância de 5%.

Antes de rodar uma nova regressão, referente à Tabela 28, em que foram excluídas do modelo as duas variáveis, cujo p-valor de cada uma foi maior que 5% (X_8 e X_9 - na 1ª regressão), será necessário verificarmos se há um nível alto de correlação entre as variáveis independentes, a qual poderá determinar uma multicolinearidade. A Figura 47 apresenta uma escala de correlação, definida para o procedimento de exclusão das variáveis independentes, com uma forte correlação.

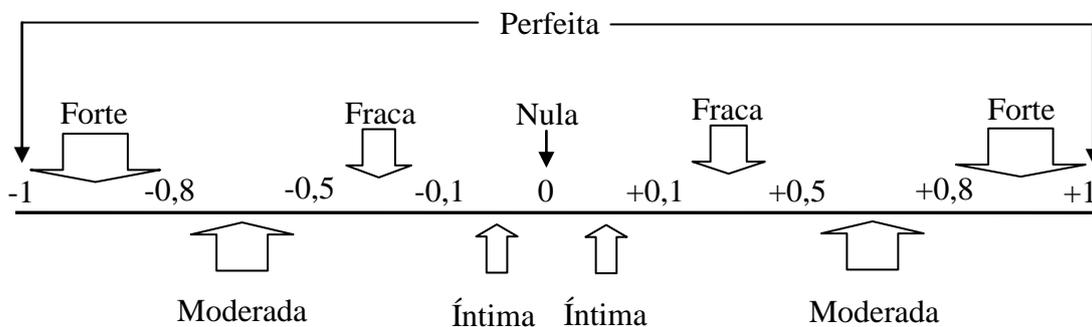


Figura 47: Escala de Correção.

Fonte: Adaptado (Dancey & Reidy, 2006, p.187).

Para promover a correlação entre as variáveis independentes, utilizou-se o seguinte procedimento: entrou na ferramenta do *software Microsoft Excel*, “Análise de Dados” e selecionou “correlação”; a seguir, informou o intervalo de entrada e os rótulos de primeira linha; e, com um click em “Ok” gerou o relatório de correlação conforme apresenta a Tabela 29.

Ao analisar as correlações (Tabela 29) e compará-las com a escala de correlação definida (Figura 47), verificou-se que a variável X_4 possui uma “Forte” correlação com as variáveis independentes X_6 (0,857977) e X_7 (0,805304); e, a variável X_5 possui uma “Forte” correlação (0,968858) com a variável independente X_6 . Levou-se em consideração, como critério de exclusão, o número de correlações “Fortes” e a correlação entre as variáveis explicativas X_4 , X_5 , X_6 e X_7 com a variável dependente Y . A verificação dos critérios resultou-se na indicação, a fim de suprimir as variáveis X_4 , por correlacionar fortemente, com duas variáveis (X_6 e X_7), e X_5 por ter uma menor correlação com Y do que X_6 .

Tabela 28: Dados Reunidos das Variáveis Dependente e Independentes, com Duas Exclussões (X8 e X9).

HF	Y	X₁	X₂	X₃	X₄	X₅	X₆	X₇	X₁₀	X₁₁	X₁₂
Hospital Sem Fins Lucrativos	Doações (em mil R\$)	Campanhas divulgadas	Formas de auxílio divulgadas	Parceiros divulgados	Formas de comunicação divulgadas	Leitos existentes	Leitos no SUS	Prestação de contas disponíveis	Relatórios de atividades disponíveis	Sistema de contribuição voluntária	Informativo disponível
A	27191,02	9,00	10,00	46,00	10,00	610,00	600,00	7,00	1,00	1,00	1,00
B	834,11	0,00	0,00	0,00	2,00	106,00	89,00	5,00	1,00	1,00	1,00
C	6452,96	12,00	5,00	14,00	1,00	94,00	68,00	5,00	0,00	1,00	1,00
D	137,65	2,00	0,00	0,00	1,00	72,00	52,00	5,00	0,00	1,00	1,00
E	7459,50	7,00	9,00	87,00	4,00	136,00	108,00	6,00	0,00	1,00	1,00
F	277,67	2,00	2,00	8,00	1,00	78,00	78,00	5,00	0,00	1,00	1,00
G	1185,46	14,00	7,00	20,00	3,00	214,00	103,00	6,00	1,00	1,00	0,00
H	2457,59	9,00	5,00	10,00	2,00	143,00	114,00	5,00	0,00	1,00	1,00
I	8209,93	6,00	0,00	0,00	3,00	129,00	85,00	5,00	0,00	0,00	1,00
J	793,36	9,00	3,00	0,00	3,00	183,00	148,00	6,00	1,00	0,00	0,00
K	232,46	6,00	5,00	7,00	2,00	36,00	22,00	5,00	0,00	1,00	1,00
L	213,31	2,00	0,00	13,00	3,00	67,00	49,00	6,00	0,00	0,00	1,00
M	353,83	5,00	2,00	8,00	3,00	158,00	90,00	5,00	0,00	0,00	0,00
N	4677,74	1,00	3,00	0,00	3,00	228,00	190,00	5,00	0,00	1,00	1,00
O	91,67	0,00	0,00	0,00	1,00	176,00	127,00	5,00	0,00	0,00	0,00
P	1380,44	0,00	2,00	0,00	1,00	296,00	179,00	4,00	0,00	1,00	0,00

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 29: Relatório de Correlação das Variáveis Independentes.

	Doações (em mil R\$) Y	Campanhas divulgadas X ₁	Formas de auxílio divulgadas X ₂	Parceiros divulgados X ₃	Formas de comunicação divulgadas X ₄	Leitos existentes X ₅	Leitos no SUS X ₆	Prestação de contas disponíveis X ₇	Relatórios de atividades disponíveis X ₁₀	Sistema de contribuição voluntária X ₁₁	Informativo disponível X ₁₂
Doações (em mil R\$)	1										
Campanhas divulgadas	0,334790	1									
Formas de auxílio divulgadas	0,624793	0,692708	1								
Parceiros divulgados	0,521510	0,367731	0,770656	1							
Formas de comunicação divulgadas	0,882582	0,335861	0,633064	0,552140	1						
Leitos existentes	0,805204	0,179151	0,521463	0,292677	0,798598	1					
Leitos no SUS	0,878481	0,154172	0,532178	0,334679	0,857977	0,968858	1				
Prestação de contas disponíveis	0,601281	0,501957	0,593498	0,600323	0,805304	0,469805	0,550156	1			
Relatórios de atividades disponíveis	0,317446	0,366057	0,308637	0,082865	0,495238	0,474899	0,465024	0,582182	1		
Sistema de contribuição voluntária	0,198094	0,132125	0,493896	0,276636	0,027919	0,142785	0,165464	-0,086525	0,077850	1	
Informativo disponível	0,317751	-0,054404	0,109458	0,234135	0,155546	-0,180056	0,010350	0,111247	-0,233550	0,418182	1

Fonte: Elaboração do Autor, utilizando a ferramenta do *Software Microsoft Excel* “Correlação” em “Análise de dados”.

Antes de suprimir as variáveis X_4 e X_5 , utilizou-se do teste (para verificar se a multicolinearidade é problemática) Fator de Inflação de Variância (FIV) que, segundo Wooldridge (2010), $FIV = 1/(1-R^2_j)$. “A determinação de um valor de corte para o FIV acima do qual concluiremos que a multicolinearidade é um ‘problema’ é arbitrária e não é de grande ajuda” (p. 95). O que fazer, então? Como proceder para resolver esse dilema? “Algumas vezes o valor 10 é escolhido: Se FIV, for acima de 10 (equivalentemente, R^2_j será acima de 0,9), concluiremos que a multicolinearidade é um ‘problema’ para estimar β_j ” (p.95). Se R^2_j for 0,9 “significa que 90% da variação amostral em X_j pode ser explicada pelas outras variáveis independentes do modelo de regressão” (p. 93).

Para identificar o R^2_{X4} e o R^2_{X5} , foi necessário rodar uma regressão para as duas variáveis (individualmente) X_4 (Formas de comunicação divulgadas) com X_6 (Leitos pelo SUS - dependente) e X_5 (Leitos existentes) com X_6 (Leitos pelo SUS - dependente). A Tabela 30 apresenta uma sinopse dos resultados.

Tabela 30: Cálculo do R2 das Variáveis X4 e X5.

RESUMO DOS RESULTADOS		RESUMO DOS RESULTADOS	
<i>Estatística de regressão</i>		<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,86	R múltiplo	0,97
R-Quadrado	0,74	R-Quadrado	0,94
R-quadrado ajustado	0,72	R-quadrado ajustado	0,93
Erro padrão	70,65	Erro padrão	34,06
Observações	16	Observações	16
ANOVA		ANOVA	
	<i>gl</i>		<i>gl</i>
Regressão	1	Regressão	1
Resíduo	14	Resíduo	14
Total	15	Total	15
<i>Coefficientes</i>		<i>Coefficientes</i>	
Interseção	-9,02	Interseção	-30,56
Formas de com. divulgadas	52,24	Leitos existentes	0,95
$FIV_{X4} = 1/(1-R^2_{X4}) = FIV_{X4} = 3,85$		$FIV_{X5} = 1/(1-R^2_{X5}) = FIV_{X5} = 16,67$	

Fonte: Elaboração do Autor, utilizando a ferramenta *software Microsoft Excel*.

Após a identificação dos FIVs das variáveis X_4 (3,85) e X_5 (16,67), optou-se por suprimir apenas a variável X_5 , cujo FIV (16,67) é maior que 10, conforme sugerido por Wooldridge (2010).

Depois da exclusão da variável X_5 , rodou-se a 2ª regressão, acrescida às variáveis *dummy*, conforme apresenta a Tabela 31.

Tabela 31: 2ª Regressão Rodada (Após Suprimir a Variável Independente Indesejável ao Modelo.

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,99
R-Quadrado	0,97
R-quadrado ajustado	0,94
Erro padrão	1730,13
Observações	16,00

ANOVA

	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	9	679112887,2	75456987	25,21	0,000428372
Resíduo	6	17960151,26	2993359		
Total	15	697073038,5			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	9168,71	8218,761215	1,115583	0,307277	-10941,87789	29279,29054
Campanhas divulgadas	691,69	234,2810238	2,952404	0,025533	118,4272027	1264,95723
Formas de auxílio divulgadas	-809,77	644,0893267	-1,25723	0,255392	-2385,7983	766,2613132
Parceiros divulgados	116,61	46,23593002	2,522062	0,045161	3,474624452	229,7451147
Formas de comunicação divulgadas	663,64	832,7876281	0,796886	0,455885	-1374,121437	2701,394396
Leitos no SUS	46,50	9,593334226	4,84762	0,002859	23,03079914	69,97888556
Prestação de contas disponíveis	-3375,01	1696,039995	-1,98994	0,093724	-7525,073642	775,0470867
Relatórios de atividades disponíveis	4,05	2027,393706	0,001998	0,99847	-4956,80231	4964,905064
Sistema de contribuição voluntária	-1490,43	2625,918942	-0,56758	0,590906	-7915,823646	4934,960711
Informativo disponível	4744,75	1830,282291	2,592357	0,041082	266,2062581	9223,285115

Fonte: Elaboração do Autor, utilizando a ferramenta do *Software Microsoft Excel* “Regressão” em “Análise de dados”.

O que nos interessa, nessa 2ª regressão, são os coeficientes para o estabelecermos do modelo matemático ($Y = \beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3 + \dots + \beta_k + \mu$), como,

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_5 X_5 + \beta_7 X_7 + \beta_{10} X_{10} + \beta_{11} X_{11} + \beta_{12} X_{12} + \mu$$

ou seja,

$$\text{Doações} = 9168,71 + 691,69 \times \text{CD} - 809,77 \times \text{FAD} + 116,61 \times \text{PD} + 663,64 \times \text{FCD} + 46,50 \times \text{LS} - 3375,01 \times \text{PCD} + 4,05 \times \text{RAD} - 1490,43 \times \text{SCV} + 4744,75 \times \text{ID} + 1730,13$$

O modelo proposto conforme apresentou a Figura 45, após as exclusões das variáveis indesejadas, passa a ser como demonstra a Figura 48.

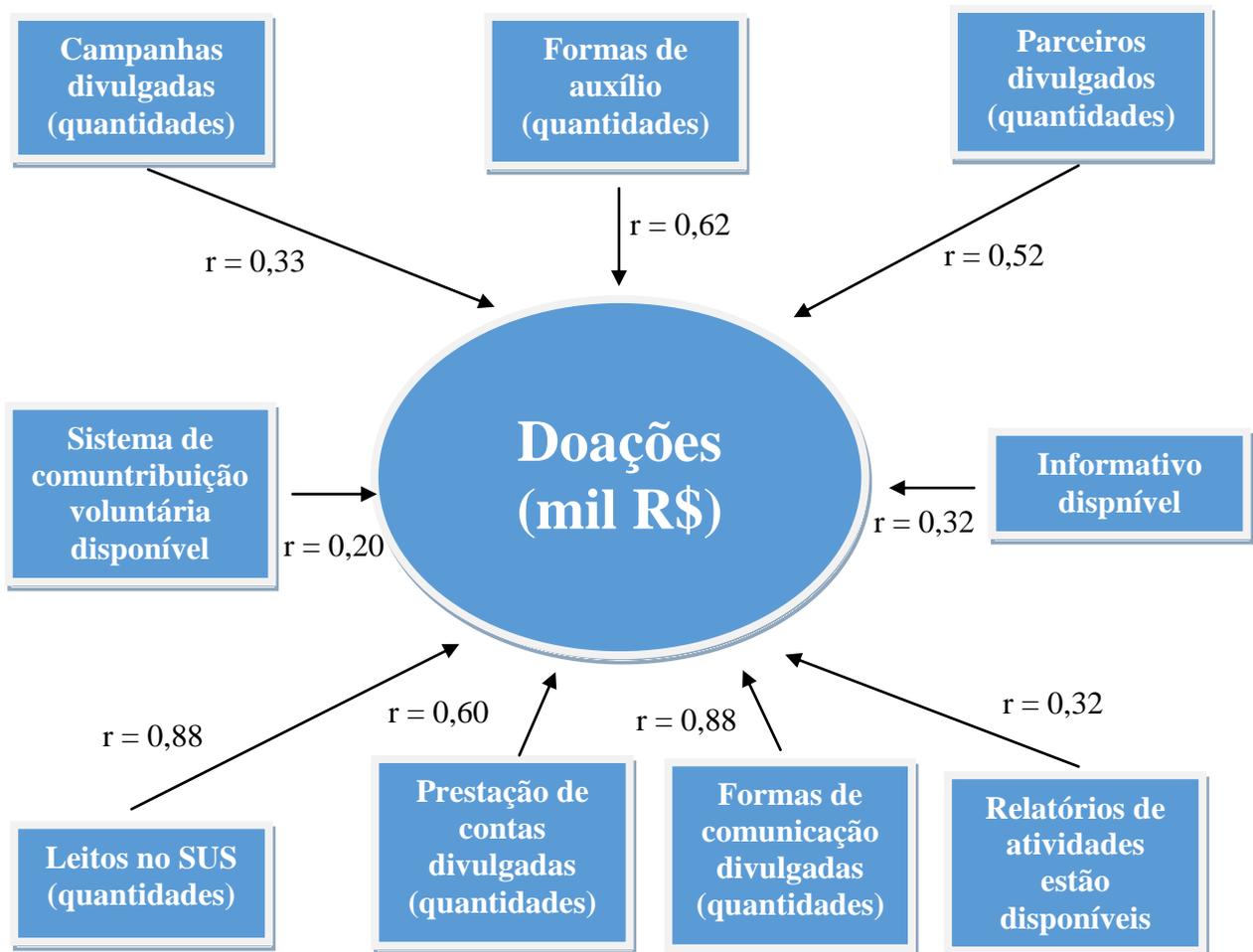


Figura 48: Nova Proposição do Modelo.

Fonte: Elaboração do Autor.

Ao analisar o modelo matemático, o bom senso indica três variáveis questionáveis. A primeira, Formas de Comunicação Divulgadas (FCD) apresenta um coeficiente negativo; implicando uma relação, inversamente proporcional, às doações. A segunda variável questionável é o número de documentos de Prestações de Contas

Divulgadas (PCD), cujo coeficiente negativo demonstra, da mesma forma uma incoerência, pelo menos a princípio. A terceira e última variável incoerente, em termos de coeficiente negativo, é a que retrata se há algum Sistema de Contribuição Voluntária (SCV), disponível no *website*. Essas incorências, o bom senso demonstra, que pode-se colocar em dúvida o modelo proposto, pela Regressão Linear Múltipla.

Há um outro problema que, geralmente, poucos dão atenção. Segundo Wooldridge (2010, p. 93), “o famoso econometrista da Universidade de Wisconsin, Arthur Goldberger, reagindo à obsessão dos econométristas pela multicolinearidade, criou (jocosamente) o termo micronumerosidade, que ele define como o ‘problema do tamanho da amostra’.” Pode ser que a desconsideração da micronumerosidade ou pequenez do tamanho da amostra, seja pelo fato de que, quando se utilizam dados secundários, pouco se pode fazer quanto ao tamanho da amostra; já que não depende da vontade do pesquisador (Almeida, 2006).

Goldberger (citado por Almeida, 2006) considera, basicamente, três consequências da micronumerosidade as quais devem ser levadas a sério. A primeira é que o modelo pode estimar coeficientes com erro-padrão e variância grandes. A segunda é que a insuficiência de dados pode estimar um modelo a aceitar hipóteses erradas e/ou rejeitar as corretas. E, a terceira, as estimativas de coeficientes, altamente sensíveis; já que um pequeno aumento na quantidade de observações pode levar a mudanças de grande relevância, na média da amostra.

Há aqueles que demonstram preocupação, quanto à pequenez do tamanho da amostra, no âmbito estatístico, quanto à generalização (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). “Amostras pequenas, geralmente, caracterizadas por menos de 20 observações, são apropriadas para análise apenas por Regressão Simples com uma única variável independente” (p. 147). Mesmo assim, nessas condições, “apenas relações muito fortes podem ser detectadas com algum grau de certeza” (p.147).

6.3.2.3 – Procedimentos da Regressão Linear Simples

Com base nos dados da Tabela 28, utilizamos o modelo de Regressão Linear Simples, ou bivariada (Wooldridge, 2010). A ideia, a priori, foi estudarmos a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, as quais apresentaram uma correlação moderada ou forte (Figura 47), conforme demonstrado na Tabela 29: Formas de Auxílio

Divulgadas, X_2 (0,624793); Parceiros Divulgados, X_3 (0,521510); Formas de Comunicação Divulgadas, X_4 (0,882582); Leitos Existentes, X_5 (0,805204); Leitos pelo SUS, X_6 (0,878481); e, Prestações de Contas Divulgadas, X_7 (0,601281).

A equação matemática, para Wooldridge (2010), pode ser: $y = \beta_0 + \beta_1x + \mu$

Onde: y é a variável dependente (doações), β_1 multiplicado pela variável X ; portanto, β_1 é o parâmetro de inclinação da relação de y e x ; mantendo inalterados outros fatores em μ . O termo constante, ou seja, o parâmetro de interseção β_0 (Wooldridge, 2010).

Hipótese A: As quantidades das Formas de Auxílio, X_2 , influenciam, positivamente, a quantidade de Doações Angariadas.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_2 sobre as doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_2 sobre as doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 32).

Tabela 32: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X_2).

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>						
R múltiplo	0,62					
R-Quadrado	0,39					
R-quadrado ajustado	0,35					
Erro padrão	5509,47					
Observações	16					
ANOVA						
	<i>gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>	
Regressão	1	272113991,6	272113991,6	8,965	0,00966391	
Resíduo	14	424959046,9	30354217,64			
Total	15	697073038,5				
	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	-455,696	1996,533934	-0,228243741	0,8228	-4737,8358	3826,44303
Formas de auxílio divulgadas	1306,412	436,3292061	2,994097334	0,0097	370,5790	2242,24519

Fonte: Elaborada pelo Autor.

O grau de correlação entre as Doações e a quantidade de Formas de Auxílio Divulgadas está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,62), o qual estabelece uma correlação moderada, conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 35% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação no número de Formas de Auxílio Divulgadas. O desvio padrão está em 5.509,47 dispersos em torno da Reta de Regressão (Figura 49).

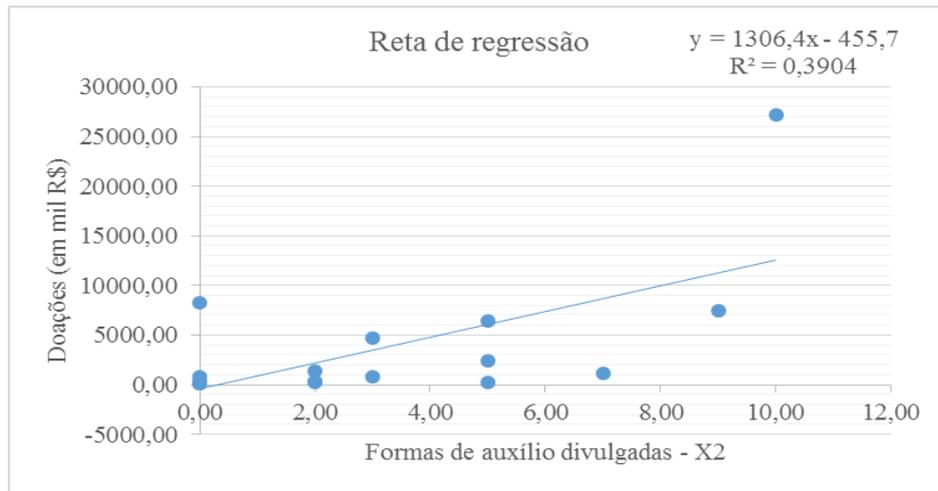


Figura 49: Reta de Regressão – X2.

Fonte: Elaboração do Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 370,58 e 2.242,25, sendo que o coeficiente angular 1.306,41 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Dessa forma, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero; significando que o número de Formas de Auxílio Divulgadas tem influência significativa sobre as Doações. Isso quer dizer que, com base no coeficiente angular de 1.306,41, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 370,58 a 2.242,25, com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a Tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 8,965, com o f crítico, verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 ; e, assim, aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Formas de Auxílio Divulgadas tem influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P, como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando ao nível de significância de 5%, inferimos que o valor-P é 0,00966391, assim menor que o alfa de 0,05, Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Formas de Auxílio Divulgadas tem influência significativa sobre as Doações.

Hipótese B: O número de parceiros divulgados, X_3 , afeta, positivamente, as doações recebidas.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_3 sobre as Doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_3 sobre as Doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 33).

Tabela 33: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X3).

RESUMO DOS RESULTADOS						
<i>Estatística de regressão</i>						
R múltiplo	0,52					
R-Quadrado	0,27					
R-quadrado ajustado	0,22					
Erro padrão	6020,73					
Observações	16					
ANOVA						
	<i>Gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>	
Regressão	1	1,9E+08	1,9E+08	5,230	0,0383	
Resíduo	14	5,07E+08	36249163			
Total	15	6,97E+08				
	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	1808,39	1754,891	1,030488	0,3203	1955,47178	5572,2608
Parceiros divulgados	154,997	67,77522	2,286929	0,0383	9,63373938	300,36051

Fonte: Elaboração do Autor.

O grau de correlação entre as Doações e o número de Parceiros Divulgados está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,52), o qual estabelece uma correlação moderada conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 22% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação no número de Parceiros Divulgados. O desvio padrão se concentra 6.020,73 dispersos, em torno da Reta de Regressão (Figura 50).

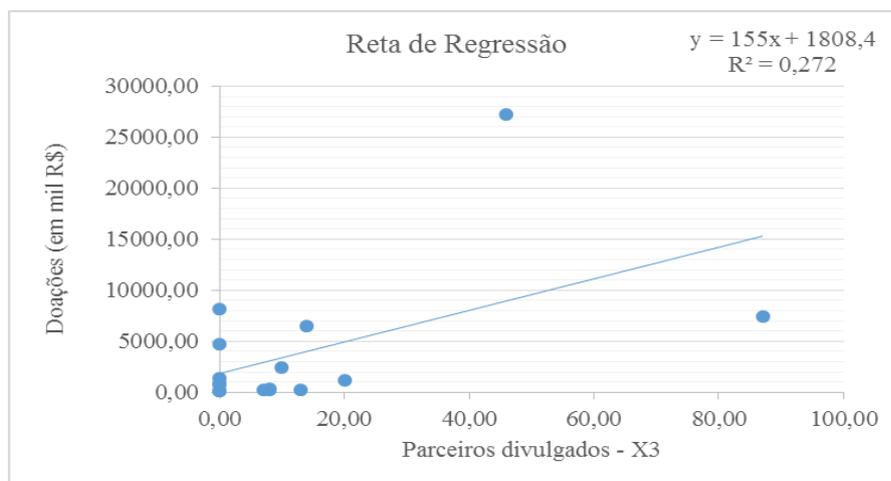


Figura 50: Reta de Regressão – X3.

Fonte: Elaboração do Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 9,63373938 e 300,36051, sendo que o coeficiente angular 154,997 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Dessa maneira, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero, significando que o número de Parceiros Divulgados tem influência significativa sobre as Doações. Isso quer dizer que, com base no coeficiente angular de 154,997, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 9,63373938 e 300,36051, com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 5,23 ao f crítico, verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 , e, assim, aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Parceiros Divulgados tem influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando com o nível de significância de 5%, concluímos que o valor-P é 0,0383; assim menor que o alfa de 0,05. Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Parceiros Divulgados tem influência significativa sobre as Doações.

Hipótese C: O número de Formas de Comunicação Divulgadas, X_4 , afeta positivamente as Doações.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_4 sobre as Doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_4 sobre as Doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 34).

Tabela 34: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X_4).

RESUMO DOS RESULTADOS					
<i>Estatística de regressão</i>					
R múltiplo		0,88			
R-Quadrado		0,78			
R-quadrado ajustado		0,76			
Erro padrão		3317,56			
Observações		16			
ANOVA					
	<i>Gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	542986049,6	542986049,6	49,335	6,01673E-06
Resíduo	14	154086988,9	11006213,49		
Total	15	697073038,5			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	-3537,549	1341,89	-2,636245243	0,0195	-6415,6151	-659,482922
Formas de comunicação divulgadas	2756,965	392,51	7,023852286	6E-06	1915,1046	3598,824883

Fonte: Elaboração do Autor.

O grau de correlação entre as Doações e as Formas de Comunicação Divulgadas está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,88), o qual estabelece uma correlação forte, conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 76% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação nas Formas de Comunicação Divulgadas. O desvio padrão está em 3.317,56 dispersos em torno da Reta de Regressão (Figura 51).

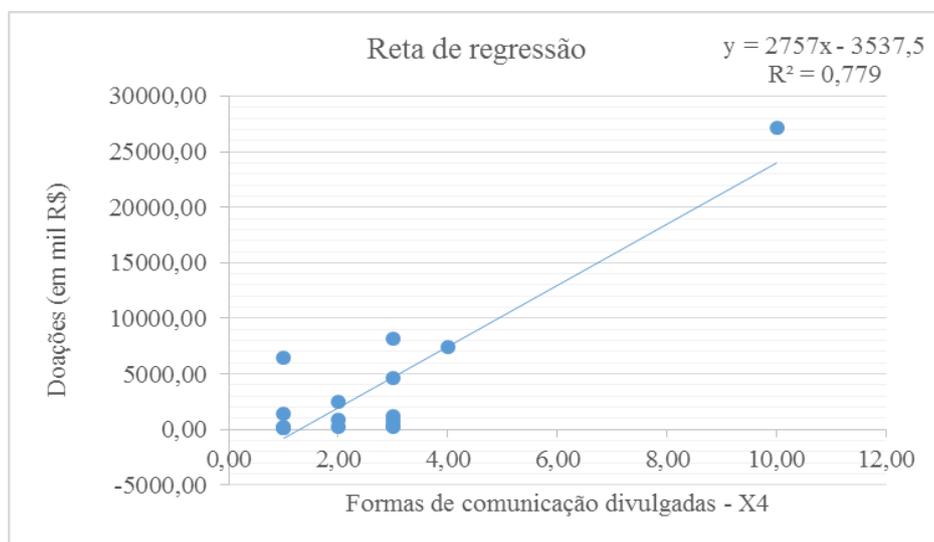


Figura 51: Reta de Regressão – X4.

Fonte: Elaboração do Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 1.915,10 e 3.598,82, sendo que o coeficiente angular 2.756,965 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Dessa forma, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero, significando que as Formas de Comunicação Divulgadas tem influência significativa sobre as Doações. Isso significa que, com base no coeficiente angular de 2.756,965, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 3.598,82 e 2.756,965, com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a Tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 49,335, o qual considera-se muito elevado, com o f crítico verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 e,

assim, aceita-se a hipótese alternativa de que as Formas de Comunicação Divulgadas têm influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando ao nível de significância de 5%, infere-se que o valor-P está muito próximo a zero; assim, menor que o alfa de 0,05. Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que as Formas de Comunicação Divulgadas têm influência significativa sobre as Doações.

Hipótese D: Quanto maior o número de Leitos Existentes, X_5 , maiores serão as Doações.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_5 sobre as Doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_5 sobre as Doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 35).

Tabela 35: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X_5).

RESUMO DOS RESULTADOS						
<i>Estatística de regressão</i>						
R múltiplo	0,81					
R-Quadrado	0,65					
R-quadrado ajustado	0,62					
Erro padrão	4184,36					
Observações	16					
ANOVA						
	<i>Gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>	
Regressão	1	451949231	451949230,8	25,81	0,00016758	
Resíduo	14	245123808	17508843,41			
Total	15	697073038				
	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	-3032,7	1714,97769	-1,76835721	0,099	-6710,9545	645,56815
Leitos existentes	40,5252	7,97644631	5,080612782	2E-04	23,4174592	57,633011

Fonte: Elaboração do Autor.

O grau de correlação entre as Doações e o número de Leitos Existentes está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,81), o qual estabelece uma correlação forte conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 62% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação no número de Leitos Existentes. O desvio padrão está em 4.184,36 dispersos, em torno da Reta de Regressão (Figura 52).

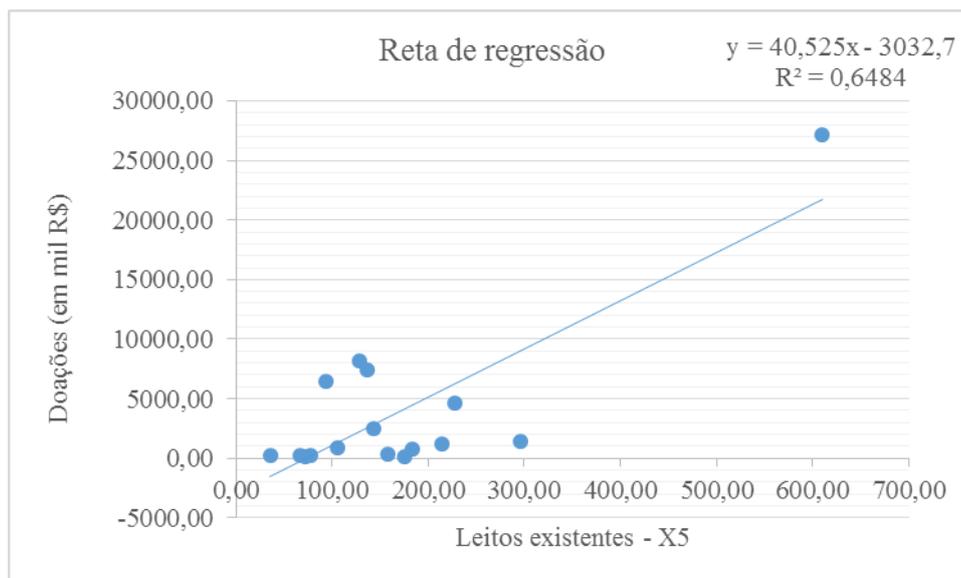


Figura 52: Reta de Regressão – X5.

Fonte: Elaboração do Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 23,42 e 57,63, sendo que o coeficiente angular 40,53 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Sendo assim, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero, significando que no número de Leitos Existentes tem influência significativa sobre as Doações. Isso quer dizer que, com base no coeficiente angular de 40,53, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 23,42 e 57,63 com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a Tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 25,81, o qual considera-se elevado com o f crítico, verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 , e, assim, aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Leitos Existentes tem influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando ao nível de significância de 5%, inferimos que o valor-P é muito próximo a zero (0,0002), dessa maneira, menor que o alfa de 0,05. Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Leitos Existentes tem influência significativa sobre as Doações.

Hipótese E: Quanto maior o número de Leitos pelo SUS, X_6 , maiores serão as Doações.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_6 sobre as Doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_6 sobre as Doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 36).

Tabela 36: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X6).

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>	
R múltiplo	0,88
R-Quadrado	0,77
R-quadrado ajustado	0,76
Erro padrão	3371,32
Observações	16

ANOVA					
	<i>Gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	537951776,6	537951776,6	47,33073	7,56513E-06
Resíduo	14	159121261,8	11365804,42		
Total	15	697073038,5			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>Superior 95,0%</i>
Interseção	-2049,22	1204,605401	-1,701154896	0,111008	4632,842005	534,401253
Leitos no SUS	45,06957	6,551063126	6,879733002	7,57E-06	31,0189322	59,1201982

Fonte: Elaboração do Autor.

O grau de correlação entre as Doações e o número de Leitos pelo SUS está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,88), o qual estabelece uma correlação forte, conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 76% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação no número de Leitos pelo SUS. O desvio padrão está em 3.371,32 dispersos, em torno da Reta de Regressão (Figura 53).

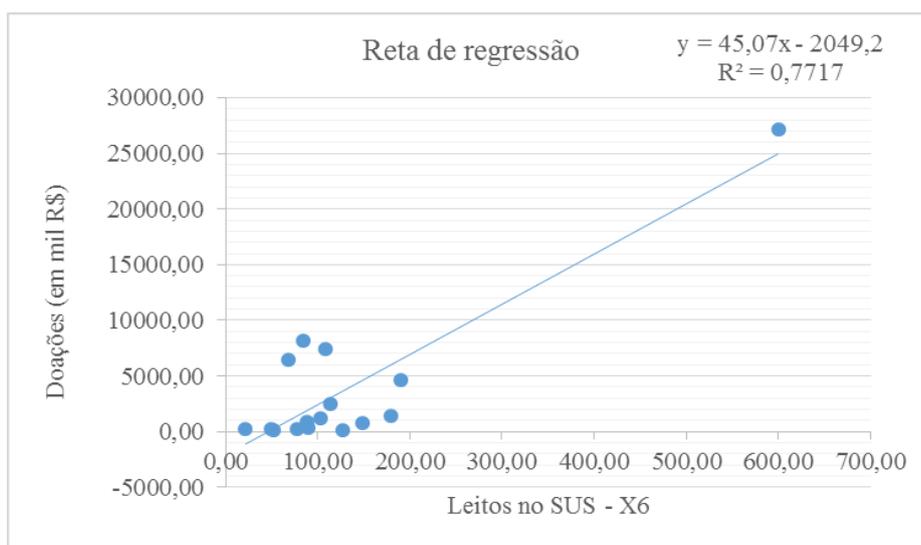


Figura 53: Reta de Regressão – X6.

Fonte: Elaboração do Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 31,02 e 59,12, sendo que o coeficiente angular 45,07 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Sendo assim, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero, significando que o número de Leitos pelo SUS tem influência significativa sobre as Doações. Isso quer dizer que, com base no coeficiente angular de 45,07, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 31,02 e 59,12, com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a Tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 47,33, o qual é muito elevado, com o f crítico, verificamos que, sendo maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 , e, assim, aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Leitos no SUS tem influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando ao nível de significância de 5%, deduzimos que o valor-P está muito próximo a zero; assim, menor que o alfa de 0,05. Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Leitos pelo SUS tem influência significativa sobre as Doações.

Hipótese F: Quanto maior o número de Documentos Disponibilizados para a prestação de contas, X_7 , maiores serão as Doações.

$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_7 sobre as Doações.

$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_7 sobre as Doações.

Utilizando-se da ferramenta Análise de Regressão do *software Microsoft Excel*, obtivemos o resumo dos resultados da Regressão (Tabela 37).

Tabela 37: Resumo dos Resultados da Regressão Linear Simples (X_7).

RESUMO DOS RESULTADOS

<i>Estatística de regressão</i>					
R múltiplo		0,60			
R-Quadrado		0,36			
R-quadrado ajustado		0,32			
Erro padrão		5638,22			
Observações		16			
ANOVA					
	<i>Gl</i>	<i>SQ</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>F de significação</i>
Regressão	1	252019234,6	252019234,6	7,927736	0,013750758
Resíduo	14	445053803,9	31789557,42		
Total	15	697073038,5			

	<i>Coefficientes</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>Stat t</i>	<i>valor-P</i>	<i>95% inferiores</i>	<i>95% superiores</i>
Interseção	-27052,68	11073,24994	-2,44306583	0,02842	50802,43765	-3302,9195
Prestação de contas disponíveis	5821,077	2067,420182	2,815623643	0,013751	1386,901859	10255,25243

Fonte: Elaborada pelo Autor.

O grau de correlação entre as Doações e o número de Documentos Disponibilizados para a Prestação de Contas está representado por R múltiplo (correlação de Pearson = 0,60), o qual estabelece uma correlação moderada, conforme a escala apresentada na Figura 47. Por R quadrado ajustado, 32% das variações nas Doações podem ser explicadas pela variação no número de Documentos Disponibilizados para a Prestação de Contas. O desvio padrão está 5.638,22 dispersos, em torno da Reta de Regressão (Figura 54).

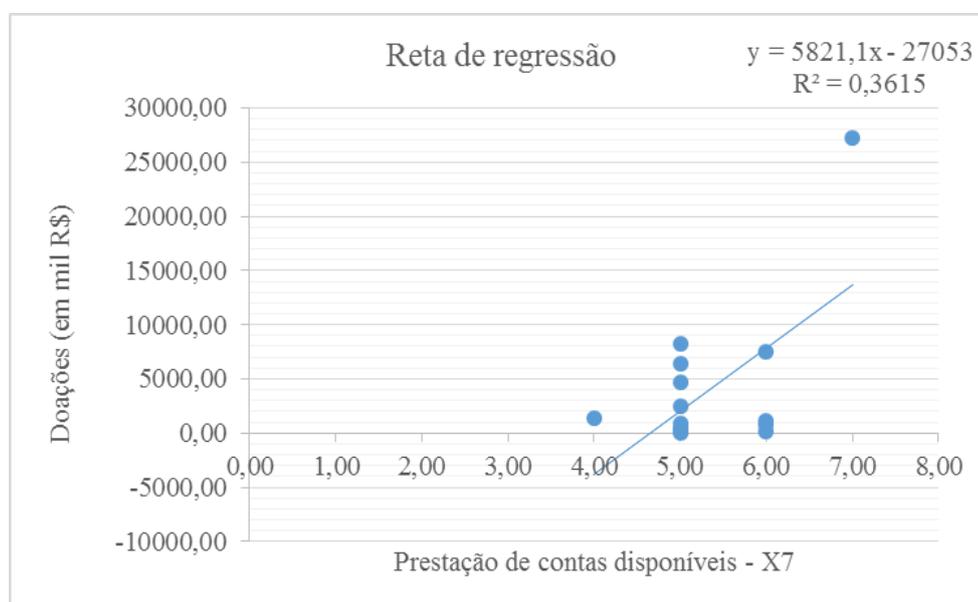


Figura 54: Reta de Regressão – X7.

Fonte: Elaborada pelo Autor.

Primeiro Teste: intervalo de confiança. O intervalo de confiança está entre 1.386,90 e 10.255,25, sendo que o coeficiente angular 5.821,08 está nesse intervalo. Então, pode-se afirmar que o zero não está nesse intervalo; assim, rejeita-se a hipótese nula de que o coeficiente angular é igual a zero. Dessa maneira, aceita-se a hipótese alternativa de que β é diferente de zero, significando que o número de Documentos Disponibilizados para a Prestação de Contas tem influência significativa sobre as Doações. Isso quer dizer que, com base no coeficiente angular de 5.821,08, estima-se que o coeficiente da população pode variar de 1.386,90 e 10.255,25, com 95% de confiança.

Segundo Teste: F. Consultando a Tabela de estatística F, encontramos o f crítico igual a 4,60. Ao compararmos o F observado 7,93, com o f crítico, verificamos que, sendo

maior aquele que este, rejeita-se a hipótese H_0 , e, assim, aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Documentos Disponibilizados para a Prestação de Contas tem influência significativa sobre as Doações.

Terceiro Teste: *valor-P*. O valor P como resposta ao termo que o coeficiente angular é igual a zero, mas comparando ao nível de significância de 5%, deduz-se que o valor-P é 0,014, assim, menor que o alfa de 0,05. Então, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa de que o número de Documentos Disponibilizados para a prestação de contas tem influência significativa sobre as Doações.

Assim, ao considerarmos a divulgação voluntária de informações, propusemos a hipótese de que, pelo menos, uma variável (das 9 variáveis selecionadas) explicaria as doações, levando em consideração uma amostra de 16 hospitais, com base em critérios pré-estabelecidos. Para isso, foi proposto um modelo de Regressão Múltipla, para o qual tivemos de enfrentar alguns problemas. Primeiramente, o inconveniente foi o efeito indesejável da multicolinearidade que procuramos solucionar, excluindo as variáveis independentes, com alta correlação entre si. Em seguida, o problema se deu por meio da micronumerosidade; o que nos levou a utilizar o modelo de Regressão Simples, por se adequar melhor ao tamanho da amostra. Ao reduzir a quantidade de variáveis independentes, ao número de seis (6), considerando a muticolinaridade, propusemos seis hipóteses a fim de verificar se alguma das variáveis explicariam ou influenciariam as Doações Voluntárias para os hospitais. A Figura 55 demonstra as considerações, referentes às hipóteses propostas, nessa fase da investigação.

Hipótese A: As quantidades das Formas de Auxílio, X_2 , influencia, positivamente, a quantidade de Doações angariadas.	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_2 sobre as Doações. $H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_2 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese A Rejeita H_0 Aceita H_1
Hipótese B: O número de Parceiros Divulgados, X_3 , afeta, positivamente, as Doações recebidas.	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_3 sobre as Doações. $H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_3 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese B Rejeita H_0 Aceita H_1
Hipótese C: O número de Formas de Comunicação Divulgadas, X_4 , afeta, positivamente, as Doações.	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_4 sobre as Doações. $H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_4 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese C Rejeita H_0 Aceita H_1
Hipótese D: Quanto maior o número de Leitos Existentes, X_5 , maiores serão as Doações.	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_5 sobre as Doações. $H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_5 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese D Rejeita H_0 Aceita H_1
Hipótese E: Quanto maior o número de Leitos pelo SUS, X_6 , maiores serão	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_6 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese E

as Doações.	$H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_6 sobre as Doações.	Rejeita H_0 Aceita H_1
Hipótese F: Quanto maior o número de Documentos Disponibilizados para a Prestação de Contas, X_7 , maiores serão as Doações.	$H_0: \beta_1 = 0$ Não há influência de X_7 sobre as Doações. $H_1: \beta_1 \neq 0$ Há influência de X_7 sobre as Doações.	Confirmada Hipótese F Rejeita H_0 Aceita H_1

Figura 55: Considerações referentes às Hipóteses propostas (Divulgação Voluntária)

Fonte: Elaboração do Autor.

Após a realização dos testes estatísticos de Regressão Simples, para um melhor entendimento, o modelo está demonstrado na Figura 56.

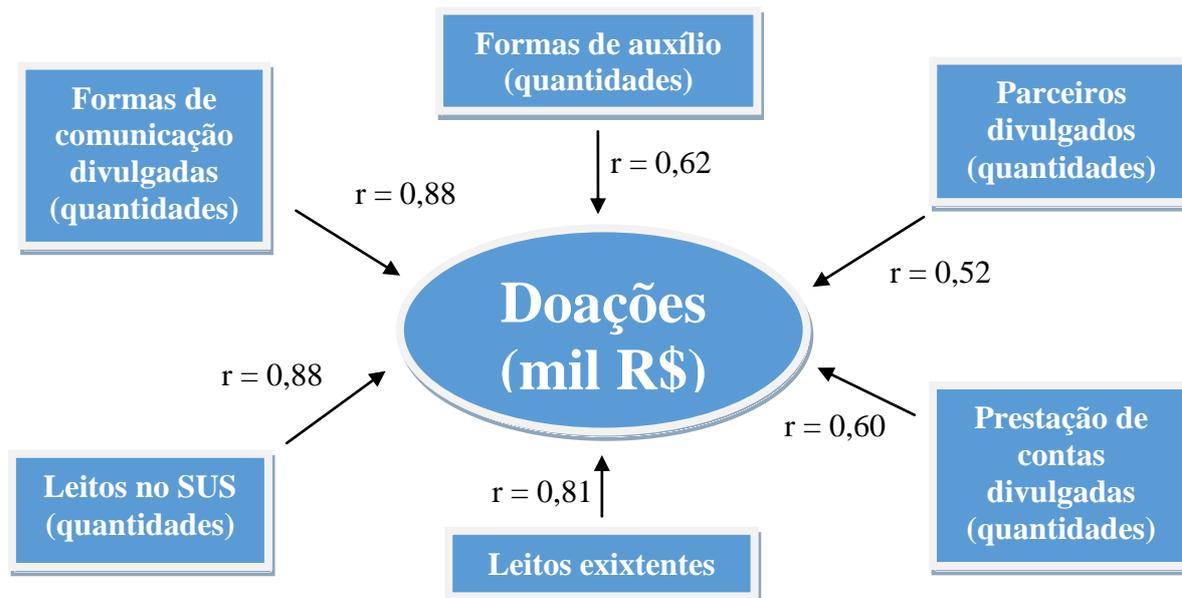


Figura 56: Modelo Final.

Fonte: Elaboração do Autor.

6.4 – FASE III: A INFLUÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE DOAÇÃO INDIVIDUAL

Nesta unidade, procuramos investigar a influência do papel da informação, no processo de doação individual e voluntária. Então, investigamos se a obtenção de informações, relacionadas às atividades, realizadas pela organização hospitalar, bem como as suas informações de ordem contábil-financeiras podem maximizar a eficácia da doação voluntária individual. Utilizamos, para esse fim, uma amostra de doadores potenciais, constituídos por 239 alunos de Graduação, do Centro Universitário do Planalto de Araxá.

Os alunos foram divididos em dois grupos, sendo que o primeiro (123 alunos) recebeu uma carta básica (Apêndice H) com um pedido de doações para uma Instituição de Saúde especializada em deficientes intelectuais, juntamente ao formulário do inquérito. O

segundo grupo (116 alunos), além da carta, também recebeu informações (Apêndice I) das atividades realizadas, pela organização hospitalar, e, algumas de suas demonstrações financeiras.

Solicitamos, aos professores das turmas, os últimos 15 minutos de suas aulas para a realização do inquérito, com os alunos dos Cursos de Administração, Ciências Contábeis, Engenharia Ambiental e Sanitária, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Gestão de Recursos Humanos e Gestão Comercial. O procedimento aconteceu durante a primeira semana de março de 2015, e, ocorreu de acordo com a descrição a seguir. Primeiramente, instruímos a turma sobre o caso, que apenas o nome da Instituição era fictício, mas os dados eram reais (Casas André Luiz); e como recompensa ganhariam um chocolate por sua participação. Em seguida, separamos as turmas em dois grupos e distribuimos para o Grupo A apenas a carta, com o pedido de auxílio (Apêndice H); e, para o Grupo B, além da carta, acrescentamos as informações sobre as atividades realizadas e as demonstrações contábil-financeiras (Apêndice I).

No sentido de evitar algum problema de viés, em cada turma de alunos utilizávamos um procedimento diferente de separação dos grupos; ora a turma era dividida ao meio da direita para esquerda; ora, da frente para o fundo da sala; ora aluno sim, aluno não. Solicitamos, também, que esperassem todos terminarem de responder ao questionário, para então entregarem os formulários, devidamente respondidos. Essa conduta teve por objetivo inibir a possibilidade de que houvesse a influência de um respondente em fazer doação ou não sobre o outro aluno. Esse tipo de influência não se trata do objeto deste estudo, assim, preferiu-se não adentrar nesse mérito.

Solicitamos, em algumas turmas, que uma pessoa desconhecida dos alunos aplicasse a pesquisa; evitando, assim, que se sentissem pressionados a doarem devido à nossa presença.

6.4.1 – Hipóteses

A vasta literatura de mercados de capitais investiga as razões pelas quais as empresas que visam a lucros, fazem divulgações voluntárias (Verrecchia, 2001). Esse tipo de organização pode acrescentar às de caráter contábil-financeiras, as informações não financeiras, tais como informações sobre saúde, segurança e meio ambiente de negócios, a serem divulgadas (Buchheit & Parsons, 2006).

As organizações que não visam a lucros, também, podem tirar proveito da divulgação financeira e/ou não financeira. Especificamente, a divulgação dos esforços e das realizações de serviços de informação melhoraram potencialmente as percepções dos doadores e/ou aumentaram as contribuições. Isso significa que, nessa perspectiva, se os doadores obtiveram uma garantia de eficácia da aplicação das doações, por meio da divulgação periódica (Buchheit & Parsons, 2006). Então, certamente, sentirão estimulados a realizarem doações, cada vez mais acrescentamos aos relatórios contábil-financeiros, algumas informações referentes às atividades, desenvolvidas pelas “Casas André Luiz”, uma Instituição de Saúde beneficente e sem fins lucrativos, cujo foco é melhorar a condição de vida de pessoas, com deficiência intelectual. Como todas as empresas utilizam a divulgação voluntária de todo o tipo de informação, financeira ou não, a fim de satisfazer às necessidades de informação dos *stakeholders* (Ponte & Rodríguez, 2002), esse procedimento, para uma organização sem fins lucrativos, dependente de doadores voluntários, não seria diferente; mas, sobretudo, parece-nos essencial.

Enquanto reforçar as percepções dos doadores é um antecedente importante para captação de recursos bem sucedida, o principal objetivo para as organizações sem fins lucrativos é a angariação de fundos e o aumento de doações (Buchheit & Parsons, 2006). Surgem, assim, as nossas hipóteses:

H₁: Os decisores individuais irão considerar, como valiosas e positivas, as quantidades de informações, divulgadas voluntariamente, em sua decisão a realizar uma doação a uma organização hospitalar, sem fins lucrativo.

H₂: A quantidade de informações influencia, positivamente, na percepção dos doadores potenciais, quanto à performance do hospital beneficente.

H₃: Há diferenças significativas na propensão em doar daquelas pessoas as quais possuem mais informações, sobre a Instituição, além de um pedido básico de auxílio.

6.4.2 – Análise dos Resultados

Só consideramos como válidos, os inquéritos cuja totalidade das respostas foram respondidas; exceto a pergunta aberta. Portanto, para efeito de tratamento dos dados, 9 questionários devolvidos foram excluídos, correspondendo a 3,8% do total dos inquéritos distribuídos. Assim, o número válido para a pesquisa foi de 230 respostas, sendo 119, do primeiro grupo, o qual recebeu uma carta básica (sendo 43,7% do sexo masculino e 53,6%

do sexo feminino); e, 111, do segundo grupo, que, além da carta básica, também recebeu outras informações no âmbito das atividades e de cunho financeiro (sendo 46,9% do sexo masculino e 53,1% do sexo feminino).

Outra informação interessante para efeito de apontamento dos resultados é que, apenas 4,2% dos entrevistados do primeiro grupo disseram que, ao receber o pedido de doação o jogaria fora; 75,6% disseram que o lia, com consideração; e, 20,2% lia-o, sem consideração. Enquanto no segundo grupo, 9% o jogaria fora, 77,5% lia-o, com consideração; e, 13,5% lia-o, sem consideração.

Para testar H_1 utilizamos a ferramenta do *software Microsoft Excel* “Análise de Dados”, o teste t (*student*) e a análise da variância (ANOVA). As Tabelas 38 e 39 apresentam os relatórios das análises dos testes t e da variância, respectivamente.

Tabela 38: Resumo do Teste t (H_1).

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias equivalentes

	<i>Primeiro grupo Só Carta</i>	<i>Segundo grupo Carta + informações</i>
Média	4,789915966	5,063063063
Variância	2,760575417	2,550532351
Observações	119	111
Variância agrupada	2,65923885	
Hipótese da diferença de média	0	
Gl	228	
Stat t	-1,269372155	
P(T<=t) uni-caudal	0,10280127	
t crítico uni-caudal	1,651564228	
P(T<=t) bi-caudal	0,20560254	
t crítico bi-caudal	1,970423195	

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 39: Resumo da Anova (H_1).

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
<i>Primeiro grupo Só Carta</i>	119	570	4,789916	2,760575417
<i>Segundo grupo Carta + informações</i>	111	562	5,0630631	2,550532351

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>Gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
--------------------------	-----------	-----------	-----------	----------	----------------	------------------

Entre grupos	4,28484663	1	4,2848466	1,611305667	0,205603	3,882568
Dentro dos grupos	606,3064577	228	2,6592388			
Total	610,5913043	229				

Fonte: Elaboração do Autor.

Ao analisarmos as respostas, quanto à quantidade de informações serem suficientes, pela escala *Likert* de 7 pontos (em que 1 pressupõe-se insuficiente e 7 suficiente), em que quatro é o ponto indiferente, constatamos que não houve uma diferença significativa, na presença das informações sobre as atividades desenvolvidas e os demonstrativos financeiros ($t -1,27$, para um t crítico $-1,97$; $p > 0,05$, bi-caudal).

A análise da variância (ANOVA) confirma essa situação ($\text{valor-}p > 0,05$; $F 1,61$ para um F crítico $3,88$). Portanto, rejeita-se H_1 , já que não há diferença significativa entre os dois grupos.

Utilizando-se do mesmo procedimento, ao testar H_2 , as Tabelas 40 e 41 apresentam os relatórios das análises dos testes t e da variância, respectivamente.

Tabela 40: Resumo do Teste t (H_2).

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias equivalentes

	<i>Primeiro grupo</i> <i>Só Carta</i>	<i>Segundo grupo</i> <i>Carta + informações</i>
Média	5,067226891	5,531531532
Variância	2,554764279	2,069451269
Observações	119	111
Variância agrupada	2,320622037	
Hipótese da diferença de média	0	
GI	228	
Stat t	-2,309786669	
P(T<=t) uni-caudal	0,010897218	
t crítico uni-caudal	1,651564228	
P(T<=t) bi-caudal	0,021794436	
t crítico bi-caudal	1,970423195	

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 41: Resumo da Anova (H_2).

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
<i>Primeiro grupo</i> <i>Só Carta</i>	119	603	5,067226891	2,554764279
<i>Segundo grupo</i> <i>Carta + informações</i>	111	614	5,531531532	2,069451269

ANOVA

Fonte da variação	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	12,38078418	1	12,38078418	5,335114458	0,021794	3,882568
Dentro dos grupos	529,1018245	228	2,320622037			
Total	541,4826087	229				

Fonte: Elaboração do Autor.

Ao promover a análise dos testes, verificamos que há diferenças significativas na percepção dos doadores potenciais, quanto à performance do hospital, ao levarem em consideração a quantidade de informações divulgadas, voluntariamente. Da mesma forma que testamos H_1 , ao analisarmos as respostas, quanto à percepção dos doadores, no que diz respeito à performance do hospital ser um destaque, pela escala *Likert* de 7 pontos (em que 1 pressupõe-se não destaque e 7 destaque), em que quatro é o ponto indiferente, verificamos que as informações divulgadas a mais refletiram, positivamente, nas respostas dos entrevistados (t -2,31, para um t crítico -1,97; $p < 0,05$, bi-caudal). A análise da variância (ANOVA) confirma essa situação ($valor-p < 0,05$; F 5,34 para um F crítico 3,88). Portanto, aceita-se H_2 , já que há diferença significativa entre os dois grupos.

Utilizando o Teste de Qui-quadrado, no *software Past*, para testar H_3 , verificamos, conforme apresentam as Figuras 57 e 58, que não há diferenças significativas, na propensão em doar, mediante informações além da carta básica de pedido de auxílio. Portanto, rejeita-se H_3 .

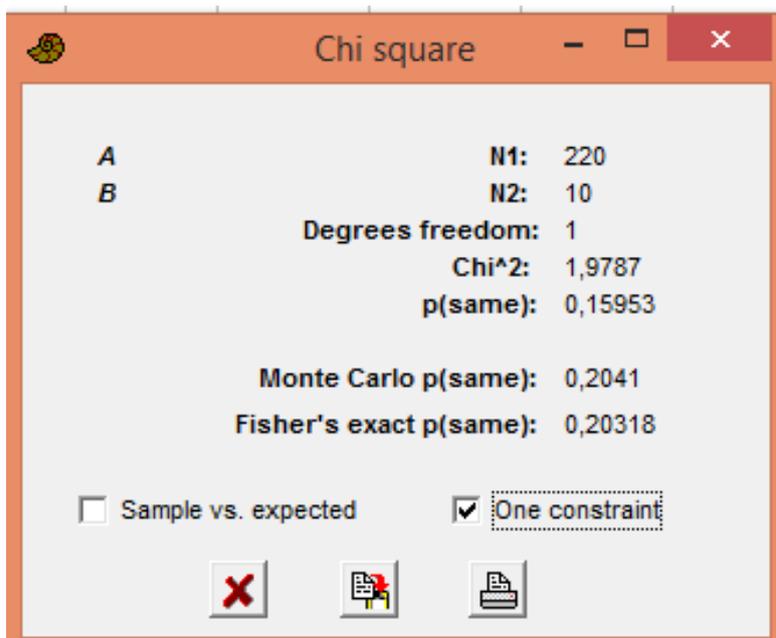


Figura 57: Teste Qui-Quadrado Referente a Doação Futura.

Fonte: Elaboração do Autor.

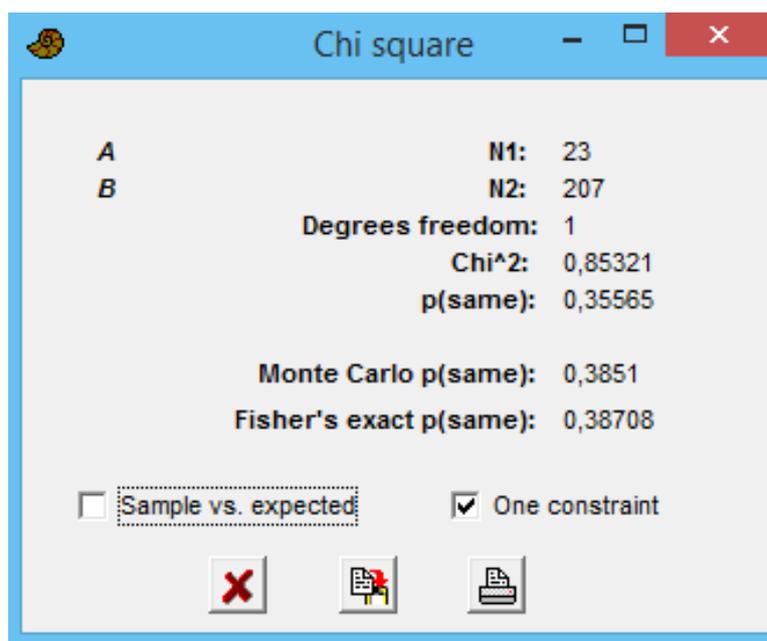


Figura 58: Teste Qui-Quadrado Referente à Doação na Hora.
 Fonte: Elaboração do Autor.

Quando indagados sobre que parte do pedido de doação foi mais informativa, 5% dos respondentes, do primeiro grupo (que receberam somente a carta básica de pedido) e 7% do segundo grupo (que além da carta, receberam mais informações sobre as atividades realizadas e os demonstrativos financeiros) não responderam. As informações contidas na carta básica, as quais mais chamaram atenção dos respondentes, do primeiro grupo; e, as contidas a mais nos relatórios e demonstrativos foram as destacadas, nas Tabelas 42 e 43, respectivamente.

Tabela 42: Informações Destacadas Pelo Primeiro Grupo.

Pode ser, também, que você nem precise de um hospital para tratar de deficiência intelectual, por não ter ninguém em casa com esta limitação.	17%
Oferta de 100% de atendimento no SUS	13%
A grande massa da população brasileira é dependente do SUS.	11%
A missão do Hospital	11%
Precisamos da sua ajuda para continuar ajudando quem precisa.	11%
Outros	37%

Fonte: Elaboração do Autor.

Tabela 43: Informações Destacadas Pelo Segundo Grupo.

Informações sobre as atividades desenvolvidas e demonstrativos financeiros	22%
Oferta de 100% de atendimento no SUS	12%
Pode ser, também, que você nem precise de um hospital para tratar de deficiência intelectual, por não ter ninguém em casa com esta limitação.	11%
A missão do Hospital	10%
Outros	45%

Fonte: Elaboração do Autor.

Ao analisarmos os dados das Tabelas 42 e 43, verificamos que a carta básica de

pedido teve uma repercussão interessante, já que, em ambos os grupos, alguns trechos do texto chamaram atenção dos respondentes. Todavia, o grande destaque foi o acesso a informações sobre as atividades desenvolvidas e os demonstrativos contábil-financeiros; em que 22% dos pesquisados listaram como os itens que mais lhes influenciaram a promoverem uma doação.

Portanto, pode ser que os decisores individuais não considerem como valiosas e positivas, as quantidades de informações, divulgadas voluntariamente, para a sua tomada de decisão, ao se fazer uma doação, seja no momento do pedido ou mesmo no futuro. Entretanto, a partir das respostas obtidas pela entrevista, a quantidade de informações influencia, positivamente, a percepção dos doadores potenciais, quanto à performance do hospital beneficente. Demonstra-se que não foi em vão a opção de apresentar informações sobre as atividades, realizadas pela entidade, bem como seus resultados contábil-financeiros. Essa constatação equivale a dizer que, os doadores potenciais valorizam as informações as quais retratam a transparência da gestão dessas organizações beneficentes.

A Figura 59 demonstra as considerações referentes às três hipóteses propostas, nessa fase da pesquisa.

H₁ : Os decisores individuais irão considerar como valiosas e positivas as quantidades de informações divulgadas, voluntariamente, a sua decisão em fazer uma doação a uma organização hospitalar sem fins lucrativo.	Rejeita-se H₁ , já que não há diferença significativa entre os dois grupos.
H₂ : A quantidade de informações influencia, positivamente, na percepção dos doadores potenciais quanto à performance do hospital beneficente.	Aceita-se H₂ , já que há diferença significativa entre os dois grupos.
H₃ : Há diferenças significativas na propensão em doar daquelas pessoas que possuem mais informações além de um pedido básico de auxílio.	Rejeita-se H₃ , já que não há diferenças significativas entre os dois grupos, quanto a doações na hora ou no futuro.

Figura 59: Considerações referentes às Hipóteses propostas (Eficácia da Doação Individual)

Fonte: Elaborada pelo Autor.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

7.1 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de estudo visou a estudar, o processo de gestão dos *stakeholders*, nos hospitais, sem fins lucrativos de origem religiosa, de Araxá/MG, dentro do contexto beneficente brasileiro, e a necessidade de captação de recursos, desse tipo de organização. No sentido de dar sustentação teórica à proposta de investigação, procuramos fazer uma triangulação entre a Teoria dos *Stakeholders* e a Teoria da Dependência de Recursos.

Após investigarmos o estado da arte, exploramos essas duas perspectivas teóricas, por meio de uma vasta pesquisa bibliográfica, sobretudo, em artigos científicos, no âmbito internacional. Selecionamos, então, alguns dos princípios e das características pautadas por essas teorias, bem como sua aplicabilidade, no que julgamos mais relevantes, para o enquadramento do problema proposto, para a pesquisa que ora se finaliza.

Para dar resposta à pergunta de partida – De que forma a gestão dos *stakeholders* pode contribuir para explicar o porquê de haver hospitais, sem fins lucrativos e religiosos, com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade? – foi necessário estabelecer uma conexão, realista, entre os envolvidos, desenvolvendo uma etapa descritiva-exploratória e outra descritiva-explicativa.

Os dados foram recolhidos, no Brasil, maioritariamente, em Hospitais do município de Araxá/MG. Ao longo do processo de investigação, foram combinados vários métodos de recolha e de tratamento de dados.

A Figura 60 resume as várias fases da investigação empírica e as respectivas conclusões.

Tipo de Estudo	Objetivo Específico	Principais Conclusões
Qualitativo, exploratório, estudo de caso comparativo.	Conhecer o processo de gestão dos <i>stakeholders</i> dos Hospitais.	O processo de gestão dos <i>stakeholders</i> é incipiente, intuitivo e emergente. Não há evidências de que o montante de doações, dependa da estratégia de gestão dos <i>stakeholders</i> . Apresentaram, ainda, elevado nível de dependência do Estado.
Quantitativo, descritivo.	Captar a percepção sobre quem são os <i>stakeholders</i> dos Hospitais e qual a sua importância relativa.	Quanto ao grau de relevância dos <i>stakeholders</i> , os três principais grupos, indicados pelos profissionais, foram os médicos, com o maior percentual, 83%, de muito importante; pacientes, com o segundo maior percentual, 81%, de muito importante; e o SUS com o terceiro maior percentual, 65%, de muito importante. A relevância de doadores beneficentes é questionável.
Quantitativo, descritivo.	Captar as percepções sobre os atributos de	Três interessados (Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos e Indústria de Material Médico-hospitalar) como <i>stakeholders</i> adormecidos, os quais possuem, apenas, o

	poder, legitimidade e urgência dos <i>stakeholders</i> .	atributo de poder. Dois interessados (Médicos e Pacientes), como dependentes, por possuírem os atributos de legitimidade e urgência; e, apenas, dois interessados (Ministério da Saúde e SUS) são os <i>stakeholders</i> definitivos, pois possuem os três atributos: poder, legitimidade e urgência.
Quantitativo, exploratório, descritivo.	Construir os índices-padrão sobre o equilíbrio financeiro dos Hospitais.	Utilizaram-se dos indicadores financeiros, de liquidez e de estrutura de capital, de 40 hospitais brasileiros para construir os índices-padrão, referentes aos períodos de 2010, 2011 e 2012. No âmbito da liquidez, o posicionamento dos Hospitais araxaenses foram os seguintes: a Santa Casa posicionou-se, no triênio, entre os 40% dos hospitais com menor índice de liquidez geral, com tendência de queda, o que é considerado ruim, por se tratar de um índice, do tipo, quanto maior melhor. A Casa do Caminho posicionou-se entre os 10% dos hospitais, com melhor índice de liquidez geral. No que se refere à estrutura de capital, destacou-se o seguinte: a Santa Casa, nos três períodos analisados, esteve posicionada entre os 20% dos hospitais, com menor índice de composição do endividamento, com tendência de queda, o que é considerado bom, pois esse é um indicador que quanto menor melhor, por se tratar do percentual de dívida no corrente. A Casa do Caminho, no mesmo período, esteve entre os 50% dos hospitais, com maior índice de composição do endividamento, também, com tendência de queda. Para a construção dos índices-padrão, referentes às subvenções e doações, no mesmo triênio, utilizaram-se dos 16 hospitais brasileiros. Os dois Hospitais araxaenses, estiveram posicionados, nos três períodos analisados, entre os 50%, com o maior percentual de subvenções e doações, de suas receitas.
Quantitativo, explicativo.	Identificar os fatores que influenciam o montante de doações obtidas.	As quantidades das formas de auxílio influencia, positivamente, na quantidade de doações angariadas. O número de parceiros divulgados, afeta, positivamente, as doações recebidas. O número de formas de comunicação divulgadas afeta, positivamente, as doações. Quanto maior o número de Leitos existentes, maiores são as doações. Quanto maior o número de Leitos pelo SUS, maiores são as doações. Quanto maior o número de documentos, de prestação de contas, disponibilizados, maiores são as doações.
Quantitativo, exploratório, descritivo.	Avaliar a influência da informação, divulgada pelo Hospital, na decisão de doação.	A quantidade de informações, influencia, positivamente, a percepção dos doadores potenciais, quanto à performance do Hospital beneficente.

Figura 60: Resumo das Fases da Investigação Empírica e as Respectivas Conclusões.

Fonte: Elaboração do Autor.

Da leitura e interpretação integrada dos resultados, referentes às diversas fases da investigação, resultam que o processo de gestão dos *stakeholders*, nos Hospitais araxaenses, é, ainda, bastante intuitivo; os doadores são percebidos, como *stakeholders*, com baixa importância relativa; aliás, bastante inferior ao Ministério da Saúde e ao SUS. Esses são, também, os únicos *stakeholders* aos quais são reconhecidos, simultaneamente, os atributos: poder, legitimidade e urgência. Foram confirmadas as 6 hipóteses, sobre os

fatores que influenciam a capacidade de captação de doações. No entanto, e apesar da divulgação voluntária de informação sobressair como uma evidência de pró-atividade da gestão dos *stakeholders*, não há evidências de que essa informação influencie a decisão dos doadores.

Embora doadores potenciais não terem valorizado as informações divulgadas, como esperava, eles valorizaram a quantidade de informações no sentido de avaliarem o desempenho do hospital beneficente. Esta constatação equivale a dizer que, os doadores potenciais valorizam as informações as quais retratam a transparência da gestão dessas organizações hospitalares, sem fins lucrativos.

Diante do exposto, e, embora não possamos concluir sobre a causalidade entre a transparência (entendida como a divulgação voluntária de informações das atividades desenvolvidas) e a capacidade de obtenção de doações, o estudo apresenta fortes indícios de que há uma influência positiva. Dessa feita, no que foi apresentado como proposta de estudo. Há quem valoriza esse tipo de atitude; é por isso que este pode ser um elemento de diferenciação da capacidade de angariação de fundos, pelas organizações hospitalares beneficentes e sem fins lucrativos.

Consequentemente, podemos afirmar que, essa investigação abriu caminho para novos trabalhos futuros, no sentido de aprofundar as questões as quais, por ventura, não satisfizeram às expectativas desejadas. Entendemos que as limitações para a realização de estudos científicos existem, especialmente, ao que tange às organizações que lidam e dependem do Poder Público. No entanto, compreendemos, também, que, a partir dos estudos, ora realizados, sinalizaram a possibilidade, num futuro próximo, propiciar trabalhos cujas abordagens apontem para direcionamentos mais plausíveis, as quais vislumbram resultados mais positivos sobre o tema em questão.

7.2 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente investigação apresenta limitações, em ordens diversas. Uma poderiam ter sido evitadas, pois resultam de procedimentos aplicados; outras, porém, são inerentes ao próprio método. As limitações que resultam do tamanho da amostra, podem ser ultrapassadas em investigações futuras, e, também, mais bem planeadas.

O método qualitativo, em particular, os estudos de caso, não permite generalizações estatísticas. Contudo, do ponto de vista exploratório, permitiu-nos alargar os horizontes da

nossa investigação. Em futuros trabalhos, entendemos que deverá haver uma maior preocupação na triangulação da informação, nomeadamente, entrevistando outros elementos das Instituições. O recurso às várias fontes de informação não só pode enriquecer o estudo, como também fortalecer as conclusões. Todavia, será sempre importante ter presente que, as Instituições Religiosas tendem a ser Instituições um pouco mais fechadas, pois regra geral, estas se assentam a dogmas ou a crenças fortes, as quais tendem ao fechamento.

Uma importante limitação a reconhecer é o fato de o nosso modelo de regressão não provar causalidade, pois os dados sobre o efeito (variável dependente) foram recolhidos, simultaneamente, aos dados sobre as causas (variáveis independentes). Além disso, o aumento da amostra, talvez, evitasse alguns efeitos indesejáveis, que tivemos quanto à multicolinearidade e à micronumerosidade.

7.3 – CONTRIBUTOS DA INVESTIGAÇÃO

O contributo isolado dessa investigação para o esclarecimento da problemática da sustentabilidade dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos, é, na verdade, ínfima. Contudo, ao entrelaçarmos este estudo a outros, e, especialmente, se considerarmos que este é apenas um primeiro trabalho, dos muitos que esperamos desenvolver sobre essa temática, podemos vislumbrar as perspectivas do papel desta investigação, sob outro prisma. Usando a analogia, proposta por Chapman (2015), a "cura para o câncer só será possível a partir do cumular de décadas de trabalho, em dezenas de milhares de estudos, sem os quais a solução final pode nunca surgir", pode-se verificar que, em um único estudo, as inferências não podem ser realizadas, tendo em vista à perspectiva de um só ângulo, dentro dos vários possíveis.

Sendo assim, nos hospitais, objeto de estudo (Santa Casa de Misericórdia e Hospital Casa do Caminho), este trabalho criou novos espaços de reflexão, sobre a eventual influência da gestão dos *stakeholders*, no desempenho do papel dessas organizações. Paralelamente, os estudos descritivos desenvolvidos podem ser utilizados, por outros investigadores, no empreendimento de estudos mais profundos, sobre as várias vertentes da gestão e da sustentabilidade dos hospitais religiosos e sem fins lucrativos.

Do ponto de vista teórico, este trabalho evidenciou as limitações da Teoria dos *Stakeholders* e da Teoria da Dependência de Recursos, a fim de explicar como uma

organização pode despertar uma atitude humana, de caráter filantrópico, e, especialmente, como são feitas as doações. Naturalmente, essas limitações teóricas estão, também, associadas às limitações metodológicas do estudo; razão pela qual serão necessárias investigações futuras mais consistentes, cientificamente, com a finalidade de atentar, mais precisamente, às teorias que, com certeza, surgirão à luz da ciência e das inovações tecnológicas.

7.4 – PROPOSTAS DE FUTURAS PESQUISAS

Para futuras investigações, será necessário estender a recolha de dados aos hospitais não religiosos, públicos, privados ou do terceiro setor. Seria, igualmente, interessante desenvolver e validar uma escala que permitisse identificar e classificar a tipologia/estilo de gestão dos *stakeholders*, pois, só assim, poderíamos avaliar o impacto da gestão dos *stakeholders*, em outras variáveis da organização.

O estudo sobre o perfil dos doadores e do processo de decisão em doar seria outra possibilidade de pesquisa importante para o esclarecimento da questão em análise.

A fim de endossar e fortalecer o estudo que ora termina, foram apendenciados a esta tese dois artigos, os quais foram apresentados em Congressos (Apêndices J e M) e, ainda, dois artigos publicados em periódicos (Apêndices K e L) sobre gestão. Tais textos corroboram com a temática discutida, e, tiveram uma contribuição relevante para que se desenvolvesse a pesquisa realizada neste trabalho.

Na verdade, são muitas as possibilidades de investigação futura, a qual se abre no universo de perspectivas a serem desenvolvidas. Assim sendo, ao finalizar esse trabalho, a sensação que se tem é o desejo de começar tudo de novo, mantendo, não somente, a questão de partida, mas o vislumbamento de tantas outras oportunidades que, *a priori*, não conseguimos enxergar outra coisa, senão, aportar em um outro trabalho, sobre o qual possamos debruçar, e, também, envidar todos os nossos esforços, no sentido de realizar mais e mais.

Nesse sentido, vale salientar que o estudo, que ora finaliza, oportunize novas pesquisas sobre o tema a fim de que outros possíveis possam ser abordados, e, consequentemente, orientar trabalhos como contributo à ciência, bem como uma possibilidade de abertura de novos caminhos a fim de que as organizações hospitalares ofereçam serviços mais equânimes e eficientes à população, principalmente, àquela de que deles necessitem.

Sendo assim, diante de tantas possibilidades de estudo sobre o tema, abordado nessa investigação, quiçá, valeria a pena desenvolver pesquisas futuras em torno de ações de Responsabilidade Social Corporativa, tais quais as desenvolvidas pelos Hospitais em

referência, a fim de que, por meio de contribuições e doações mais efetivas, oriundas tanto do Poder Público, empresas privadas ou, até mesmo, do Terceiro Setor, as organizações hospitalares brasileiras, sem fins lucrativos, especialmente, as araxenses, tenham condições de oferecer serviços de qualidade às populações desfavorecidas financeiramente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaltone, K.; Jaakko, K.; & Tuomas, O. (2008). Stakeholder salience in global projects. *International Journal of Project Management*, 26(5), 509-516.
- Abernethy, M. A. & Lillis, A. M. (2001). Interdependencies in Organization Design: A Test in Hospitals. *Journal of Management Accounting Research*, 13(1), 107-129. doi: 10.2308/jmar.2001.13.1.107
- Abernethy, M. e Vagnoni, E. (2004). Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organization and Society*, 29(3-4), 207-225. doi: 10.1016/S0361-3682(03)00049-7
- Achterkamp, M. C. & Vos, F. J. (2007). Critically Identifying Stakeholders: Evaluating boundary critique as a vehicle for stakeholder identification. *Systems Research and Behavioral Science*, 24(1), 3-14.
- Ackermann, Fran & Eden, Colin. (2011). Strategic Management of Stakeholders: Theory and Practice. *Long Range Planning*, 44(3), 179-196.
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2007). The distortion of a managerial technique? The case of clinical networks in UK health care. *British Journal of Management*, 18 (1), 93–105. doi: 10.1111/j.1467-8551.2006.00494.x
- Aldrich, H. E. (1976). Resource dependence and interorganizational relations local employment service offices and social services sector organizations. *Administration & Society*, 7 (4), 419-554. doi:10.1177/009539977600700402
- Aldrich, H. E. & Pfeffer, J. (1976). Environments of organizations. *Annual Review of Sociology*, 2, 79-105.
- Almeida, A. N. (2006). *Estudo econométrico da demanda e oferta de madeira em tora para o processamento mecânico no estado do Paraná* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.
- Alves, A. G.; Filho, Cerra, A. L.; Maia, J. L.; Sacomano Neto, M., & Bonadio, P. V. G. (2004). Pressupostos da gestão da cadeia de suprimentos: evidências de estudos sobre a indústria automobilística. *Gestão & Produção*, 11 (3), 275-288. doi: 10.1590/S0104-530X2004000300003
- Andrade, M. G. V. (2002). *Organizações do terceiro setor: estratégias para captação de recursos junto às empresas privadas*. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Aubry, M.; Richer, M. C, & Lavoie-Tremblay, M. (2014). Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*, 32 (8) 1333–1345.
- Austen, A. (2012). Stakeholders management in public hospitals in the context of resources. *Management*. 16(2), 217–230

- Avetisyan, E. & Ferrary, M. (2013). Dynamics of Stakeholders' Implications in the Institutionalization of the CSR Field in France and in the United States. *Journal of business ethics*, 115(1), 115–133
- Azeredo, A. J., SOUZA, M. A., & Machado, D. G. (2009). Desempenho econômico-financeiro de indústrias calçadistas brasileiras: uma análise do período de 2000 a 2006. *Revista de Contabilidade e Organizações*, 3(6), 117-142.
- Balestrin, A.; Verschoore, J. R.; Reyes Junior, E. (2010). O Campo de Estudo sobre Redes de Cooperação Interorganizacional no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, 14(3), 458-477
- Barraquier, A. (2013). A Group Identity Analysis of Organizations and Their Stakeholders: Porosity of Identity and Mobility of Attributes. *Journal of business ethics*, 115(1), 55-62.
- Barreira, A. (2002). *A Assistência Hospitalar no Porto*. (Tese de doutorado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Ben Bachouch, R., Guinet, A., & Hajri-Gabouj, S. (2012). An integer linear model for hospital bed planning. *Int. J. Production Economics*, 140(2), 833–843. doi: 10.1016/j.ijpe.2012.07.023
- Bignetti, L. P. e Paiva, E. L. (2002). Ora (Direis) Ouvir Estrelas!: Estudo das Citações de Autores de Estratégia na Produção Acadêmica Brasileira. *Revista de Administração Contemporânea*, 6 (1), 105-125. doi: 10.1590/S1415-65552002000100007
- Bravi, F.; Gibertoni, D.; Marcon, A.; Sicottec, C.; Minvielle, E.; Rucci, P.; Angelastro, A.; Carradori, T.; & Fantini, M. P. (2013) Hospital network performance: A survey of hospital stakeholders' perspectives. *Health Policy*, 109(2), 150-157. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.11.003
- Brickley, J. A., Van Horn, R. L. & Wedig, G. J. (2010). Board composition and nonprofit conduct: Evidence from hospitals. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 76(2), 196–208. doi: 10.1016/j.jebo.2010.06.008
- Brugha, R. & Varvasovszky, Z. (2000). Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 15(3), 239-246.
- Bryant, P. & Davis, C. A. (2012). Regulated change effects on boards of directors: a look at agency theory and resource dependency theory. *Academy of Strategic Management Journal*, 11(2), 1-15.
- Bryson, J. M. (2004). What to do when Stakeholders matter: Stakeholder identification and Analysis Techniques. *Public Management Review*, 6(1), 21-53.
- Buchheit, S. & Parsons, L. M. (2006). An experimental investigation of accounting information's influence on the individual giving process, *Journal of Accounting and Public Policy*, 25(6), 666-686.
- Calixto, L., Barbosa, R. R., & Lima, M. B. (2007). Disseminação de informações

- ambientais voluntárias: relatórios contábeis versus internet. *Revista Contabilidade e Finanças*, 18, 84-95.
- Callen, J. L.; Klein, A.; Tinkelman, D. (2010). The contextual impact of nonprofit board composition and structure on organizational performance: agency and resource dependence perspectives. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 21(1), 101-125. doi: 10.1007/s11266-009-9102-3
- Calve, A., Nossa, V., Pagliarussi, M. S., & Teixeira, A. J. C. (2013). Um estudo de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo. *Revista Universo Contábil*, 9(4), 128-143.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares* (4a ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Carroll, A. B. (2004). Managing ethically with global stakeholders: A present and future challenge. *The Academy of Management Executive*, 18(2), 114-120.
- Casciaro, T., & Piskorski, M. J. (2005). Power imbalance, mutual dependence, and constraint absorption: A closer look at resource dependence theory. *Administrative Science Quarterly*, 50(2), 167-199.
- Chapman, C. S. (2015). Researching accounting in health care: considering the nature of academic contribution. *Accounting and Finance*, 55(2), 397-413.
- Churchill Jr., G. A.; Peter, J. P. (2000). *Marketing: criando valor para os clientes*. 2. ed. São Paulo: Saraiva.
- Colauto, R. D. & Beuren, I. M. (2003). Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 163-185. doi: 10.1590/S1415-65552003000400009
- Cornforth, C. (Ed.). (2003). *The governance of public and nonprofit organizations: What do boards do?* London: Routledge.
- Crane, A. & Ruebottom, T. (2011). Stakeholder Theory and Social Identity: Rethinking Stakeholder Identification. *Journal of Business Ethics*, 102(1), 77-87.
- Crémadez, M. (2010). A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5) 2285-2296. doi: 10.1590/S1413-81232010000500004
- da Cunha, J. V. A., & de Souza Ribeiro, M. (2008). Divulgação voluntária de informações de natureza social: um estudo nas empresas brasileiras. *Revista de Administração – eletrônica*, 1(1), 1-23.
- da Cunha, P. R., Masotti, F. G., dos Santos, V., & Beuren, I. M. (2011). Balanço social no terceiro setor: análise do nível de adesão ao modelo IBASE de uma organização hospitalar. *Enfoque: Reflexão Contábil*, 29(3), 76-93.

- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. (Editora Bookman - Lori Viani, Statistics without maths for psychology, Trad.) Porto Alegre: Penso Editora. (Obra original publicada em 2004.)
- David, J. & Zakus, L. (1998). Resource dependency and community participation in primary health care. *Social Science & Medicine*, 46(4/5), 475-494. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00192-5
- Davis G. F., & Cobb J. A. (2010), Chapter 2 Resource dependence theory: Past and future, in Claudia Bird Schoonhoven, Frank Dobbin (ed.) Stanford's Organization Theory Renaissance, 1970–2000. *Research in the Sociology of Organizations*, 28, Emerald Group Publishing Limited, 21-42.
- De Vos, P., Orduñez-García P., Santos-Peña, M. & Van der Stuyft, P. (2010). Public hospital management in times of crisis: Lessons learned from Cienfuegos, Cuba (1996–2008). *Health Policy*, 96(1), 64–71. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.01.005
- Deegan, C. (2002). Introduction: the legitimising effect of social and environmental disclosures-a theoretical foundation. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 15(3), 282-311.
- Deutch, D. (2013). Querying probabilistic business processes for sub-flows. *Theory of Computing Systems*, 52(3), 367-402.
- Diehl, A. A. & Tatim, D. C. (2004). *Pesquisa em ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Prentice Hall.
- Donaldson, T. e Preston, L. (1995). The stakeholder theory of the corporation: concepts, evidence and implications. *Academy of Management Review*, 20(1), 65-91. doi: 10.5465/AMR.1995.9503271992
- Drucker, P. F. (2006). *Administração de organizações sem fins lucrativos: princípios e práticas*. São Paulo: Pioneira.
- Duarte, H. C., & Lamounier, W. M. (2007). Análise financeira de empresas da construção civil por comparação com índices-padrão. *Enfoque: Reflexão Contábil*, 26(2), 9-28.
- Duggan, D. E.; Farnsworth, K. D.; & Kraak, S. B. M. (2013). Identifying functional stakeholder clusters to maximize communication for the ecosystem approach to fisheries management. *Marine Policy*, 42, 56-67.
- Dye, R. A. (2001). An evaluation of “essays on disclosure” and the disclosure literature in accounting. *Journal of Accounting and Economics*, 32(1), 181-235.
- Eisenhardt, H., & Graebner, M. (2007). Theory building from cases: opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. doi: 10.5465/AMJ.2007.24160888
- Fassin, Y. (2008). Imperfections and shortcomings of the stakeholder model’s graphical representation. *Journal of Business Ethics*, 80(4), 879–888. doi: 10.1007/s10551-007-9474-5

-
- Fassin, Y. (2009). The stakeholder model refined. *Journal of Business Ethics*, 84(1), 113-135. doi: 10.1007/s10551-008-9677-4
- Fassin, Y. (2012). Stakeholder Management, Reciprocity and Stakeholder Responsibility. *Journal of Business Ethics*, 109(1), 83-96. doi: 10.1007/s10551-012-1381-8
- Federação Brasileira de Hospitais (n.d). *Indicadores de Saúde*. Recuperado de <http://fbh.com.br/indicadores-de-saude/> Acesso em 24/01/2015.
- Fernand, C. (1999). Les hôpitaux et les cliniques, architectures de la santé. Paris: Le Moniteur.
- Ferreira-da-Silva, A. (2006). *Evolução do Conceito de Hospital*. Revista do Centro Hospital de Coimbra, 32, 18-23
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: a stakeholders approach*. Boston: Pitman.
- Freeman, R. E. (1999). Divergent stakeholder theory. *Academy of Management Review*, 24(2), 233–236.
- Freeman, R. E.; Harrison, J. S. ; Wicks, A. C.; Parmar, B. L.; Colle, S. (2010). *Stakeholder theory: the state of the art*. Cambridge Press
- Freeman, R. E.; Reed, D. L. (1983). Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review* 25(3), 88-106. doi: 10.2307/41165018
- Freeman, R. E., Wicks, A. C., & Parmar, B. (2004). Stakeholder theory and the corporate objective revisited. *Organization Science*, 15(3), 364–369. doi: 10.1287/orsc.1040.0066
- French, M & Miller, F. A. (2012). Leveraging the “living laboratory”: On the emergence of the entrepreneurial hospital. *Social Science & Medicine*, 75(4), 717-724. . doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.010
- Friedman A. L.; & Miles S. (2006). *Stakeholders: theory and practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Frooman, J. (1999). Stakeholders influence strategies. *Academy of Management Review*, 24(2), 191-205. doi: 10.5465/AMR.1999.1893928
- Garvin, D. (1998). The processes of organization and management. *Sloan Management Review*, 39(4), 33-50.
- Gil, A. C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gitman, L. J. (2010), *Princípios de administração financeira*. (Allan Vidigal Hastings, Principles of managerial finance, trad.) 12^a ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
-

- Gonçalves, J. E. L. (2000a). As empresas são grandes coleções de processos. *Revista de Administração de Empresas*, 40(1), 6 – 19.
- Gonçalves, J. E. L. (2000b). Processo, que processo? *Revista de Administração de Empresas*. 40(4), 8-19.
- Gonçalves, P. C.; Boaventura, J. M. G.; Costa B. K. & Fischmann, A. A. (2008). Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. *Revista de Administração FACES*, 7(2), 84-101.
- Goodpastor, K. (1991). Business ethics and stakeholder analysis. *Business Ethics Quarterly*, 1, 53-71.
- Gorsky, M., Mohan, J. and Powell, M. (2002). The financial health of voluntary hospitals in interwar Britain. *Economic History Review*, LV, 55(3), 533–557. doi: 10.1111/1468-0289.00231
- Grafton, J.; Abernethy, M. A. & Lillis, A. M. (2011). Organisational design choices in response to public sector reforms: A case study of mandated hospital networks. *Management Accounting Research*, 22(4), 242–268. doi: 10.1016/j.mar.2011.06.001
- Grandy, G. (2013). An exploratory study of strategic leadership in churches. *Leadership & Organization Development Journal*, 34(7), 616 - 638
- Gulati, R. (1995). Social structure and alliance formation patterns: A longitudinal analysis. *Administrative Science Quarterly*, 40, 619-652.
- Hair, Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. e Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. ed., Porto Alegre: Bookman. 593 p.
- Hawkins, L. (2000). *Organisational Reform in Health Service Delivery*; Fórum de Lisboa de Administração de Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Handelman, J. M. (2006). Corporate identity and the societal constituent. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 34(2), 107–114.
- Hannan, M. T. & Freeman, J. (1977). The population ecology of organizations. *American Journal of Sociology*, 82, 929-964.
- Harrington, H, J. (1993). *Aperfeiçoando processos empresariais*. São Paulo: Makron Books. 368 p.
- Hessels, J e Terjesen, S (2010). Resource dependency and institutional theory perspectives on direct and indirect export choices. *Small Business Economics*, 34(2), 203-220.
- Hillman, A. J., Withers, M. C., & Collins, B. J. (2009). Resource dependence theory: a review. *Journal of Management*, 35(6) 1404– 1427. Retrieved from <http://jom.sagepub.com/content/35/6/1404>. doi: 10.1177/0149206309343469
- Hoffmann, V. E; Procopiak Filho, J. A e Rosseto, C. R. (2008). As estratégias de influência dos stakeholders nas organizações da indústria da construção civil: setor

- de edificações em Balneário Camboriú – SC. *Ambiente Construído*, 8(3), 21-35.
- Hoji, M. (2003). *Administração Financeira: uma abordagem prática: matemática financeira aplicada, estratégias financeiras e análise, planejamento e controle financeiro*. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010 n.d.). *Censo demográfico 2010*. Recuperado de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>
- Jacobs, R., Mannionb, R.; Davies, H. T. O., Harrison, S.; Konteh, F., & Walshef, K. (2013). The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals. *Social Science & Medicine*, 76(1), 115-125. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.10.014
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: managerial behavior, agency cost, and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-360.
- Jones, T. M. (1995). Instrumental stakeholder theory: a synthesis of ethics and economics. *Academy of Management Review*, 20(2), 404-437. doi: 10.5465/AMR.1995.9507312924
- Kaler, J. (2002). Morality and Strategy in Stakeholder Identification. *Journal of Business Ethics*, 39(1-2), 91–99.
- Katz, D. & Kahn R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley.
- Kidwell, R. (2000), Hospital mergers and the care of external stakeholders: a case study. In P. Primeaux, & M. L. Pava (Eds.), *Symposium on health care ethics* (Vol. 2, pp. 59-83). Bingley, West Yorkshire, UK: Emerald Group Publishing Limited.
- Kimberly, J. (2000). Reengineering, efficiency, and the Hospital of the Future; *Fórum de Lisboa de Administração de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa
- Kotler, P. (1988). *Marketing para organizações que não visam o lucro*. São Paulo: Atlas. 430 p.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência* (Editora Singular, Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence, Trad.) São Paulo: Singular. (Obra original publicada em 2008)
- Lafreniere, K. C.; Deshpade, S.; Bjornlund, H.; & Huntera, M. (2013). Extending stakeholder theory to promote resource management initiatives to key stakeholders: A case study of water transfers in Alberta, Canada. *Journal of Environmental Management*, 129, 81 - 91.
- Laudicella, M., Olsen, K. R. & Street, A. (2010). Examining cost variation across hospital departments - a two-stage multi-level approach using patient-level data. *Social Science & Medicine*, 71(10), 1872 – 1881.
- Lucian, R., Pinto, E. C. P., & França, A. C. (2013). Estratégias de marketing nas mídias

- sociais digitais para organizações não governamentais. *Universitas Gestão e TI*, 3(2), 9 -19.
- Ludwig, M., Groot, W., & Merode, F. van. (2009). Hospital efficiency and transaction costs: a stochastic frontier approach. *Social Science & Medicine*, 69(1), 61-67. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.026
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. (L. Booco, Trad.) Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 2004).
- Mainardes, E. W. (2010). *Gestão de Universidades Baseada no Relacionamento com os seus Stakeholders* (Tese de Doutorado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Mainardes, E. W., Alves, H., Raposo, M. & Domingues, M. J. (2010). Categorização por Importância dos Stakeholders das Universidades. *Revista Ibero-Americana de Estratégia - RIAE*, São Paulo, 9(3), 04-43
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2010). *Metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Marion, J. C. (2007). *Análise das demonstrações contábeis: contabilidade empresarial*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- Martins, H. C. (2005). Papéis do conselho de administração: perspectivas teóricas. *Revista de Administração da FEAD – Minas*, 2(1), 97-109.
- Matarazzo, D. C. (2003). *Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Mckee, M., Edwards, N. e Wyatt, S. (2004). Transforming Today`s Hospital to meet Tomorrow`s. European Observatory on health Care. Hospitais e Parcerias: Gestão. Reforma. Inovação. 7º Ciclo de Debates – *Fórum Gulbenkian*, Lisboa, Portugal.
- Mendes-da-Silva, W., Ferraz-Andrade, J. M., Famá, R., & Maluf Filho, J. A. (2009). Disclosure via website corporativo: um exame de informações financeiras e de governança no mercado brasileiro. *Revista de Administração de Empresas*, 49(2), 190-205.
- Mendonca, P. M., & Araujo, E. T. (2011). Sustentabilidade organizacional em ongs: os casos do gapa-ba e do grupo brasil a partir das contribuições da teoria da dependência de recursos. *Revista Gestão e planejamento*, 12(1), 112-132.
- Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977), Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, 83, 41-62.
- Mihm, J., Loch, C. H., Wilkinson, D., & Huberman, B. A. (2010). Hierarchical structure and search in complex organizations. *Management Science*, 56(5) 831-848. doi: 10.1287/mnsc.1100.1148
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno Saúde Pública*, 9(3), 239-262.

-
- Minoja, Mario (2012). Stakeholder Management Theory, Firm Strategy, and Ambidexterity. *Journal of Business Ethics*, 109(1), 67-82, Springer Science Business Media B.V. doi: 10.1007/s10551-012-1380-9
- Mintzberg, H. (1987). *The strategy concept: five P's for strategy*. California Management Review, 30(1), 11-24.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, J. (2009). *Safari de estratégia – Um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Moutchnik, A. (2013, January 19). Stakeholder management and CSR: questions and answers. (Entrevista com Edward Freeman). *UmweltWirtschaftsForum*, 21(1/2), 5-9. doi: 10.1007/s00550-013-0266-3
- Naranjo-Gil, D. (2006). El contable de gestión y la nueva gestión de los hospitales españoles. *Revista da Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas (AECA)* (77), 38-40
- Neville, B. A.; & Menguc B. (2006). Stakeholder Multiplicity: Toward an Understanding of the Interactions between Stakeholders. *Journal of Business Ethics*, 66(4), 377–391.
- Noh, M., Lee, Y., Yun, S.C., Lee, S. Lee, M. S., Khang, Y.H. (2006). Determinants of hospital closure in South Korea: Use of a hierarchical generalized linear model. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2320–2329. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.026
- Olander, S.; & Landin, A. (2005). Evaluation of stakeholder influence in the implementation of construction projects. *International Journal of Project Management*, 23(4), 321-328.
- Oliver, C., (1990). Determinants of interorganizational relationships: integration and future directions. *Academy of Management Review*, 15(2), 241-265.
- Padoveze, C. L. & Benedicto, G. C. (2010). *Análise das demonstrações financeiras*. 3ª ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Paiva Júnior, F. G; Leão, A. L. M. S. & Mello, S. C. B. (2011). Validade e confiabilidade na pesquisa qualitativa em administração. *Revista de Ciências da Administração*, 13(31), 190-209.
- Parent, M. M.; & Deephouse, D. L. (2007). A Case Study of Stakeholder Identification and Prioritization by Managers. *Journal of Business Ethics*, 75(1), 1 – 23.
- Parker, L. D. (2012). Qualitative management accounting research: Assessing deliverables and relevance. *Critical Perspectives on Accounting*. 23(1), 54-70. doi: 10.1016/j.cpa.2011.06.002
-

- Parmar, BL ; Freeman, R. E.; Harrison, JS ; Wicks, AC ; Purnell, L ; de Colle, S. (2010). Stakeholder theory: the state of the art. *Academy Of Management Annals*, 4(1), 403-445. doi: 10.1080/19416520.2010.495581
- Paschoal, M. L. H. & Castilho, V. (2010). Consumo de materiais em centro cirúrgico após a implementação de sistema de gestão informatizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 888-893.
- Pereira Eugénio, T., Costa Lourenço, I., & Morais, A. I. (2013). Sustainability strategies of the company TimorL: extending the applicability of legitimacy theory. *Management of Environmental Quality: An International Journal*, 24(5), 570-582.
- Pettersen, I. J.; Nyland, K.; Kaarboe, K. (2012). Governance and the functions of boards: Na empirical study of hospital boards in Norway. *Health Policy*, 107(2/3), 269-275. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.07.006
- Pfeffer, J. (1972b). Merger as a response to organizational interdependence. *Administrative Science Quarterly*, 17(3), 382-394.
- Pfeffer, J. (1972a) Size and composition of corporate boards of directors: the organization and its environment. *Administrative Science Quarterly*, 17(2), 218-228.
- Pfeffer, J. (1973). Size, composition and function of hospital boards of directors: A study of organization environment linkage. *Administrative Science Quarterly*, 18(3), 349-364.
- Pfeffer, J. (1987). A resource dependence perspective on interorganizational relations. In M. S. Mizuchi, & M. Schwartz (Eds.), *Intercorporate relations: The structural analysis of business*: 22-55. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pfeffer, J. (2003), "Introduction to the classic edition," in Pfeffer, J. and Salancik, G. R., *The external control of organizations: a resource dependence perspective* (classic edition), Stanford University Press, Stanford, CA. Acedido em 2 de agosto de 2012, em http://books.google.pt/books?id=iZv79yE--_AC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Pfeffer, J. & Salancik, G. (1978). *The external control of organizations: a resource dependence perspective*. New York: Harper & Row.
- Phillips, R., Freeman, R. E. & Wicks, A. (2003). What stakeholder theory is not. *Business Ethics Quarterly*, 13(4), 479-502.
- Ponte, E. B., & Rodríguez, T. E. (2002). A survey on voluntary disclosure on the internet: empirical evidence from 300 European Union companies. *The International Journal of Digital Accounting Research*, 2(3), 27-51.
- Porter, M. E. (1990). *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus. 530 p.
- Pratt. M. G. (2009). For the lack of a boilerplate: tips on writing up (and reiewing)

- qualitative research. *Academy of Management Journal*, 52(5), 856-862. doi: 10.5465/AMJ.2009.44632557
- Powell, W. W., & Steinberg, R. (2006). *The nonprofit sector: A research handbook*. Yale University Press.
- Raupp, F. M. & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática* (Cap. 3, 76-97). São Paulo: Atlas.
- Reverte, C. (2009). Determinants of corporate social responsibility disclosure ratings by Spanish listed firms. *Journal of Business Ethics*, 88(2), 351-366.
- Roberts, R. W. (1992). Determinants of corporate social responsibility disclosure: an application of stakeholder theory. *Accounting, Organizations and Society*, 17(6), 595-612.
- Rochaix, M. (2000). Hospital history. In European Hospital and Healthcare Federation (Ed.), *Hospital healthcare Europe 1999/2000* (pp. 79-80). London: Campden Publishing Ltd.
- Rossetto, C. R. & Rossetto, A. M (2005). Teoria Institucional e dependência de recursos na adaptação organizacional: uma visão complementar. *RAE-eletrônica*, 4(1), Art. 7, jan./jul. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/0D/raeel/v4n1/v4n1a10.pdf>. doi: 10.1590/S1676- 56482005000100010
- Rossmann, G. B & Rallis, S. F. (2012). *Learning in the field: an introduction to qualitative research*. 3rd. Ed. London: SAGE publications.
- Salamon, L.; Sokolowski, W. Haddock, M. e Tice, H. (2013). *The State of Global Civil Society and Volunteering: Latest findings from the implementation of the UN Nonprofit Handbook*. Working Paper No. 49. Baltimore: Johns Hopkins Center for Civil Society Studies.
- Santos, E. F., & Silva, C. E. (2012). A influência das estratégias de marketing na captação de recursos para o Terceiro Setor. *Revista Brasileira de Administração Científica*, 3(1), 94-106.
- Santos, N. C., Sublaban, C. S. Y., Neto, M. S., Giuliani, A. C., & Spers, V. R. E. (2008). Captação de recursos financeiros em organizações sem fins lucrativos: a utilização de indicadores de gestão para os doadores e beneficiários dos projetos sociais. *Revista de Gestão*, 15(spe), 75-91.
- Savage, G. T.; Nix, T. W.; Whitehead, C. J.; Blair, J. D. (1991). Strategies for assessing and managing organizational stakeholders. *Academy of Management Executive*, 5(2), p. 61-75.
- Schiller, C.; Winters, M.; Hanson, H. M.; & Ashe, M. (2013). A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment. *BMC Public Health*, 13(1), 428.

- Sheaff, R; Benson, L; Farbus, L; Schofield, J; Mannion, R & Reeves (2010). Network resilience in the face of health system reform. *Social Science & Medicine*, 70(5), 779–786.
- Sherer, P. D. e Lee, K. (2002) Institutional change in large law firms: a resource dependency and institutional perspective. *Academy of Management Journal*, 45(1), 102-119.
- Silva, E. P. C., Vasconcelos, S. S., & Normanha Filho, M. A. (2012). Captação de recursos para a gestão do terceiro setor. IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.
- Smudde, P. M.; Courtright, J. L. (2011). A holistic approach to stakeholder management: A rhetorical foundation. *Public Relations Review*, 37(2), 137-144. doi: 10.1016/j.pubrev.2011.01.008
- Souza Campos, L. M., Boeing-da-Silveira, R., & Marcon, R. (2008). Elementos do marketing na captação de recursos do terceiro setor. *Revista de Administração Mackenzie*, 8(3).
- Toledo, G. L.; & Ovalle, I. I. (1991). *Estatística básica*. 2ª ed. São Paulo: Atlas.
- Trapp, N. L. (2014). Stakeholder involvement in CSR strategy-making? Clues from sixteen Danish companies. *Public Relations Review*, 40(1), 42– 49.
- Tullberg, J. (2013). Stakeholder theory: Some revisionist suggestions. *The Journal of Socio-Economics*, 42, 127–135.
- Turner, B. S. (2006). Hospital. *Theory Culture Society*. 23(2/3), 573-579.
- Ulrich, D., & Barney, J. B. (1984). Perspectives in organizations: Resource dependence, efficiency, and population. *Academy of Management Review*, 9(3), 471-481. doi: 10.5465/AMR.1984.4279680
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E. & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1301-1314. doi: 10.1590/S1413-81232010000700039
- Verrecchia, R. E. (1983). Discretionary disclosure. *Journal of accounting and economics*, 5, 179-194.
- Verrecchia, R. E. (2001). Essays on disclosure. *Journal of accounting and economics*, 32(1), 97-180.
- Vos, J. F. J. (2003). Corporate social responsibility and the identification of stakeholders. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 10(3), 141–152.
- Weber, M. (1947). *Theory of social and economic organizations*. New York: Free Press.
- Weerawardena, J, McDonald, R. E., Mort G. S. (2010) Sustainability of nonprofit organizations: An empirical investigation. *Journal of World Business*, 45(4), 346-356
- Who (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*.

WHO Library Cataloguing in Publication Data, ISBN 92 4 156198 X

- Wicks, A. C, & Freeman, R. E. (1998). Organization studies and the new pragmatism: Positivism, anti-positivism, and the search for ethics. *Organization Science*, 9(2), 123-140.
- Williamson, O. E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, Free Press, New York.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Introdução à econometria: uma abordagem moderna*. (José Antônio Ferreira, Introductory econometrics: a modern approach, Trad.) São Paulo: Cengage Learning. (4ª edição americana)
- Yang, W. H., Hu, J. S. & Chou, Y. Y. (2012). Analysis of Network Type Exchange in the Health Care System: A Stakeholder Approach. *Journal of Medical Systems*, 36(3), 1569–1581. doi: 10.1007/s10916-010-9618-5
- Yetman, M. H., & Yetman, R. J. (2004, July). The effects of governance on the financial reporting quality of nonprofit organizations. In *Conference on not-for-profit firms*, Federal Reserve Bank, New York.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. 2nd Ed. Sage Publications, London.
- Young, D. and Saltman, R. (1985). *The hospital power equilibrium. Physician Behavior and Cost Control*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Zainon, S., Atan, R., & Bee Wah, Y. (2014). An empirical study on the determinants of information disclosure of Malaysian non-profit organizations. *Asian Review of Accounting*, 22(1), 35-55.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NA SANTA
CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAXÁ

Fábio Augusto Martins

Doutorando da Universidade do Alto Douro e Trás-os-Montes (Vila Real - Portugal)

Exmo. Sr. M.e. Nilson Vieira de Carvalho

Presidente do Conselho de Administração da
Santa Casa de Misericórdia de Araxá

Sou aluno do programa de doutoramento em Gestão da UTAD. No âmbito do projeto de tese, está previsto a elaboração de um estudo qualitativo e exploratório sobre a gestão dos *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos de cunho religioso.

Os dados para este estudo serão recolhidos através de entrevistas aos Presidentes dos Conselhos de Administração de hospitais da microrregião de Araxá.

Face ao exposto, venho solicitar a V. Exa. que se digne a conceder-me uma entrevista nos termos do roteiro que se segue:

- Composição do Conselho de Administração dos hospitais, nomeadamente quanto ao perfil dos seus membros e processo de nomeação.
- Estrutura organizacional e os relacionamentos de poder dentro da organização.
- Origem das fontes de recursos
- Grau de dependência/capacidade negocial de cada fonte de recurso.
- Principais grupos, indivíduos, empresas ou comunidades interessadas no hospital.
- Estratégias que a organização emprega para reduzir a incerteza do ambiente externo.
- Políticas/ações do Conselho de Administração para garantir a captação de recursos.
- Sustentabilidade social, económico e ambiental.

A entrevista será realizada no local e data que V. Exa. indicar e preferencialmente será gravada (som).

Os dados assim recolhidos serão sujeitos à técnica de análise de conteúdo e o anonimato dos entrevistados será garantido em todos os momentos de divulgação/publicação.

Obrigado pela atenção.

Respeitosamente,

Araxá, outubro de 2012.

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA NO HOSPITAL CASA DO CAMINHO DE ARAXÁ

Fábio Augusto Martins

Doutorando da Universidade do Alto Douro e Trás-os-Montes (Vila Real - Portugal)

Exmo. Sr. José Tadeu Silva

Presidente do Conselho de Administração
do Hospital Casa do Caminho de Araxá

Sou aluno do programa de doutoramento em Gestão da UTAD. No âmbito do projeto de tese, está previsto a elaboração de um estudo qualitativo e exploratório sobre a gestão dos *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos de cunho religioso.

Os dados para este estudo serão recolhidos através de entrevistas aos Presidentes dos Conselhos de Administração de hospitais da microrregião de Araxá.

Face ao exposto, venho solicitar a V. Exa. que se digne a conceder-me uma entrevista nos termos do roteiro que se segue:

- Composição do Conselho de Administração dos hospitais, nomeadamente quanto ao perfil dos seus membros e processo de nomeação.
- Estrutura organizacional e os relacionamentos de poder dentro da organização.
- Origem das fontes de recursos
- Grau de dependência/capacidade negocial de cada fonte de recurso.
- Principais grupos, indivíduos, empresas ou comunidades interessadas no hospital.
- Estratégias que a organização emprega para reduzir a incerteza do ambiente externo.
- Políticas/ações do Conselho de Administração para garantir a captação de recursos.
- Sustentabilidade social, económico e ambiental.

A entrevista será realizada no local e data que V. Exa. indicar e preferencialmente será gravada (som).

Os dados assim recolhidos serão sujeitos à técnica de análise de conteúdo e o anonimato dos entrevistados será garantido em todos os momentos de divulgação/publicação.

Obrigado pela atenção.

Respeitosamente,

Araxá, outubro de 2012.

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais; eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável por(ela) “**nome da instituição**”, autorizo a coleta de dados nos seguintes setores _____. Também estou ciente que essa coleta de dados não afeta o bem estar dos profissionais e/ou clientes e será sem custo para a Instituição.

Concordo também, que os resultados sejam divulgados em publicações científicas, desde que a identificação dos voluntários e da instituição seja mantida em sigilo.

Araxá, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do responsável pela instituição com carimbo

APÊNDICE D – INQUÉRITO DE PESQUISA A FIM DE IDENTIFICAR OS STAKEHOLDERS MAIS RELEVANTES

26/12/13

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos Survey

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

Prezado senhor (a), meu nome é Fábio Augusto Martins, sou professor do Uniaraxá e estou matriculado no Doutorado em Gestão, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal), com uma proposta de pesquisa que visa estudar a GESTÃO DOS STAKEHOLDERS EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS DE ORIGEM RELIGIOSA, sob a orientação dos professores Doutores Amélia Cristina Ferreira da Silva e Carlos Machado dos Santos.

Agradecemos a gentileza e presteza do senhor (a) em contribuir para a construção do conhecimento ao responder esta pesquisa, cujos resultados serão divulgados em publicações científicas, mantendo a identificação dos respondentes em absoluto sigilo.

Esta fase do projeto tem como objetivo identificar os grupos interessados (stakeholders) mais relevantes e seu grau de influência nas organizações hospitalares.

Para Freeman (1984) stakeholders são todos os indivíduos ou grupos de indivíduos que podem influenciar e ou podem ser influenciado pelo hospital.



[Ativados pela SurveyMonkey](#)
[Crie seus próprios questionários online gratuitos agora!](#)

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

1. Qual o seu perfil profissional?

- a) Médico (a)
- b) Enfermeiro (a)
- c) Técnico de enfermagem
- d) Auxiliar de enfermagem
- e) Administrativo

Outro (especifique)

2. Sexo

- Masculino
- Feminino



[Ativados pela SurveyMonkey](#)

[Crie seus próprios questionários online gratuitos agora!](#)

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

3. Marque apenas uma coluna para cada um dos 15 grupos interessados (stakeholders) no hospital. Se for o caso, você poderá acrescentar outros.

Para Freeman (1984) stakeholders são todos os indivíduos ou grupos de indivíduos que podem influenciar e ou podem ser influenciado pelo hospital.

	Sem importância	Pouca importância	Indiferente	Importante	Muito importante
Indústria	<input type="radio"/>				
Farmacêutica	<input type="radio"/>				
Indústria de Equipamentos	<input type="radio"/>				
Médicos	<input type="radio"/>				
Indústria de Material Médico-Hospitalar	<input type="radio"/>				
Saúde Suplementar	<input type="radio"/>				
Instituições de Pesquisa	<input type="radio"/>				
Ministério da Saúde	<input type="radio"/>				
SUS	<input type="radio"/>				
Médicos	<input type="radio"/>				
Pacientes	<input type="radio"/>				
Sindicatos	<input type="radio"/>				
ONGs	<input type="radio"/>				
Instituições Financeiras	<input type="radio"/>				
Imprensa	<input type="radio"/>				
Concorrentes	<input type="radio"/>				
Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	<input type="radio"/>				

Outro (especifique)

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

4. Na sua opinião, no quadro abaixo indicado, qual é a influência de cada stakeholder sobre o hospital, e vice versa?

Por gentileza, escolha a melhor resposta para cada item:

	Somente influencia o hospital	Mais influencia do que é influenciado pelo hospital	Influencia e é influenciado pelo hospital de modo equilibrado	Mais é influenciado do que do que influencia o hospital	Somente é influenciado pelo hospital	Não influencia e nem é influenciado pelo hospital	Não sabe responder
Indústria Farmacêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indústria de Equipamentos Médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indústria de Material Médico-Hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saúde Suplementar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instituições de Pesquisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ministério da Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SUS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sindicatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ONGs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instituições Financeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imprensa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concorrentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

5. Na sua opinião, qual é o grau de poder que cada stakeholder abaixo indicado possui sobre o hospital?

Poder é a expertise para levar alguém a fazer algo que ele não teria de fazer sem ser exigido; o poder do stakeholder sobre a organização (hospital) pode ser coercitivo (na medida que se utiliza da força ou de uma ameaça), pode ser por uma norma (via legislação ou por meios de comunicação) ou por ser útil (quando detém recursos ou informações relevantes, por exemplo) (Mitchell, Agle e Wood, 1997).

Por gentileza, escolha a melhor resposta para cada item:

	Sem poder	Pouco poder	Médio poder	Muito poder	Não sabe responder
Indústria Farmacêutica	<input type="radio"/>				
Indústria de Equipamentos Médicos	<input type="radio"/>				
Indústria de Material Médico-Hospitalar	<input type="radio"/>				
Saúde Suplementar	<input type="radio"/>				
Instituições de Pesquisa	<input type="radio"/>				
Ministério da Saúde	<input type="radio"/>				
SUS	<input type="radio"/>				
Médicos	<input type="radio"/>				
Pacientes	<input type="radio"/>				
Sindicatos	<input type="radio"/>				
ONGs	<input type="radio"/>				
Instituições Financeiras	<input type="radio"/>				
Imprensa	<input type="radio"/>				
Concorrentes	<input type="radio"/>				
Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG,	<input type="radio"/>				

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

6. Qual é o nível de legitimidade das solicitações e exigências de cada stakeholder abaixo indicado?

Legitimidade é o direito percebido do indivíduo ou do grupo para solicitar ou exigir a uma outra parte - são as solicitações e/ou as exigências do stakeholder para com o hospital. (Mitchell, Agle e Wood, 1997).

Por gentileza, escolha a melhor resposta para cada item:

	Sem legitimidade	Pouca legitimidade	Média legitimidade	Muita legitimidade	Não sabe responder
Indústria Farmacêutica	<input type="radio"/>				
Indústria de Equipamentos Médicos	<input type="radio"/>				
Indústria de Material Médico-Hospitalar	<input type="radio"/>				
Saúde Suplementar	<input type="radio"/>				
Instituições de Pesquisa	<input type="radio"/>				
Ministério da Saúde	<input type="radio"/>				
SUS	<input type="radio"/>				
Médicos	<input type="radio"/>				
Pacientes	<input type="radio"/>				
Sindicatos	<input type="radio"/>				
ONGs	<input type="radio"/>				
Instituições Financeiras	<input type="radio"/>				
Imprensa	<input type="radio"/>				
Concorrentes	<input type="radio"/>				
Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	<input type="radio"/>				
Outro (especifique)					

Interessados nos hospitais sem fins lucrativos

7. Qual é o nível de urgência - prioridade - no atendimento do hospital às solicitações e exigências de cada um dos stakeholders abaixo indicados?

Urgência é a necessidade imediata de ação - vai determinar o tempo de resposta do hospital relativamente às solicitações do stakeholder - (Mitchell, Agle e Wood, 1997).

Por gentileza, escolha a melhor resposta para cada item:

	Sem urgência	Pouca urgência	Média urgência	Muita urgência	Não sabe responder
Indústria Farmacêutica	<input type="radio"/>				
Indústria de Equipamentos Médicos	<input type="radio"/>				
Indústria de Material Médico-Hospitalar	<input type="radio"/>				
Saúde Suplementar	<input type="radio"/>				
Instituições de Pesquisa	<input type="radio"/>				
Ministério da Saúde	<input type="radio"/>				
SUS	<input type="radio"/>				
Médicos	<input type="radio"/>				
Pacientes	<input type="radio"/>				
Sindicatos	<input type="radio"/>				
ONGs	<input type="radio"/>				
Instituições Financeiras	<input type="radio"/>				
Imprensa	<input type="radio"/>				
Concorrentes	<input type="radio"/>				
Associações (AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG, etc.)	<input type="radio"/>				
Outro (especifique)					

APÊNDICE E – INQUÉRITO DE PESQUISA A FIM DE IDENTIFICAR O DESENVOLVIMENTO DE PROCESSOS

Pesquisa

Prezado senhor (a), meu nome é Fábio Augusto Martins, sou professor do Uniaraxá e estou matriculado no Doutorado em Gestão, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal), com uma proposta de pesquisa que visa estudar a GESTÃO DOS STAKEHOLDERS EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS DE ORIGEM RELIGIOSA, sob a orientação dos professores Doutores Amélia Cristina Ferreira da Silva e Carlos Machado dos Santos.

Agradecemos a gentileza e presteza do senhor (a) em contribuir para a construção do conhecimento ao responder esta pesquisa, cujos resultados serão divulgados em publicações científicas, mantendo a identificação dos respondentes em absoluto sigilo.

Esta fase do projeto tem como objetivo identificar o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e interesses dos grupos interessados (*stakeholders*).

Para Freeman (1984) *stakeholders* são todos os indivíduos ou grupos de indivíduos que podem influenciar e ou podem ser influenciados pelo hospital.

1. Qual o seu perfil profissional?

a) Médico (a)

b) Enfermeiro (a)

c) Técnico em enfermagem

d) Administrativo

Outro (especifique) _____

2. Sexo

a) Masculino

b) Feminino

3. Qual setor você está relacionado? Marque um X:

a) Enfermagem	g) Diretor Técnico	m) Banco de Sangue
b) Hotelaria	h) Raio X	n) Contabilidade
c) Farmácia	i) Administrativo	o) Recepção
d) Pessoal	j) Comissão de Controle e Infecção hospitalar	p) Lavanderia
e) Segurança do Trabalho	k) Fisioterapia	q) Outro (especifique)
f) Nutrição	l) Psicologia	

4. Como você vê o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e os interesses dos grupos interessados no hospital.

- ① Sem importância
- ② Pouca importância
- ③ Indiferente
- ④ Importante
- ⑤ Muito importante

5) No seu setor, como acontece o desenvolvimento de processos que reconheçam as necessidades e os interesses dos grupos interessados?

- ① Nunca acontece
- ② Acontece com pouca frequência
- ③ Acontece com frequência
- ④ Acontece com muita frequência
- ⑤ Não sei responder

6) Como você vê a necessidade e o interesse dos grupos interessados, listados a seguir, por ações do seu setor?

Stakeholder	Não utiliza	Utiliza muito pouco	Utiliza pouco	Utiliza	Utiliza muito
Indústria Farmacêutica _____	①	②	③	④	⑤
Indústria de Equipamentos Médicos _____	①	②	③	④	⑤
Indústria de Material Médico-Hospitalar _____	①	②	③	④	⑤
Saúde Suplementar _____	①	②	③	④	⑤
Instituições de Pesquisa _____	①	②	③	④	⑤
Ministério da Saúde _____	①	②	③	④	⑤
Sistema Único de Saúde – SUS _____	①	②	③	④	⑤
Médicos _____	①	②	③	④	⑤
Pacientes _____	①	②	③	④	⑤
Sindicatos _____	①	②	③	④	⑤
Organizações Não Governamentais - ONGs _____	①	②	③	④	⑤
Instituições Financeiras _____	①	②	③	④	⑤
Imprensa _____	①	②	③	④	⑤
Concorrentes _____	①	②	③	④	⑤
Associações-AHMG, AMB, ANAHP, COREN/MG, CRM/MG —	①	②	③	④	⑤

7. Como é a relação do seu setor com os *stakeholders* que utiliza pelo menos um pouco das suas ações?

Ruim	Regular	Boa	Muito boa	Ótima
①	②	③	④	⑤

8) Existe formalizado um código de conduta que estabeleça uma relação entre o hospital/setor e cada um de seus *stakeholders*? Como você percebe o seu cumprimento?

- ① Há um código, mas não é utilizado de forma alguma.
- ② Há um código, mas é utilizado de forma parcial.
- ③ Há um código e utilizado integralmente.
- ④ Não tenho conhecimento se há algum código.
- ⑤ Não há código algum.

9). No seu setor, há algum processo utilizado para o controle de necessidades ou interesses do(s) grupo(s) interessado(s) nas suas ações? Marque com um X.

- a) Sim
- b) Não

8) Se você marcou a letra “a” do item anterior, informe sucintamente (em tópicos) os processos que no seu setor são utilizados para o controle das necessidades ou interesses do(s) grupo(s) interessado(s).

APÊNDICE F – LISTA DOS HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS QUE POSSUEM HOME PAGE

UF	CNES	Estabelecimento	Home Page
AL	2006448	<u>HOSPITAL DO ACUCAR</u>	http://www.hospitaldoacucar.com.br/
AL	2007037	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO</u>	http://www.santacasademaceio.com.br/
AL	2010151	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS</u>	http://santacasadesaomiguel.com.br/
AP	2020890	<u>HOSPITAL SAO CAMILO E SAO LUIS</u>	http://www.saocamilomacapa.org.br/
BA	2470667	<u>HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA</u>	http://www.hsf.org.br/
BA	4278	<u>HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA</u>	http://www.martagaogesteira.org.br/
BA	2603292	<u>HOSPITAL MATERNIDADE DE SANTO AMARO</u>	http://www.fjs.org.br/hospital-santo-amaro/
BA	4251	<u>HOSPITAL PORTUGUES</u>	http://www.hportugues.com.br/
BA	2557509	<u>PROMATRE DE JUAZEIRO</u>	http://www.hospitalpromatre.com.br/
CE	2644975	<u>HOSPITAL BATISTA MEMORIAL</u>	http://www.hbmemorial.org/
CE	2611686	<u>HOSPITAL CURA DARS</u>	http://www.saocamilofortaleza.org.br/
CE	2328399	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSE HMJMJ</u>	http://www.hmjmj.com.br/
CE	2723220	<u>ICC INSTITUTO DO CANCER DO CEARA</u>	http://www.hospcancer-icc.org.br/
CE	2651394	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA</u>	http://www.santacasace.org.br/
CE	3021114	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL</u>	http://stacasa.com.br/site/
ES	2547821	<u>HECI HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM</u>	http://www.heci.com.br/
ES	2485729	<u>HIFA</u>	http://www.hifa.org.br/
ES	2448173	<u>HOSPITAL APOSTOLO PEDRO</u>	http://www.hospitalapostolopedro.com.br/
ES	2402882	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE DR ARTHUR GERHARDT</u>	http://hmag.org.br/website/site/Index.aspx
ES	2494442	<u>HOSPITAL EVANGELICO DE VILA VELHA</u>	http://www.evangelicovv.com.br/
ES	2532190	<u>HOSPITAL MADRE REGINA PROTSMANN</u>	http://www.acsc.org.br/casas/hospital-madre-regina-protmann/
ES	2465833	<u>HOSPITAL RIO DOCE</u>	http://www.hospitalriodoce.com.br/
ES	11738	<u>HOSPITAL SANTA RITA DE CASSIA VITORIA</u>	http://www.santarita.org.br/
ES	2499568	<u>MOVIMENTO DE EDUCACAO PROMOCIONAL DO ESPIRITO SANTO</u>	http://www.mepes.org.br/
ES	2485680	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM</u>	http://www.santacasacachoeiro.org.br/2014/
GO	2338386	<u>FUNDACAO BANCO DE OLHOS DE GOIAS</u>	http://www.fubog.org/
GO	2506815	<u>HOSPITAL DE CANCER</u>	http://www.accg.org.br/

GO	2340704	<u>HOSPITAL PRESBITERIANO DR GORDON</u>	http://www.herv.org.br/
GO	2535939	<u>HOSPITAL SAO COTTOLENGO</u>	http://www.cottolengo.org.br/
GO	2337576	<u>HOSPITAL SAO PIO X</u>	http://www.hospitalsaopiox.org.br/
GO	2361787	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANAPOLIS</u>	http://www.santacasa.org/
GO	2338351	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA</u>	http://www.santacasago.org.br/
MG	2200457	<u>ASSOCIACAO MARIO PENNA</u>	http://www.mariopenna.org.br/
MG	2117312	<u>CAETE SANTA CASA DE CAETE</u>	http://www.santacasadecaete.org.br/
MG	2764776	<u>CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA</u>	http://www.casadecaridade.com.br/
MG	4042085	<u>CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO</u>	http://www.hsp.org.br/principal/index.php
MG	2127911	<u>CASA DE CARIDADE DE OURO FINO</u>	http://www.santacasaourofino.com/
MG	2205939	<u>FUNDAJAN</u>	http://fundajan.com.br/
MG	2206382	<u>HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO</u>	http://www.gavazza.com.br/conteudo/detalhe/1
MG	2219638	<u>HOSPITAL AROLDO TOURINHO</u>	http://www.aroldotourinho.com.br/
MG	2118661	<u>HOSPITAL BOM SAMARITANO</u>	http://www.hospitalsamaritano.org.br/
MG	2180766	<u>HOSPITAL CASA DO CAMINHO</u>	http://www.casacaminho.com.br/
MG	2173166	<u>HOSPITAL CESAR LEITE</u>	http://www.hospitalcesarleite.com.br/
MG	2695324	<u>HOSPITAL DA BALEIA</u>	http://www.hospitaldabaleia.org.br/pt/index.php
MG	2164299	<u>HOSPITAL DE SAO JOAO DE DEUS</u>	http://www.hsjd.com.br/hsjd/index.asp
MG	2165058	<u>HOSPITAL DOUTOR HELIO ANGOTTI</u>	http://www.helioangotti.com.br/
MG	2153084	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS</u>	http://www.hmtj.org.br/2014/
MG	26808	<u>HOSPITAL EVANGELICO</u>	http://www.hospitalevangelicobh.org.br/he/home/
MG	26859	<u>HOSPITAL FELICIO ROCHO</u>	http://www.feliciorocho.org.br/
MG	2148293	<u>HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO</u>	http://www.himaculada.com.br/site/index.php
MG	2200422	<u>HOSPITAL MADRE TERESA</u>	http://www.hospitalmadreteresa.org.br/hmt/index.aspx
MG	2709848	<u>HOSPITAL MARGARIDA</u>	http://www.hospitalmargarida.com.br/
MG	2153025	<u>HOSPITAL MARIA JOSE BAETA REIS ASCOMCER</u>	http://www.ascomcer.org.br/
MG	2118513	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA</u>	http://www.hospitalcaratinga.com.br/webhnsa/
MG	2111640	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES</u>	http://www.ihnsd.com.br/
MG	2695375	<u>HOSPITAL PAULO DE TARSO GERIATRIA E REABILITACAO</u>	http://www.hospitalpaulodetarso.com.br/
MG	2761041	<u>HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS</u>	http://www.hrsm.com.br/
MG	2149990	<u>HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS</u>	http://www.santacasamontesclaros.com.br/

MG	2195437	<u>HOSPITAL SANTA ISABEL</u>	http://www.hospitalsantaisabel.com.br/
MG	2208172	<u>HOSPITAL SANTA ROSALIA</u>	http://hospitalsantarosalia.com.br/plus/
MG	2200902	<u>HOSPITAL SAO JOSE</u>	http://www.hospitalsaojose.org.br/
MG	2099454	<u>HOSPITAL SAO SEBASTIAO</u>	http://www.hssvicosa.com.br/
MG	26794	<u>HOSPITAL SOFIA FELDMAN</u>	http://www.sofiafeldman.org.br/
MG	2200945	<u>MARIANA HOSPITAL MONSENHOR HORTA</u>	http://hnh.org.br/portal/
MG	2163829	<u>OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO</u>	http://www.santacasaop.com.br/index/index.php
MG	2117282	<u>SABARA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SABARA</u>	http://www.santacasasabara.org.br/contato.htm
MG	2171945	<u>SANTA CASA DE ALFENAS</u>	http://santacasaalfenas.com.br/
MG	2168693	<u>SANTA CASA DE ARCOS</u>	http://www.santacasaarcos.org.br/
MG	2192020	<u>SANTA CASA DE CAMPO BELO</u>	http://santacasadecampobelo.com.br/contatos
MG	2135132	<u>SANTA CASA DE CARIDADE</u>	http://www.santacasadediamantina.com.br/
MG	2775913	<u>SANTA CASA DE MIS SAO GONCALO DO SAPUCAI</u>	http://www.scsapucaimg.com.br/
MG	2775972	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BOA ESPERANCA</u>	http://santacasaboaesperanca.xpg.uol.com.br/
MG	2127687	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA</u>	http://www.santacasaitajuba.com.br/
MG	2153882	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA</u>	http://www.santacasajf.org.br/
MG	2111659	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS</u>	http://www.santacasadelavras.com.br/
MG	2775999	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS</u>	http://www.scmp.org.br/home
MG	2209195	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO PATROCINIO</u>	http://www.santacasadepatrocinio.com.br/
MG	2129469	<u>SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS</u>	http://www.santacasapc.com.br/
MG	2138875	<u>SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA</u>	http://www.sctbarbacena.com.br/site/
MS	2536862	<u>HOSPITAL BENEFICENTE DR BEZERRA DE MENEZES</u>	http://www.hbbm.com.br/
MS	9776	<u>HOSPITAL DO CANCER PROF DR ALFREDO ABRAO</u>	http://www.hcaa.org.br/
MS	9733	<u>HOSPITAL SAO JULIAO</u>	http://www.sjuliao.org.br/
MS	2371332	<u>MISSAO CAIUA</u>	http://www.missaocaiua.org.br/atual/
MT	2534444	<u>HOSPITAL DE CANCER DE MATO GROSSO</u>	http://www.hcancer.com.br/
MT	2395037	<u>HOSPITAL SAO LUIZ</u>	http://www.acsc.org.br/casas/hospital-sao-luiz/
MT	2396866	<u>SANTA CASA</u>	http://www.santacasaronopolis.com.br/
MT	2655519	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CUIABA</u>	http://www.santacasacba.com.br/
PA	2332671	<u>HOSPITAL D LUIZ I</u>	http://www.beneficenteportuguesa.com.br/

PA	2619717	<u>HOSPITAL DA DIVINA PROVIDENCIA</u>	http://hospitaldivinaprovidencia.com.br/
PA	2678403	<u>HOSPITAL SANTO ANTONIO MARIA ZACCARIA</u>	http://www.hsamz.com.br/
PB	2399741	<u>FUNDACAO NAPOLEAO LAUREANO</u>	http://www.hlaureano.org.br/
PB	2592746	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE FLAVIO RIBEIRO COUTINHO</u>	http://www.maternidadeflavoribeiro.org.br/site/
PE	2429004	<u>APAMI DE VITORIA DE SANTO ANTAO</u>	http://apami.org.br/site/
PE	582	<u>HOSPITAL DE CANCER DE PERNAMBUCO</u>	http://www.hcp.org.br/index.php
PE	2344882	<u>HOSPITAL DO TRICENTENARIO</u>	http://www.hospitaldotricentenario.com.br/site/index.php
PE	566	<u>HOSPITAL MARIA LUCINDA</u>	http://www.hospitalmarialucinda.com/
PE	2319454	<u>HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES</u>	http://www.hmgpe.org/
PE	434	<u>IMIP</u>	http://www1.imip.org.br/
PE	2752743	<u>IMIP HOSPITALAR</u>	http://www1.imip.org.br/
PI	4009444	<u>MATERNIDADE DR MARQUES BASTO E HOSP INF DR MIROCLES VERAS</u>	http://www.spmip.org.br/institucional-spmip/conheca-nos.html
PR	2686791	<u>ASSOCIACAO HOSPITALAR BOM JESUS</u>	http://www.hbj.com.br/
PR	2577623	<u>HCL HOSPITAL DO CANCER DE LONDRINA</u>	http://www.hcl.org.br/pt/
PR	2439360	<u>HNSG HOSPITAL DA PROVIDENCIA</u>	http://hospitaldaprovidencia.org.br/site/
PR	2715864	<u>HNSG MATERNIDADE MATER DEI</u>	http://www.hnsg.org.br/responsabilidade/obrasocial.html
PR	2741989	<u>HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO</u>	http://www.hospsaovicentede paulo.com.br/
PR	2743469	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA</u>	http://www.hsr.org.br/
PR	2576341	<u>HOSPITAL REGIONAL JOAO DE FREITAS</u>	http://www.hospitaljoaodefraitas.com.br/
PR	14109	<u>HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA</u>	http://www.santacasacm.com.br/
PR	2742098	<u>HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO</u>	http://www.hsvppitanga.org.br/
PR	2576198	<u>IRMANDADE SANTA CASA DE ARAPONGAS</u>	http://www.santacasade arapongas.com.br/
PR	2730650	<u>SANTA CASA DE CAMBE</u>	http://santacasadecambe.com.br/
PR	2735989	<u>SANTA CASA DE CIANORTE</u>	http://www.santacasacianorte.com.br/
PR	2580055	<u>SANTA CASA DE LONDRINA</u>	http://www.iscal.com.br/
PR	2686953	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA</u>	http://www.scmpg.org.br/
RJ	2697041	<u>CASA DE CARIDADE DE MACAE</u>	http://www.santacasamacae.com.br/
RJ	2294923	<u>HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO</u>	http://www.hcnsc.com.br/hc/
RJ	2280477	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE DA ALDEIA</u>	http://hospitalmissao.com.br/hospital

RJ	2269899	<u>HOSPITAL MARIO KROEFF</u>	http://www.mariokroeff.org.br/
RJ	2291282	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES</u>	http://www.santacasarij.org.br/hospDores_h.htm
RJ	2272601	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO</u>	http://www.csnscom.br/i/index.php
RJ	2275635	<u>HOSPITAL SANTA TERESA</u>	http://www.hst.org.br/site/index.php
RJ	2292386	<u>HOSPITAL SAO JOSE</u>	http://www.cssj.com.br/
RJ	2278855	<u>HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI</u>	http://www.hsja.com.br/
RJ	2288885	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE RESENDE</u>	http://www.santacasaresende.org.br/santacasaresende/index.php
RJ	2295393	<u>SCMRJ HOSPITAL DA GAMBOA</u>	http://www.hospitaldagamboia.com.br/
RJ	2273535	<u>SCMRJ SANTA CASA HOSPITAL SAO ZACHARIAS</u>	http://www.santacasarij.org.br/
RJ	2287250	<u>SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA DE CAMPOS</u>	http://www.spbc.com.br/
RS	2255936	<u>HOSPITAL ANA NERY</u>	http://www.hospitalananery.com.br/
RS	2237881	<u>HOSPITAL BANCO DE OLHOS DE PORTO ALEGRE</u>	http://www.hospitalbancodeolhos.org.br/
RS	2237261	<u>HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA</u>	http://www.beneficiars.org.br/
RS	2252287	<u>HOSPITAL BRUNO BORN</u>	http://www.hbb.com.br/site/
RS	2246953	<u>HOSPITAL CRISTO REDENTOR MARAU</u>	http://www.hcrmarau.com.br/
RS	2261057	<u>HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUÍ</u>	http://www.hci.org.br/site/
RS	2244357	<u>HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTIAGO</u>	http://www.hcsantiago.com.br/
RS	2250829	<u>HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO CRISTO</u>	http://www.hcsc.com.br/portal/sobre_hcsc.php
RS	2266474	<u>HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA</u>	http://www.hcb.com.br/
RS	2235323	<u>HOSPITAL DE CARIDADE PALMEIRA DAS MISSOES</u>	http://hc.org.br/site/
RS	2263858	<u>HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO</u>	http://www.hsvpca.com.br/
RS	2232049	<u>HOSPITAL DOM JOAO BECKER</u>	http://www.hdjb.com.br/
RS	2252260	<u>HOSPITAL ESTRELA</u>	http://www.hospitalestrela.com.br/
RS	2248190	<u>HOSPITAL GERAL SANTA CASA DE URUGUAIANA</u>	http://www.santacasauruguaiana.com.br/
RS	2257556	<u>HOSPITAL MONTENEGRO 100 SUS</u>	http://www.hospitalmontenegro.com.br/
RS	2241048	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA OLIVEIRA</u>	http://www.hnso.com.br/
RS	2232014	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS</u>	http://www.gracas.org.br/
RS	2232103	<u>HOSPITAL PADRE JEREMIAS CACHOERINHA</u>	http://www.padrejeremias.com.br/
RS	2237660	<u>HOSPITAL PARQUE BELEM</u>	http://www.hospitalparquebelem.com.br/site/
RS	2792974	<u>HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO RIO PARDO</u>	http://www.fhgv.com.br/sitenovo/hospital-regional-do-vale-do-rio-pardo

RS	2254964	<u>HOSPITAL SANTA CRUZ</u>	http://www.hospitalstacruz.com.br/
RS	2259907	<u>HOSPITAL SANTO ANGELO</u>	http://www.hospitalsantalucia.com.br/
RS	2246740	<u>HOSPITAL SANTO ANTONIO</u>	http://www.hsasaude.com.br/
RS	2240335	<u>HOSPITAL SAO CARLOS</u>	http://www.hbsc.com.br/site/
RS	2259893	<u>HOSPITAL SAO LUIZ GONZAGA</u>	http://hslg.com.br/
RS	2236370	<u>HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR</u>	http://www.hssm.com.br/
RS	2257815	<u>HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO</u>	http://www.hsvosorio.com.br/wordpress/
RS	2250837	<u>HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO</u>	http://www.hsvp-3m.com.br/
RS	2232154	<u>HOSPITAL SAPIRANGA</u>	http://www.hospitalsapiranga.com.br/
RS	2241021	<u>HOSPITAL TACCHINI</u>	http://www.tacchini.com.br/
RS	3508528	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO</u>	http://www.maededeus.com.br/2010/institucional/Hospital-Universitario.aspx
RS	2253046	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA</u>	http://www.husfp.ucpel.tche.br/content/index.php
RS	2261995	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO URCAMP</u>	http://site.urcamp.tche.br/urcamp/alem-da-urcamp/hospital-universitario
RS	2254611	<u>HOSPITAL VIDA SAUDE</u>	http://www.hvidaesaude.org.br/
RS	2237849	<u>INSTITUTO DE CARDIOLOGIA</u>	http://www.cardiologia.org.br/
RS	2248220	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA</u>	http://www.santacasalivramento.com.br/
RS	2253054	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS</u>	http://www.santacasadepelotas.com.br/
SC	2522411	<u>HOSPITAL AZAMBUJA</u>	http://hospitalazambuja.com.br/site/
SC	2521873	<u>HOSPITAL BEATRIZ RAMOS</u>	http://www.hbr.com.br/website/int-bra/?
SC	2558017	<u>HOSPITAL DE CARIDADE S B J DOS PASSOS</u>	http://www.hospitallaguna.com.br/
SC	2691485	<u>HOSPITAL DE GASPAR</u>	http://www.hnsps.com.br/
SC	2522691	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN</u>	http://hospitalmarieta.org.br/
SC	2306336	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE</u>	http://www.hospitalsj.com.br/
SC	2662914	<u>HOSPITAL INFANTIL SEARA DO BEM</u>	http://www.hisb.org.br/
SC	2301830	<u>HOSPITAL MAICE</u>	http://www.hospitalmaice.com.br/
SC	2491710	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO</u>	http://www.hnsc.org.br/
SC	2568713	<u>HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE</u>	http://www.hrav.com.br/
SC	2537788	<u>HOSPITAL REGIONAL DO OESTE</u>	http://www.relatecc.com.br/hro/
SC	2411393	<u>HOSPITAL REGIONAL SAO PAULO ASSEC</u>	http://www.hrsp.com.br/new-1/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=116

SC	2302500	<u>HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR</u>	http://www.hsds.com.br/
SC	2491249	<u>HOSPITAL SANTA CRUZ DE CANOINHAS</u>	http://www.hospitantacruzdecanoinhas.com.br/
SC	2558246	<u>HOSPITAL SANTA ISABEL</u>	http://www.santaisabel.com.br/
SC	2665883	<u>HOSPITAL SANTA TERESINHA</u>	http://www.hst.net.br/
SC	2558254	<u>HOSPITAL SANTO ANTONIO</u>	http://www.hsanbnu.com.br/home/
SC	2758164	<u>HOSPITAL SAO JOSE</u>	http://www.hsjose.com.br/
SC	2560771	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA TEREZINHA</u>	http://www.hust.org.br/
SC	19402	<u>IMPERIAL HOSPITAL DE CARIDADE</u>	http://www.hospitaldecaridade.com.br/
SE	2232	<u>HOSPITAL SANTA IZABEL</u>	http://hsi-se.com.br/
SE	2745259	<u>HOSPITAL SAO PEDRO DE ALCANTARA</u>	http://www.hospitalpedrodealcantara.com.br/
SE	2503824	<u>MATERNIDADE ZACARIAS JUNIOR</u>	http://maternidadelagarto.com/
SP	2089572	<u>ASSOC CRUZ VERDE</u>	http://www.cruzverde.org.br/
SP	2076985	<u>CASA DA CRIANCA BETINHO</u>	http://www.casadacriancabetinho.com.br/
SP	2082926	<u>CASA DE SAUDE STELLA MARIS</u>	http://hospitalstellamaris.com.br/
SP	2082276	<u>CASAS ANDRE LUIZ GUARULHOS</u>	http://www.andreluiz.org.br/
SP	2079119	<u>CENTRO DE REF DA SAUDE DA MULHER DE R PRETO MATER</u>	http://www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/
SP	2082810	<u>CONDERG HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLANDIA</u>	http://www.conderg.org.br/
SP	2077507	<u>HOSP BANDEIRANTES</u>	http://www.hospitalbandeirantes.com.br/
SP	2075962	<u>HOSP DA STA CASA DE STO AMARO</u>	http://www.santacasasantoamaro.org.br/asantacasa.htm
SP	2077469	<u>HOSP DOM ANTONIO DE ALVARENGA</u>	http://hdaa.org.br/
SP	2083086	<u>HOSPITAL AMARAL CARVALHO JAU</u>	http://www.amaralcarvalho.org.br/
SP	2077388	<u>HOSPITAL AMPARO MATERNAL</u>	http://www.amparomaternal.org/
SP	2784602	<u>HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO</u>	http://www.haoc.org.br/
SP	2090961	<u>HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI MATAO</u>	http://www.hospitalmatao.com.br/
SP	2081350	<u>HOSPITAL DE PIRAJU</u>	http://www.hospitaldepiraju.com.br/
SP	2082322	<u>HOSPITAL DONA BALBINA PORTO FERREIRA</u>	http://hospitaldonabalbina.com.br/home.php?pagina=hospital
SP	2087057	<u>HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA DJALDROVAD</u>	http://hfcp.com.br/
SP	2081873	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE DE RANCHARIA</u>	http://www.hospitalhmr.com.br/
SP	2084171	<u>HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE SERTAOZINHO</u>	http://www.santacasasertaozinho.com.br/maternidade_sao_jose.php
SP	2708558	<u>HOSPITAL EVANGELICO DE SOROCABA</u>	http://www.hospitalevangalico.org.br/

SP	2081644	<u>HOSPITAL FREI GALVAO</u>	http://hospitalfreigalvao.com.br/site/
SP	2079321	<u>HOSPITAL GPACI SOROCABA</u>	http://www.gpaci.org.br/
SP	2097605	<u>HOSPITAL IELAR</u>	http://www.ielar.com.br/Hospital.asp
SP	2077582	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE</u>	http://hpiedade.com.br/
SP	2078813	<u>HOSPITAL OFTALMOLOGICO DE SOROCABA</u>	http://ares.hosbos.com.br/hos/inicial/inicial.php
SP	2089327	<u>HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA</u>	http://www.fundacaopadrealbino.org.br/hpa/
SP	9601	<u>HOSPITAL PIO XII</u>	http://www.hpioxii.com.br/hpioxii/index.aspx
SP	2754843	<u>HOSPITAL SANTO AMARO</u>	http://hsamaro.org.br/
SP	2080354	<u>HOSPITAL SANTO ANTONIO SANTOS</u>	http://www.bpsp.org.br/site/home
SP	2085194	<u>HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS</u>	http://www.hospitalsaofrancisco.org.br/
SP	2079593	<u>HOSPITAL SAO JOAO REGISTRO</u>	http://hospitalsaojoao.com.br/home/
SP	2080575	<u>HOSPITAL SAO JOAQUIM BENEFICENCIA PORTUGUESA</u>	http://www.bpsp.org.br/site/hospital-sao-jose
SP	2079569	<u>HOSPITAL SAO PAULO</u>	http://www.hospitalsaopaulo.org.br/
SP	2080923	<u>HOSPITAL SAO VICENTE DE SAO JOSE DO RIO PARDO</u>	http://scriopardo.com.br/entidade
SP	2078155	<u>HOSPITAL STELLA MARIS</u>	http://hospitalstellamaris.com.br/
SP	2077590	<u>INST BRASILEIRO DE CONTROLE DO CANCER IBCC</u>	http://www.ibcc.org.br/
SP	2091550	<u>INST CEMA DE OFTALMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA</u>	http://www.cemahospital.com.br/instituto-cema/
SP	2080125	<u>INST DO CANCER ARNALDO VIEIRA DE CARVALHO</u>	http://www.doutorarnaldo.org/
SP	9539	<u>IPMMI HOSPITAL MATERNO INFANTIL ANTONINHO DA ROCHA MARMO</u>	http://www.antoninhomarmo.com.br/
SP	2097877	<u>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS</u>	http://www.santacasadevalinhos.com.br/site/
SP	2087111	<u>IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA LORENA</u>	http://www.santacasalorena.org.br/site/
SP	2022621	<u>MATERNIDADE DE CAMPINAS</u>	http://www.maternidadedecampinas.com.br/
SP	2086050	<u>MATERNIDADE GOTA DE LEITE</u>	http://www.gotadeleite.com.br/
SP	2077647	<u>SANTA CASA DE ADAMANTINA</u>	http://www.santacasadeadamantina.com.br/site_novo/index.php
SP	2082691	<u>SANTA CASA DE ANDRADINA</u>	http://www.santacasaandradina.com.br/
SP	2078775	<u>SANTA CASA DE ARACATUBA HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS</u>	http://www.santacasadearacatuba.com.br/santacasa/novo/santacasa/santacasa.asp
SP	2081083	<u>SANTA CASA DE ASSIS</u>	http://www.santacasadeassis.org.br/
SP	2083604	<u>SANTA CASA DE AVARE</u>	http://www.santacasaavare.com.br/
SP	2791676	<u>SANTA CASA DE BARIRI</u>	http://www.santacasabariri.com.br/

SP	2078252	<u>SANTA CASA DE BIRIGUI</u>	http://www.santacasaclinicas.com.br/santacasa/
SP	2079097	<u>SANTA CASA DE CAPAO BONITO</u>	http://santacasacb.org.br/site/
SP	2748568	<u>SANTA CASA DE CAPIVARI</u>	http://capivarisocial.com.br/santacasa
SP	2750988	<u>SANTA CASA DE DRACENA</u>	http://www.santacasadracena.com.br/
SP	2093324	<u>SANTA CASA DE FERNANDOPOLIS</u>	http://santacasafernandopolis.com.br/
SP	2705982	<u>SANTA CASA DE FRANCA</u>	http://www.santacasadefranca.com.br/
SP	2026805	<u>SANTA CASA DE GUARIBA</u>	http://www.santacasaguariba.com.br/
SP	2791722	<u>SANTA CASA DE JAU</u>	http://www.santacasajau.com.br/jau/index.php
SP	2078074	<u>SANTA CASA DE LEME</u>	http://www.santacasaleme.com.br/new/
SP	2758245	<u>SANTA CASA DE LINS</u>	http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/
SP	2083116	<u>SANTA CASA DE MARILIA</u>	http://www.santacasamarilia.com.br/
SP	2751747	<u>SANTA CASA DE MAUA</u>	http://www.santacasamaua.org.br/
SP	2081512	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARATINGUETA</u>	http://www.santacasaguara.com.br/
SP	2027186	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA</u>	http://www.santacasadeitapeva.org.br/
SP	2081555	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITARARE</u>	http://www.santacasaitarare.com.br/
SP	2023709	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA</u>	http://www.santacasadeitatiba.org.br/
SP	2751704	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITUVERAVA</u>	http://www.santacasaituverava.com.br/
SP	2096412	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JACAREI</u>	http://www.santacasajacarei.com.br/
SP	2079895	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JALES</u>	http://www.santacasajales.com/
SP	3223728	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO BERNARDO DO CAMPO</u>	http://www.santacasasbc.org.br/
SP	2079135	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI</u>	http://santacasatatu.com.br/
SP	2702193	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UBATUBA</u>	http://www.santacasaubatuba.org.br/
SP	2084228	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS SJBV</u>	http://www.santacasasaojoao.com.br/
SP	2705222	<u>SANTA CASA DE MOCOCA MOCOCA</u>	http://portal.santacasamococa.org.br/
SP	2096463	<u>SANTA CASA DE MOGI GUACU</u>	http://santacasamogiguacu.org.br/
SP	2028204	<u>SANTA CASA DE MONTE ALTO</u>	http://www.sistemavida.com.br/
SP	2088487	<u>SANTA CASA DE NOVO HORIZONTE</u>	http://www.santacasanh.com.br/
SP	2082845	<u>SANTA CASA DE OLIMPIA</u>	http://www.santacasaolimpia.com.br/
SP	4049020	<u>SANTA CASA DE OURINHOS</u>	http://www.santacasadeourinhos.com.br/
SP	2082519	<u>SANTA CASA DE PARAGUACU PAULISTA</u>	http://hospitalparaguacu.com.br/
SP	2791749	<u>SANTA CASA DE PEDERNEIRAS</u>	http://santacasapederneiras.com.br/
SP	2078503	<u>SANTA CASA DE PENAPOLIS</u>	http://www.santacasadepenapolis.com.br/

SP	2755092	<u>SANTA CASA DE PINDAMONHANGABA</u>	http://www.santacasapindamonhangaba.com.br/
SP	2772310	<u>SANTA CASA DE PIRACICABA</u>	http://www.santacasadepiracicaba.com.br/
SP	2785382	<u>SANTA CASA DE PIRASSUNUNGA</u>	http://www.santacasapirassununga.com.br/
SP	2078139	<u>SANTA CASA DE PRESIDENTE VENCESLAU</u>	http://www.santacasapv.com.br/santacasa/home.asp
SP	2082888	<u>SANTA CASA DE RIO CLARO</u>	http://santacasaderioclaro.com.br/
SP	2080931	<u>SANTA CASA DE SAO CARLOS</u>	http://www.santacasasaocarlos.com.br/
SP	2080044	<u>SANTA CASA DE SAO JOAQUIM DA BARRA</u>	http://gruposantacasa.com.br/#popup
SP	2708779	<u>SANTA CASA DE SOROCABA</u>	http://www.santacasasaudesorocaba.com.br/
SP	2079860	<u>SANTA CASA DE SUZANO</u>	http://santacasadesuzano.com.br/
SP	2078295	<u>SANTA CASA DE TAQUARITINGA</u>	http://www.santacasatq.com.br/santacasa/
SP	2080664	<u>SANTA CASA DE TUPA</u>	http://santacasatupa.org.br/
SP	2699915	<u>SANTA CASA DE VINHEDO</u>	http://www.stacasavinhedo.com.br/
SP	2081377	<u>SANTA CASA DE VOTUPORANGA</u>	http://www.santacasavotuporanga.com.br/
SP	2078902	<u>SANTA CASA PILAR DO SUL</u>	http://www.santacasapilardosul.org/
SP	2091267	<u>SANTA CASA SANTA RITA DO PASSA QUATRO</u>	http://www.santacasasrpq.com.br/stacasanovo/
SP	2084252	<u>SOBRAPAR CAMPINAS</u>	http://www.sobrapar.org.br/
SP	2087103	<u>SOCIEDADE OPERARIA HUMANITARIA LIMEIRA</u>	http://www.humanitaria.com.br/
TO	2755165	<u>HOSPITAL DOM ORIONE</u>	http://www.hospitalorione.com.br/Default2.aspx

APÊNDICE G – LISTA DE HOSPITAIS ESCOLAS QUE POSSUEM HOME PAGE

UF	CNES	ESTABELECIMENTO	Home Page
AM	2013606	FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL	http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/default.asp
AM	2012685	FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE	http://www.fhaj.am.gov.br/
AM	2018403	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES	http://www.ufam.edu.br/index.php/2013-02-03-08-19-16/hospital-universitario-francisca-mendes-hufm
AM	2017644	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETULIO VARGAS	http://www.hugv.ufam.edu.br/
BA	3875	HOSPITAL ANA NERY	http://www.han.net.br/
BA	3859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	http://www.saude.ba.gov.br/hgrs/
BA	3816	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS	http://www.complexohupes.ufba.br/
BA	4731	MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA	http://www.mco.ufba.br/
CE	2497654	HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	http://www.hgf.ce.gov.br/
CE	2563681	HIAS HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	http://www.hias.ce.gov.br/
CE	2479214	HM HOSPITAL DE MESSEJANA DR CARLOS ALBERTO STUDART GOMES	http://www.ceara.gov.br/?secretaria=HM&endereco=http://www.hm.ce.gov.br/
CE	2785900	HOSPITAL GERAL DR WALDEMAR ALCANTARA	http://www.ceara.gov.br/?secretaria=HGWA&endereco=http://www.hgwa.ce.gov.br/
CE	2561417	HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS	http://www.hsj.ce.gov.br/
CE	2561492	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO	http://www.huwc.ufc.br/
CE	2481286	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	http://www.meac.ufc.br/
DF	10510	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA	http://www.hub.unb.br/
DF	10464	HRAN	http://sindsaude.org.br/portal/hran.html
DF	2645157	HRPA	http://www.hrpa.org.br/
GO	2338424	HOSPITAL DAS CLÍNICAS	https://www.hc.ufg.br/
GO	2338734	HOSPITAL GERAL DE GOIÂNIA DR ALBERTO RASSI	http://www.hospitalalbertorassi.org.br/
MA	2726653	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HUUFMA	http://www.huufma.br/site/#.VLucAEfT8
MG	2127989	HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO POUSO ALEGRE	http://www.hcsl.edu.br/
MG	27049	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	http://www.hc.ufmg.br/
MG	2206595	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM	http://www.uftm.edu.br/hospitaldeclinicas/apresentacao
MG	2146355	HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA	http://www.hc.ufu.br/

MG	27863	<u>HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES</u>	http://www.hrtn.fundep.ufmg.br/
MG	2171988	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO</u>	http://www.alziravelano.com.br/
MG	2218798	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UFJF</u>	http://www.ufjf.br/hu/
MS	9725	<u>HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL</u>	http://www.hrms.ms.gov.br/
MS	9709	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN</u>	http://www.nhu.ufms.br/v2/index.php?option=com_content
PA	2333031	<u>HOSPITAL DE CLINICAS GASPAR VIANA</u>	http://www.gasparvianna.pa.gov.br/
PA	2334321	<u>HOSPITAL OPHIR LOYOLA</u>	http://www.ophirloyola.pa.gov.br/
PA	2332981	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAO DE BARROS BARRETO</u>	http://www.barrosbarreto.ufpa.br/
PA	2752700	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA</u>	http://www.santacasa.pa.gov.br/index.php
PE	655	<u>HOSPITAL DA RESTAURACAO</u>	http://www.hr.saude.pe.gov.br/
PI	2726971	<u>HOSPITAL GETULIO VARGAS</u>	http://www.hgv.pi.gov.br/index.php
PR	2384299	<u>HOSPITAL DE CLINICAS</u>	http://www.hc.ufpr.br/
PR	15369	<u>HOSPITAL DO TRABALHADOR</u>	http://www.hospitaldotrabalhador.saude.pr.gov.br/
PR	15563	<u>HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRINCIPE</u>	http://pequenoprincipe.org.br/hospital/
PR	2738309	<u>HOSPITAL SAO LUCAS FAG</u>	http://www.saolucascascavel.com/
PR	15245	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA</u>	http://www.evangelico.org.br/
PR	2587335	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA</u>	http://www.hum.uem.br/
PR	2781859	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA</u>	http://www.uel.br/hu/portal/
PR	2686953	<u>SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PONTA GROSSA</u>	http://www.scmpg.org.br/
RJ	2798662	<u>HGNI</u>	http://www.hgni.saude.gov.br/
RJ	2275562	<u>HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO</u>	http://www.alcidescarneiro.com/
RJ	2287447	<u>HOSPITAL ESCOLA ALVARO ALVIM</u>	http://www.heaa.com.br/
RJ	25143	<u>HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL</u>	http://www.portalvr.com/hmr/
RJ	12505	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO</u>	http://rede.huap.uff.br/huap/
RJ	2708353	<u>IFF FIOCRUZ</u>	http://www.iff.fiocruz.br/
RJ	2288338	<u>INI FIOCRUZ</u>	http://www.ini.fiocruz.br/

RJ	2269988	<u>MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO</u>	http://www.hse.rj.saude.gov.br/
RJ	2280132	<u>MS INC INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA</u>	http://www.inc.saude.gov.br/
RJ	2273462	<u>MS INCA HOSPITAL DO CANCER III</u>	http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=181
RJ	2273276	<u>MS INST NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD</u>	http://www.into.saude.gov.br/
RJ	2269783	<u>UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO</u>	http://www.hupe.uerj.br/
RJ	2280167	<u>UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO</u>	http://www.hucff.ufrj.br/
RJ	2269430	<u>UFRJ INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DA UFRJ IPUB</u>	http://www.ipub.ufrj.br/portal/
RJ	2270021	<u>UFRJ MATERNIDADE ESCOLA</u>	http://www.me.ufrj.br/portal/index.php
RS	2265060	<u>HOSPITAL CRISTO REDENTOR SA</u>	http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades_hcr
RS	2237601	<u>HOSPITAL DE CLINICAS</u>	http://www.hcpa.ufrgs.br/
RS	2237571	<u>HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA</u>	http://www.ghc.com.br/
RS	2707675	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR</u>	http://www.hu.furg.br/
SC	2691868	<u>HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMAO</u>	http://www.saude.sc.gov.br/hijg/
SC	2436450	<u>HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT</u>	http://hrhds.blogspot.com.br/
SC	3157245	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO</u>	http://www.hu.ufsc.br/
SE	2534	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO</u>	http://hospital.ufs.br/
SP	2077574	<u>CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO</u>	http://www.hospitalmandaqui.com.br/home/Default.aspx
SP	2081695	<u>CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA</u>	http://www.chshospital.com.br/home/index.htm
SP	2078015	<u>HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO</u>	http://www.hc.fm.usp.br/
SP	2071568	<u>HC DA FMUSP INSTITUTO DO CORACAO INCOR SAO PAULO</u>	http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/
SP	2025361	<u>HOSPITAL ANCHIETA</u>	http://www.hospitalanchieta.com.br/
SP	2079798	<u>HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS</u>	http://www.hc.unicamp.br/
SP	2748223	<u>HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU</u>	http://www.hcfmb.unesp.br/
SP	2082187	<u>HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO</u>	http://www.faeпа.br/Html/Default.asp
SP	2790602	<u>HOSPITAL ESTADUAL BAURU</u>	http://www.heb.bauru.unesp.br/

SP	2080273	<u>HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE</u>	http://www.hospitalmariocovas.org.br/
SP	2083981	<u>HOSPITAL ESTADUAL SUMARE</u>	http://www.hes.unicamp.br/
SP	2081490	<u>HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS</u>	http://www.hmmg.sp.gov.br/
SP	2076926	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO</u>	http://www.hu.usp.br/
SP	5860490	<u>HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MARILIA</u>	http://www.abhu.com.br/
SP	2088495	<u>INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA IDPC SAO PAULO</u>	http://www.idpc.org.br/?Fuseaction=Home
SP	2028840	<u>INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMILIO RIBAS SAO PAULO</u>	http://www.emilioribas.sp.gov.br/
SP	6123740	<u>INSTITUTO DO CANCER DO ESTADO DE SAO PAULO</u>	http://www.icesp.org.br/

APÊNDICE H – CARTA BÁSICA COM UM PEDIDO DE DOAÇÕES

FAZER O BEM SEM OLHAR A QUEM

Caro amigo (a),

De acordo com a Lei 12.101 de 27/11/2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, a Instituição deve ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60%.

A realidade do Hospital “Fazer o bem sem olhar a quem” é de 100% do atendimento gratuito à população, iniciando o ano de 2015 com 603 pacientes.

A nossa missão: “Gerar qualidade de vida material e espiritual à pessoa com deficiência intelectual”.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha repassado para o hospital os recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde e os valores aprovados da produção SUS, para continuar este trabalho importante e gratificante, **precisamos da sua ajuda!**

Pode ser que você tenha plano de saúde, ou mesmo condição financeira para o custeio de suas necessidades na área da saúde. Mas, isto não é a realidade de todos. A grande massa da população brasileira é dependente do SUS. Como os valores repassados, por este sistema, não pagam totalmente os procedimentos hospitalares necessários a promover um atendimento digno as pessoas carentes, **precisamos da sua ajuda para continuarmos ajudando a quem precisa!**

Pode ser, também, que você nem precise de um hospital para tratar de deficiência intelectual, por não ter ninguém em casa com esta limitação. Mas, há muitas famílias que sofrem com esta situação e que são altamente dependentes da benevolência de outrem. Portanto, **precisamos da sua ajuda para ajudarmos mais!**

Por favor, use o envelope fechado e dê o que puder hoje! Seu dom generoso pode fazer toda a diferença para a saúde e bem-estar dos menos favorecidos.

PESQUISA

1) Gênero:

1 Masculino

2 Feminino

2) O que faria com esse pedido se o recebesse pelo correio:

1 Jogava fora

2 Lia-o com consideração séria

3 Lia-o sem consideração séria

3) A quantidade de informações contidas neste documento é suficiente para a sua decisão em doar?

Discordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

Concordo totalmente

4) Você considera o desempenho das atividades da Instituição uma performance de

Discordo totalmente

1 2 3 4 5 6 7

Concordo totalmente

Você faria uma doação de R\$5,00 no futuro para este hospital? 1 Sim 2 Não

5) Que parte do pedido de doação foi mais informativa para você?

6) Escolha e marque com um X apenas uma das alternativas e faça o que se pede:

1 Fique com o chocolate para você. Entregue apenas o formulário ao professor e está dispensado.

2 Devolva o chocolate que ganhou, com isso estará doando ao Hospital “Fazer o bem sem olhar a quem”, o equivalente a R\$5,00. Entregue apenas o chocolate e o formulário ao professor e está dispensado.

MUITO OBRIGADO!

APÊNDICE I – INFORMAÇÕES SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS E AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBIL-FINANCEIRAS

FAZER O BEM SEM OLHAR A QUEM

Nosso esforço e nossas realizações são divulgadas

Algumas coisas nossos apoiantes devem saber

Estamos verdadeiramente fazendo a diferença positiva na vida de muitas pessoas no Brasil. Aqui estão alguns exemplos de como nós melhoramos a condição de vida das pessoas:

TIPO DE DEFICIÊNCIA

DEFICIÊNCIA	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
Intelectual Grave	219	36%
Intelectual Leve	12	2%
Intelectual Moderada	81	13%
Intelectual Não Especificada	53	9%
Intelectual Profunda	234	39%
Varição Normal de Inteligência	6	1%

TEMPO DE INTERNAÇÃO

IDADE	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
0 a 10 anos	85	14%
11 a 20 anos	34	6%
21 a 30 anos	143	24%
31 a 40 anos	163	27%
41 a 50 anos	176	29%
+ de 50 anos	4	1%

FAIXA ETÁRIA

ANOS	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
0 a 10	7	1%
11 a 20	26	4%
21 a 30	61	10%
31 a 40	218	36%
41 a 50	170	28%
+ de 50	123	20%

CONSULTAS POR ESPECIALIDADES MÉDICAS

UNIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE
Anestesiologia	43
Clínica Médica	11.758
Cardiologia	198
Cirurgia Geral	653
Dermatologia	505
Fisiatria	34
Ginecologia	302
Infectologia	50
Neurologia	1.127
Ortopedia	125
Otorrinolaringologia	151
Pneumologia	861
Psiquiatria	560
Urologia	180
Plantonista	3.110
Homeopatia	71
TOTAL	19.728

A EQUIPE DE ENFERMEIROS, TÉCNICOS, AUXILIARES E CUIDADORES, REALIZAM ATENDIMENTO INTEGRAL VOLTADO PARA ASSISTÊNCIA QUE SUPRE AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

ATENDIMENTO/ PROCEDIMENTO	
UNIDADE DE LONGA PERMANÊNCIA	AMBULATÓRIO
13.466	5.060

CONTABILIZAÇÃO DO TRABALHO VOLUNTÁRIO

Voluntários Ativos	492
Horas trabalhadas	29.491
Atividades com o paciente (recreação, alimentação, bem-estar, odontologia, acupuntura e fisioterapia)	23.950
Participação em eventos e atividades nas áreas administrativas e operacionais	1.219

Pelo “Fazer o bem sem olhar a quem”, também estamos contentes da forma como gerimos os nossos fundos. Comprometemo-nos a ser diligentes em nossa responsabilidade fiduciária e na nossa captação de recursos de baixo custo.

Aqui está um quadro com as nossas demonstrações financeiras.

BALANÇOS PATRIMONIAIS			
ATIVO		PASSIVO	
CIRCULANTE		CIRCULANTE	
Caixa e equivalentes de caixa - sem restrição	570.120	Fornecedores	2.751.733
Aplicações financeiras - sem restrição	03 12.126.625	Obrigações sociais	07 3.257.148
Contas a receber	04 6.114.045	Obrigações fiscais	08 454.691
Estoques	1.600.440	Provisão de férias e encargos	4.964.746
Despesa de exercício seguinte	150.547	Empréstimos e financiamentos	160.131
Adiantamento a fornecedores	432.508	Projetos a executar	68.896
Outros ativos circulantes	05 1.495.884	Outras passivos circulantes	404.385
Total ativo circulante	22.490.169	Total passivo circulante	12.061.730
NÃO CIRCULANTE		NÃO CIRCULANTE	
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO			
Depósitos judiciais	36.574	Empréstimos e financiamentos	11 33.541
Investimento	2.599.145	Contingências a pagar	81.670
Imobilizado	06 10.200.705	Outras passivos não circulantes	-
Total ativo não circulante	12.836.424	Total passivo não circulante	115.211
TOTAL DO ATIVO	35.326.593	PATRIMÔNIO LÍQUIDO	
		Patrimônio líquido	23.149.652
		Total do patrimônio líquido	23.149.652
		TOTAL DO PASSIVO E DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO	35.326.593
DEMONSTRAÇÃO DO RESULTADO		AUDITORES INDEPENDENTES	
RECEITAS		OPINIÃO	
Receita de doações	09 29.427.257	<p>Em nossa opinião, as demonstrações financeiras acima referidas apresentam adequadamente, em todos os aspectos relevantes, a posição patrimonial e financeira do FAZER O BEM SEM OLHAR A QUEM 31 de dezembro de 2014, o desempenho de suas operações e os seus fluxos de caixa para o exercício findo naquela data, de acordo com as práticas contábeis adotadas no Brasil.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>SGS Auditores Independentes CRC 2.378/29.271/0-9</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>PROFESSOR CARLOS CRC 149.185.83/0-8</p> </div> </div>	
Receita de subvenção e convênios específicos	10 26.872.795		
Receita dos mercatudos	44.224.868		
Receitas financeiras	1.170.335		
Resultado de equivalência patrimonial	(446.438)		
Subvenção - LOAS	4.865.219		
Trabalho Voluntário	297.849		
Outras receitas	5.606.692		
Total das receitas	112.018.577		
DESPESAS			
Salários e encargos	(62.900.667)		
Materiais de consumo e manutenção	(15.954.949)		
Administrativas e gerais	(19.843.232)		
Gêneros alimentícios	(3.382.493)		
Medicamentos	(2.327.544)		
Publicidade	(2.720.928)		
Depreciações	(907.515)		
Trabalho Voluntário	(297.849)		
Financeiras	(1.203.135)		
Total das despesas	(109.538.312)		
Superávit/déficit operacional	(2.480.265)		
Outras Receitas/(despesas) Operacionais			
Resultado na Alienação imobilizado	2.530.583		
Total de outras receitas/(despesas)	2.530.583		
SUPERÁVIT/(DEFICIT) DO EXERCÍCIO	5.010.848		

INTENÇÃO E A PRÁTICA DOS GESTORES NOS HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS EM COMPARAÇÃO COM OS GESTORES DE EMPRESAS BRASILEIRAS DE CAPITAL FECHADO

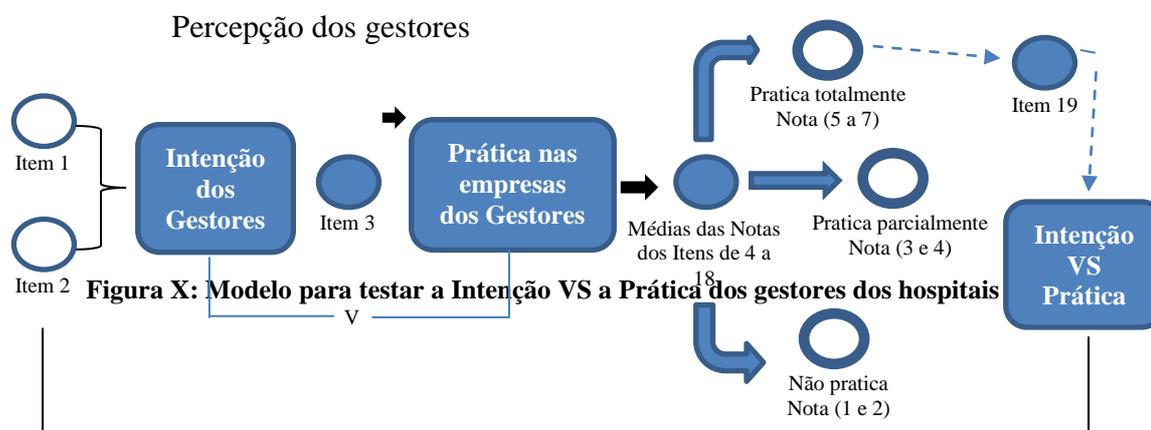
Ultimamente, o cenário enfrentado pelas organizações tem sido de grandes e crescentes exigências de responsabilidade social, concomitantemente ao ambiente de extrema competitividade que exige, urgentemente, medidas para gerar ganhos de rentabilidade (Spers & Passos, 2014). Para as organizações hospitalares sem fins lucrativos a necessidade é sobreviver para continuar prestando serviços à sociedade.

Spers e Passos (2014), replicaram – no contexto brasileiro – um composto adaptado do estudo de Halal (1998), referente à colaboração dos *stakeholders* na visão de gestores de empresas de capital fechado, com a escala adaptada de Carter e Jennings (2002), referente às práticas de responsabilidade social junto aos fornecedores. Spers e Passos (2014) convidaram 5.084 empresas para participarem deste estudo, porém, 149 aceitaram a responder a pesquisa, sendo que apenas 8 não se identificaram (taxa de 2,7% de retorno). Focou-se em uma abordagem descritivo-empírica, em que deu ênfase no papel dos administradores e na sua percepção à cerca dos atributos, da legitimidade e da relevância dos interesses dos *stakeholders*.

Promovemos, nesta fase desta pesquisa, uma adaptação da proposta dos pesquisadores Spers e Passos (2014) com o fim de identificar qual a percepção dos administradores dos hospitais beneficentes quanto à colaboração com os *stakeholders*. Assim, pode-se questionar: como os gestores dos hospitais beneficentes brasileiros percebem a colaboração com os *stakeholders*?

Para este estudo foram calculadas as médias para cada uma das 18 ações (Anexo) relacionadas aos *stakeholders* com base no estudo de Spers e Passos (2014). Foi necessária uma adaptação da escala aqui adotada, de 1 a 7 pontos, para a escala adotada por Spers e Passos (2014), de 1 a 10 pontos. Portanto, para cada ponto da nossa escala (1-7) considerou-se um ponto proporcional correspondente da escala utilizada por Spers e Passos (1-10): 7 = 10; 6 = 8,6; 5 = 7,1; 4 = 5,7; 3 = 4,3; 2 = 2,9; e 1 = 1,4. Assim, foram desmembradas em três categorias por conveniência para o tratamento dos resultados: (1 e 2 ou 1,4 a 2,9) não pratica; (3 e 4 ou 4,3 a 5,7) pratica parcialmente; e (5 a 7 ou 7,1 a 10) pratica totalmente. Para comparar as médias entre este estudo e o estudo de Spers e Passos (2014) foi utilizado o teste *T de Student* (bi-caudal). O objetivo, aqui, foi verificar se há diferença entre as médias dos pontos atribuídos aos itens respondidos pelos gestores dos hospitais participantes da pesquisa.

As respostas dos três principais questionamentos realizados neste estudo foram obtidas através da comparação dos percentuais entre os itens “O hospital se esforça para colaborar com os *stakeholders* importantes (por exemplo: Médicos, pacientes, SUS, Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos, Indústria Médico-Hospitalar, Ministério da Fazenda, Instituto de pesquisa e outros grupos)” (Item 1) e “O principal objetivo do hospital é servir aos interesses dos *stakeholders* importantes, incluindo a sua sustentabilidade financeira” (Item 2), que revelam a intenção da organização hospitalar em relação à prática colaborativa junto ao *stakeholder*. Com o item 3 “Além da sustentabilidade financeira, o desempenho do hospital é avaliado por um sistema que avalia o quanto os *stakeholders* estão sendo bem servidos”, item central que revela a prática pelo hospital desta colaboração, uma vez que a organização hospitalar alega ter um sistema de avaliação das intenções anteriores, conforme o modelo da Figura X. Para comparar a intenção e a prática dos gestores dos hospitais, o item 19 “O sistema de captação de fundos para o financiamento das atividades do hospital tem sido suficiente para a sua sobrevivência”, apresenta, segundo os gestores dos hospitais, que em média disseram praticar totalmente (5 a 7 ou 7,1 a 10) os itens de 4 a 18.



Entre os dias 4 de abril a 25 de maio de 2015, foram enviados convites, via *SurveyMonkey*, para 210 hospitais através de *e-mails*. Disponibilizamos, também, o *link* da pesquisa em 291 “fale conosco” disponíveis nos sites institucionais hospitalares e em 51 páginas de *Facebook* de hospitais. Portanto, foram convidados, no total, 552 hospitais para participarem desta pesquisa, dos quais 45 (8%) acessaram o sistema *SurveyMonkey*. No entanto, apenas 22 (4%) responderam todos os itens.

Os registros constam que 53% dos respondentes que acessaram o sistema *SurveyMonkey*, são do sexo feminino, 45% masculino e 2% não identificou. 65% possuem Pós-Graduação, 31% Ensino Superior, 2% Ensino Médio e 2% não informou.

47% assume o cargo de Gerente/Supervisor, 36% Analista/Técnico/Assessor, 11% Diretor, 4% Provedor e 2% não informou. Os respondentes que acessaram o sistema representam 42% de Hospitais de médio porte (de 51 a 150 leitos), 34% de Hospitais de grande porte (de 151 a 500 leitos), 9% de Hospitais de pequeno porte (de 1 até 50 leitos), 2% de Hospitais de capacidade extra (acima de 500 leitos) e 9% não identificou. Quanto ao serviço prestado, 54% dos respondentes são de alta complexidade (com pelo menos um serviço de alta complexidade), 22% são de média complexidade, 11% de baixa complexidade e 13% não informou. Quanto a categoria, 62% disseram ser beneficente e sem fins lucrativos, 11% público, 5% privado e 22% não informou. A figura Y mostra, por categoria, as doações sobre as receitas segundo os respondentes.

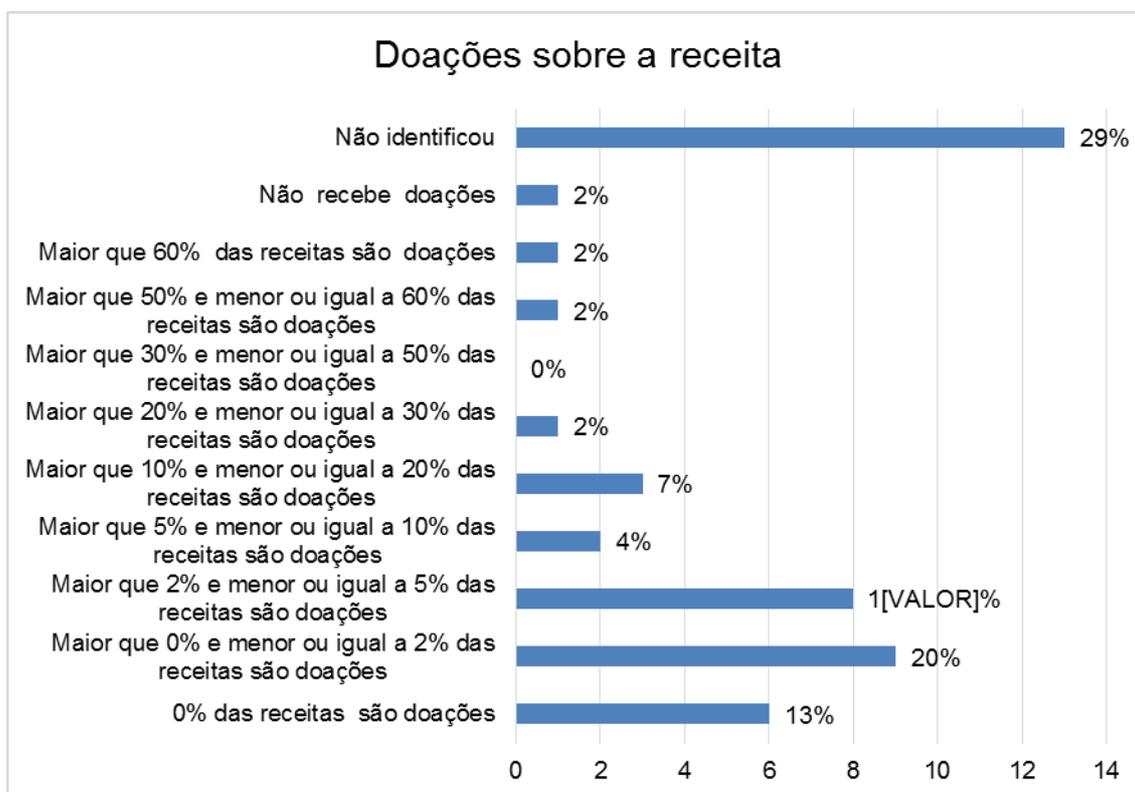


Figura Y: Doações sobre a receita

Segundo os gestores respondentes do inquérito (Tabela X) 92,31% dos hospitais que compôs a amostra afirmaram que a sua organização se esforça para colaborar com seus *stakeholders*, 84% confirmam que o objetivo principal da empresa é servir aos interesses dos *stakeholders*, incluindo a sua sustentabilidade financeira, entretanto, apenas 62,5% dos hospitais disseram que usam um sistema formal para avaliar o quanto os seus *stakeholders* estão sendo bem atendidos; 62,5% apenas dos respondentes, afirmaram que seus hospitais possuem uma administração participativa, em que há representantes dos *stakeholders* na gestão hospitalar, mas 62,67% consideram que o estilo de gestão de liderança é participativo e 75% assumiram que há consenso nas

decisões importantes entre os interessados.

Tabela X: Ações gerais junto aos *stakeholders* dos hospitais em comparação com os gestores das empresas de capital fechado no Brasil

Ações gerais junto aos <i>stakeholders</i>	Pratica totalmente		Pratica parcialmente		Não pratica		Média de Pontos	
	Hosp. (5 a 7)	Brasil	Hosp. (3 e 4)	Brasil	Hosp. (1 e 2)	Brasil	Hosp.	Brasil
1) O hospital se esforça para colaborar com os <i>stakeholders</i> importantes (por exemplo: Médicos, pacientes, SUS, Indústria Farmacêutica, Indústria de Equipamentos Médicos, Indústria Médico-Hospitalar, Ministério da Fazenda, Instituto de pesquisa e outros grupos).	92,31%	80,85%	3,85%	17,73%	3,85%	1,42	8,68	7,86
2) O principal objetivo do hospital é servir aos interesses dos <i>stakeholders</i> importantes, incluindo a sua sustentabilidade financeira.	84,00%	78,72%	8,00%	20,57%	8,00%	0,71%	7,94	7,94
3) Além da sustentabilidade financeira, o desempenho do hospital é avaliado por um sistema que avalia o quanto os <i>stakeholders</i> estão sendo bem servidos.	62,50%	52,48%	20,83%	26,95%	16,67%	20,57%	6,42	5,91
4) Os empregados ou outros importantes <i>stakeholders</i> são convidados ou têm representatividade na administração do hospital.	62,50%	54,61%	20,83%	24,82%	16,67%	20,57%	6,60	5,94
5) O estilo de gestão de liderança é participativo na maioria dos casos.	66,67%	62,41%	25,00%	25,53%	8,33%	12,06%	7,38	6,67
6) As decisões importantes são discutidas entre os interessados para chegar a um consenso.	75,00%	72,34%	16,67%	19,15%	8,33%	8,51%	7,40	7,24

Fonte: Adaptação da escala de Spers & Passos (2014, p.9)

A tabela Y apresenta a prática dos hospitais junto aos seus *stakeholders*, que

segundo os respondentes apenas 31,82% dos hospitais que compõem a amostra possuem equipes autogeridas e quanto à remuneração, somente 54,55% é baseada totalmente no desempenho do trabalhador. Já o acesso razoável, aos funcionários, das informações se estabelece para 22,73% dos respondentes e que 40,91% desses hospitais realizam, periodicamente, pesquisa de satisfação e clima com os empregados. A opinião dos clientes, quanto aos serviços prestados, é considerada pelos gerentes em apenas 54,55% dos hospitais, segundo os respondentes, e para 54,55% das respostas afirmaram que as propagandas e *folders* são compostos de informações úteis para os usuários. Para 81,82% dos entrevistados, a satisfação dos clientes passa por avaliação por meio de pesquisa em caixas de sugestões ou mesmo entrevistas. Ao observarmos as médias dos pontos, verificamos que todos os itens (1 a 6) são considerados como que pratica totalmente, já que as médias das notas ficaram entre 5 e 7, conforme a **figura X**.

Tabela Y: Prática junto aos *stakeholders* dos hospitais I

Prática junto aos <i>stakeholders</i>	Prática totalmente		Prática parcialmente		Não pratica		Média de Pontos	
	Hosp. (5 a 7)	Brasil	Hosp. (3 e 4)	Brasil	Hosp. (1 e 2)	Brasil	Hosp.	Brasil
7) Equipes autogeridas escolhem seus líderes, seus métodos de trabalho, seus colegas de trabalho e outros aspectos de seu trabalho.	31,82%	31,01%	18,18%	32,56%	50,00%	36,43%	4,99	4,53
8) A remuneração é baseada totalmente no desempenho do trabalhador.	54,55%	41,86%	18,18%	37,98%	27,27%	20,16%	3,91	5,63
9) Os funcionários têm acesso razoável a todas as informações do hospital.	22,73%	49,61%	22,73%	33,33%	54,55%	17,05%	6,05	6,09
10) Pesquisas de satisfação e de clima com os empregados são realizadas periodicamente.	40,91%	41,09%	22,73%	17,05%	36,36%	41,86%	5,03	4,74
11) Funcionários e gerentes solicitam a opinião dos clientes sobre serviços prestados.	54,55%	56,59%	18,18%	26,36%	27,27%	17,05%	5,77	6,26
12) Propagandas, folders e manuais oferecem informações úteis aos clientes ao invés de afirmações exageradas.	54,55%	69,77%	27,27%	18,60%	18,18%	11,63%	6,34	7,30
13) A satisfação do cliente é avaliada por pesquisas, caixa de reclamações/sugestões, entrevistas, etc.	81,82%	52,71%	4,55%	20,16%	13,64%	27,13%	7,39	5,72

Fonte: Adaptação da escala de Spers & Passos (2014, p.9)

A Tabela Z, na sequência, apresenta as principais práticas junto ao *stakeholder* fornecedor em que as principais práticas de colaboração e responsabilidade social ainda são praticadas apenas por um percentual da amostra. Apenas 22,73% dos hospitais que constituem a amostra solicitam aos seus fornecedores a redução do material de embalagem, mostrando uma preocupação com a questão ecológica e 22,73% destas

organizações compram de fornecedores que representam as etnias de menor expressão da sociedade. Apenas 14,29% dos respondentes se preocupam com a garantia de não exploração dos funcionários de seus fornecedores e 72,73% desses hospitais conseguem obter produtos de fornecedores que são de qualidade superior. Mas, apenas 40,91% dos participantes desta pesquisa afirmaram acreditar que seus fornecedores estão preocupados com o bem-estar de seu hospital. Ao observarmos as médias dos pontos, verificamos que enquanto os itens 9, 12 e 13, com média entre 5 e 7, são considerados pelos respondentes que praticam totalmente, os itens 7, 8 10 e 11, com médias entre 3 e 4, praticam parcialmente.

Tabela Z: Prática junto aos *stakeholders* II

Prática junto aos <i>stakeholders</i>	Prática totalmente		Prática parcialmente		Não pratica		Média de Pontos	
	Hosp. (5 a 7)	Brasil	Hosp. (3 e 4)	Brasil	Hosp. (1 e 2)	Brasil	Hosp.	Brasil
14) Pede aos fornecedores que reduzam o material de embalagem.	22,73%	34,88%	27,27%	26,36%	50,00%	38,76%	3,95	4,49
15) Compra de fornecedores que são minorias étnicas, de mulheres ou gays que possuam empresa.	22,73%	37,98%	40,91%	23,26%	36,36%	38,76%	4,71	4,81
16) Visita as instalações dos fornecedores para garantir que eles não estão explorando trabalhadores.	14,29%	43,41%	33,33%	20,16%	52,38%	36,43%	3,82	4,84
17) Seu hospital tem sido capaz de obter produtos ou serviços de fornecedores que são de qualidade superior.	72,73%	77,52%	13,64%	17,83%	13,64%	4,65%	6,90	7,56
18) Na tomada de decisões importantes, você acredita que os fornecedores de seu hospital estão preocupados com o bem estar de seu hospital.	40,91%	51,16%	18,18%	35,66%	40,91%	13,18%	5,20	6,22

Fonte: Adaptação da escala de Spers & Passos (2014, p.9)

Por fim, a tabela W apresenta a percepção dos gestores dos hospitais pesquisados sobre o sistema de captação de fundos a fim de financiar o funcionamento hospitalar como suficiente para a sua sobrevivência. Apenas 22,73% dos respondentes afirmaram que seus hospitais possuem um sistema de captação de fundos capaz de financiar suas atividades com vista à sobrevivência organizacional. Ao analisarmos as médias, verificamos que os itens 14, 15 e 16, com médias entre 3 e 4, são considerados pelos respondentes que praticam parcialmente, enquanto que os itens 17 e 18, com médias entre

5 e 7, praticam totalmente.

Tabela W: Prática junto aos *stakeholders* III

Prática junto aos <i>stakeholders</i>	Pratica totalmente (5 a 7)	Pratica parcialmente (3 e 4)	Não pratica (1 e 2)	Média de Pontos
19) O sistema de captação de fundos para o financiamento das atividades do hospital tem sido suficiente para a sua sobrevivência.	22,73%	9,09%	68,18%	3,54

Fonte: Adaptação da escala de Spers & Passos (2014, p.9).

Ao analisarmos se o sistema de captação de fundos garante o financiamento das atividades suficientemente para a sua sobrevivência do hospital, verificamos que 68,18% dos entrevistados responderam que em seus hospitais este item não pratica, ou seja, o sistema de captação de fundos não é suficiente para financiar as atividades dos hospitais para a sua sobrevivência, enquanto que 9,09% pratica parcialmente e 22,73% pratica totalmente. Ao analisarmos a média dos pontos, verificamos que 3,54 está entre a categoria 3 e 4, conforme apresenta a figura X, que o hospital pratica parcialmente, em média, este item.

Teste *t student*

Teste-t: duas amostras presumindo variâncias equivalentes

	<i>Hosp.</i>	<i>Brasil</i>
Média	6.026667	6.097222
Variância	2.107953	1.312033
Observações	18	18
Variância agrupada	1.709993	
Hipótese da diferença de média	0	
G1	34	
Stat t	-0.16187	
P(T<=t) uni-caudal	0.436185	
t crítico uni-caudal	1.690924	
P(T<=t) bi-caudal	0.87237	
t crítico bi-caudal	2.032245	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ao compararmos a diferença na média dos pontos entre as respostas dos gestores hospitalares com as respostas dos gestores brasileiros (Spers & Passos, 2014), utilizamos o teste t bi-caudal para duas amostras através da ferramenta de Análise de Dados do *Microsoft Excel*. Sendo o valor P bi-caudal (valor de prova) 0,87237 para um nível de significância de 0,05, indica que devemos aceitar H0, isto quer dizer que não há diferença entre as médias dos pontos entre as respostas obtidas pelo inquérito aos hospitais e as

reveladas por Spers e Passos (2014), diante da percepção dos gestores de empresas brasileiras de capital fechado. Ao verificarmos o valor t crítico bi-caudal 2,032245 para um valor stat t de -0,16187 (Figura Z), concluímos, também, que devemos aceitar H₀, ou seja, de fato não há diferença entre as médias de pontos entre as respostas dos gestores dos hospitais e dos gestores das empresas brasileiras de capital fechado.

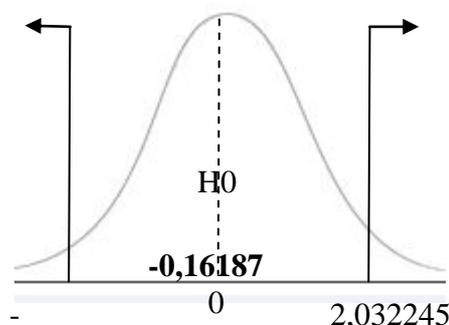


Figura Z: Representação do teste t na distribuição normal

Referências

- Carter, C. R., & Jennings, M. M. (2002). Social responsibility and supply chain relationships. *Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review*, 38(1), 37-52.
- Halal, W. E. (1998). *The New Management: Bringing Democracy and Markets inside Organizations* (San Francisco: Berrett-Koehler).
- Spers, R. G.; & Passos, C. A. (2014). Análise da Intenção e das Práticas de Colaboração com Stakeholders no Brasil: Um Estudo com Empresas de Capital Fechado. *XVII SEMEAD – Seminários em Administração da USP*.

Anexo

Prezado senhor (a), meu nome é Fábio Augusto Martins, sou professor do Uniaraxá e estou matriculado no Doutorado em Gestão, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal), com uma proposta de pesquisa que visa estudar a GESTÃO DOS STAKEHOLDERS EM HOSPITAIS SEM FINS LUCRATIVOS, sob a orientação dos professores Doutores Amélia Cristina Ferreira da Silva e Carlos Machado dos Santos.

Se não for de sua competência para responder esta pesquisa, solicitamos a gentileza de encaminhar esta mensagem com o **link** para pelo menos um dos seguintes profissionais: Provedor, Presidente do Conselho Diretor, Gerente ou supervisor, Analista/Técnico/Assessor

Agradecemos a gentileza e presteza do senhor (a) em contribuir para a construção do conhecimento ao responder esta pesquisa, cujos resultados serão divulgados em publicação científica, mantendo a identificação dos respondentes em absoluto sigilo.

Clique no link abaixo para responder. Agradecemos sua participação!

<https://pt.surveymonkey.com/s/HR7F2JH>

Gestão dos stakeholders nos hospitais...

Perfil profissional

1. Qual o seu cargo?

- Provedor
- Presidente do Conselho Diretor
- Gerente/Supervisor
- Analista/Técnico/Assessor

2. Qual o seu nível de escolaridade?

- Pós-graduação
- Ensino superior
- Ensino médio
- Ensino fundamental II
- Ensino fundamental I

3. Gênero

- Masculino
- Feminino

Seg.

Com o apoio de **SurveyMonkey**
[Crie o seu próprio questionário online grátis agora!](#)

Porte do Hospital

4. Quanto ao número de leitos

- HOSPITAL DE PEQUENO PORTE (de 1 até 50 leitos)
- HOSPITAL DE MÉDIO PORTE (de 51 a 150 leitos)
- HOSPITAL DE GRANDE PORTE (de 151 a 500 leitos)
- HOSPITAL DE CAPACIDADE EXTRA (Acima de 500 leitos)

5. Quanto ao serviço prestado

- HOSPITAL DE BAIXA COMPLEXIDADE
- HOSPITAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE
- HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE (Com pelo menos um serviço prestado de alta complexidade)

Ant.

Seg.

Categoria

6. Qual a categoria que se enquadra o seu hospital?

- Beneficente sem fins lucrativos
- Público
- Privado

7. O seu hospital, em média, se enquadra em qual categoria referente às doações sobre as receitas?

- 0% das receitas são doações
- Maior que 0% e menor ou igual a 2% das receitas são doações
- Maior que 2% e menor ou igual a 5% das receitas são doações
- Maior que 5% e menor ou igual a 10% das receitas são doações
- Maior que 10% e menor ou igual a 20% das receitas são doações
- Maior que 20% e menor ou igual a 30% das receitas são doações
- Maior que 30% e menor ou igual a 50% das receitas são doações
- Maior que 50% e menor ou igual a 60% das receitas são doações
- Maior que 60% das receitas são doações
- Não recebe doações

Ant.

Seg.

4 Os empregados ou outros importantes stakeholders são convidados ou têm representatividade na administração do hospital.

5 O estilo de gestão de liderança é participativo na maioria dos casos.

6 As decisões importantes são discutidas entre os interessados para chegar a um consenso.

Ant.

Seg.

Com o apoio de **SurveyMonkey**
[Crie o seu próprio questionário online grátis agora!](#)

entrevistas, etc.

14 Pede aos fornecedores que reduzam o material de embalagem.

15 Compra de fornecedores que são minorias étnicas, de mulheres ou gays que possuam empresa.

16 Visita as instalações dos fornecedores para garantir que eles não estão explorando trabalhadores.

17 Seu hospital tem sido capaz de obter produtos ou serviços de fornecedores que são de qualidade superior.

18 Na tomada de decisões importantes, você acredita que os fornecedores de seu hospital estão preocupados com o bem estar de seu hospital.

19 O sistema de captação de fundos para o financiamento das atividades do hospital tem sido suficiente para a sua sobrevivência.

Ant.

Concluído

IV POSTGRADUATE CONFERENCE ESGHT 2013

Certificado

Certifica-se que:

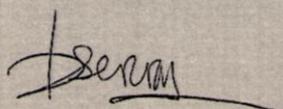
Fábio Martins

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Apresentou uma comunicação intitulada "A influência da gestão dos Stakeholders no sucesso da captação de recursos voluntários da comunidade por hospitais sem fins lucrativos e religiosos" na **IV Postgraduate Conference ESGHT 2013**.

IV Postgraduate Conference ESGHT 2013

12 de julho de 2013



Professor Doutor Francisco Manuel Dionísio Serra
Diretor



Disponível em
<http://www.anpad.org.br/rac>

RAC, Rio de Janeiro, v. 18, Edição Especial, art. 4,
pp. 65-85, Dezembro 2014
<http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141527>



Gestão dos *Stakeholders* na Captação de Recursos nos Hospitais Filantrópicos e Religiosos

Stakeholder Management in Nonprofit and Religious Hospital Fundraising

Fábio Augusto Martins

E-mail: fabiomartins@uniaraxa.edu.br

Centro Universitário do Planalto de Araxá – UNIARAXÁ, Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro
Av. Ministro Olavo Drumond, 5, 38180-129, São Geraldo, Araxá, MG, Brasil.

Amélia Ferreira-da-Silva

E-mail: acfs@iscap.ipp.pt

Institute of Accounting and Adm. of Porto; Centro de Estudos em Economia, Popul. e Sociedade - CEPSE
Rua Jaime Lopes Amorim, s/n., 4465-004, S. Mamede de Infesta Porto, Portugal.

Carlos Machado-Santos

E-mail: cmsantos@utad.pt

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; Centro de Estudos em Economia, Popul. e Sociedade - CEPSE
Apartado 1013. 5000-801 Vila Real, Portugal.

Artigo recebido em 03.07.2013. Última versão recebida em 18.11.2014. Aprovado em 25.11.2014.

Resumo

Os hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa constituem uma parte vital do sistema de saúde no Brasil. Pela natureza da atividade que desenvolvem, esses hospitais têm uma enorme pluralidade de *stakeholders* e um complexo processo de criação de valor. Este estudo tem por objetivo compreender a potencial associação entre a gestão dos *stakeholders* e o sucesso na captação de contribuições financeiras voluntárias. O tema em análise situa-se na área do comportamento organizacional e está pouco explorado na literatura, por isso optou-se por uma investigação qualitativa e exploratória. Com base em fontes documentais e em entrevistas semiestruturadas com os presidentes dos conselhos de administração, desenvolveu-se um estudo comparativo de dois casos (hospitais). O quadro teórico de referência cruza os fundamentos da Teoria dos *Stakeholders* com a Teoria da Dependência de Recursos. O estudo revelou que, em ambos os casos, a gestão dos *stakeholders* é ainda incipiente e pouco estruturada; consequentemente, não foi possível responder conclusivamente à questão de partida. Contudo esta pesquisa traz importantes esclarecimentos sobre a questão e abre novas possibilidades de investigação.

Palavras-chave: gestão dos *stakeholders*; gestão hospitalar; captação de recursos.

Abstract

Religious and non-profit hospitals constitute a vital part of Brazil's healthcare system. Due the nature of this activity, these hospitals have a vast plurality of stakeholders and a complex process of value creation. This study explores the potential association between stakeholder management and success in voluntary donations. The theme under question is located in the area of organizational behavior and almost unexplored in the literature, so we opted for a qualitative and exploratory research. Based on documentary sources and semi-structured interviews with board chairmen, we developed a comparative study of two cases (hospitals). The theoretical framework crosses the fundamentals of Stakeholder Theory with those of Resource Dependency Theory. The study revealed that in both cases stakeholder management is still incipient and poorly structured, and consequently could not conclusively answer the research question. However, this research provides important clarification on the issue and opens new possibilities for research.

Key words: stakeholder management; hospital management; fundraising.

Relevância e influência dos *Stakeholders* dos Hospitais Filantrópicos e Religiosos

Relevance and Influence of the Stakeholders in Religious and Philanthropic Hospitals

Fábio Augusto Martins¹; Amélia Cristina Ferreira-da-Silva²; Carlos Machado-Santos³

¹ E-mail: famart30@hotmail.com;
Universidade Trás-os-Montes e Alto
Douro; Centro Universitário do
Planalto de Araxá – UNIARAXÁ

² E-mail: ameliafs@iscap.ipp.pt;
Institute of Accounting and
Administration of Porto; Centro de
Estudos em Economia, População e
Sociedade – CEPESE, CECEJ

³ E-mail: cmsantos@utad.pt;
Universidade de Trás-os-Montes e
Alto Douro; Centro de Estudos em
Economia, População e Sociedade -
CEPESE

Resumo

Texto resumo texto resumo texto resumo texto resumo texto Partindo da premissa de que o gerenciamento dos stakeholders é fundamental na estratégia das organizações, este artigo tem como objetivo captar a percepção dos trabalhadores dos hospitais filantrópicos religiosos sobre a importância relativa e influência dos diversos stakeholders. Os dados foram recolhidos através de um questionário distribuído nos hospitais de Araxá, MG. Os resultados evidenciaram os médicos, os pacientes e o Sistema Único de Saúde como as principais partes interessadas. Tratando-se de instituições filantrópicas, altamente dependentes de legitimação social e financeiramente frágeis, surpreende a pouca importância reconhecida aos doadores financeiros. Além de proporcionar a identificação dos stakeholders deste tipo específico de organização hospitalar, este artigo explora oportunidades e desafios que se colocam à gestão da relação do hospital com estas partes interessadas.

Palavras-chave: Stakeholders; Hospitais filantrópicos; Organização estratégica.

Abstract

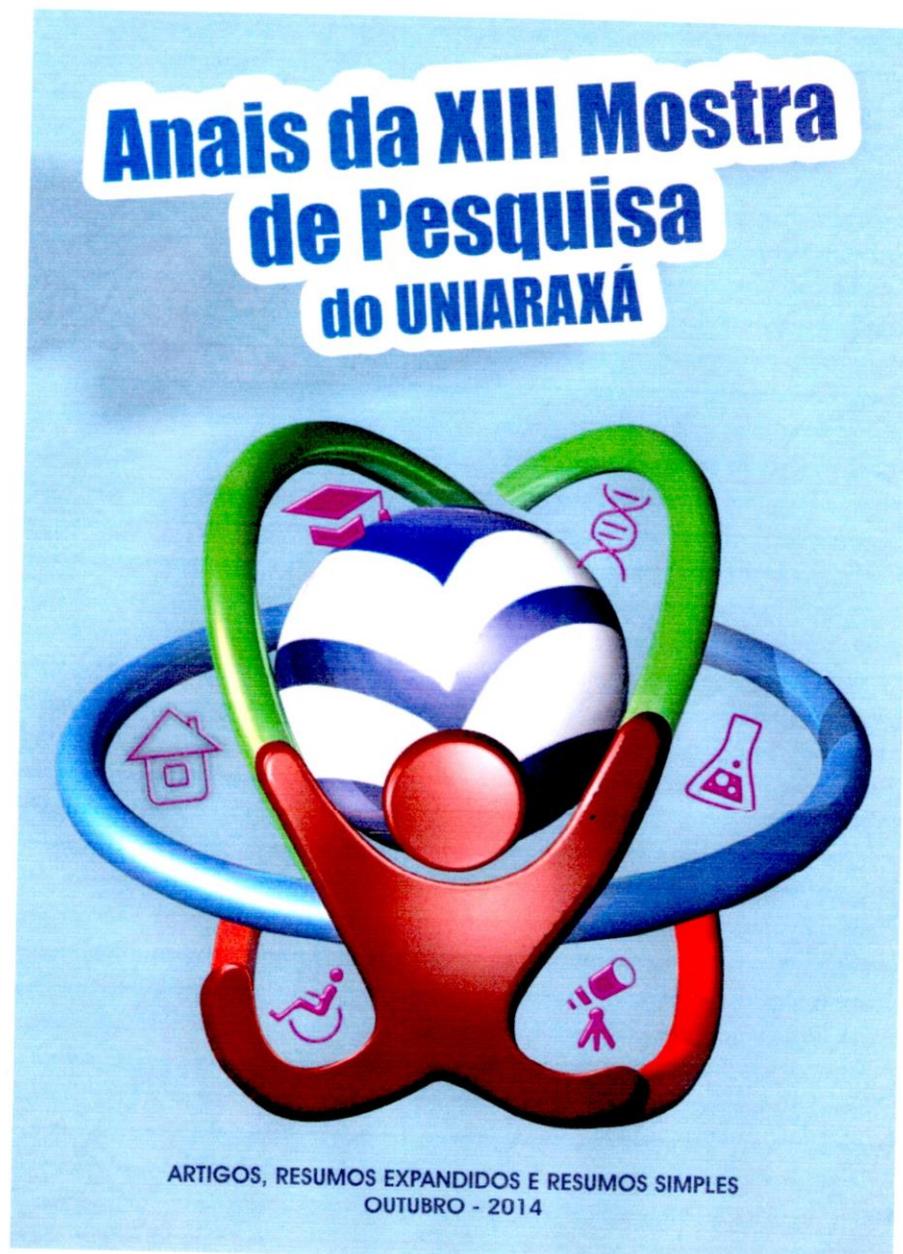
Assuming that the management of stakeholders is key in the strategy of organizations, this article aims to capture the perception of workers in religious charitable hospitals regarding the relative importance and influence of various stakeholders. Data were collected through a questionnaire distributed in hospitals in Araxá, Brazil. The results showed that doctors, patients and the National Health System were considered to be key stakeholders. Considering that these organizations are charities and, thus, financially fragile and highly dependent on social legitimacy, the low priority accorded to financial donors was surprising. In addition to identifying the stakeholders of this specific type of hospital organization, this article explores the opportunities and challenges faced by hospital managers in their relationship with these interested parties.

Keywords: Stakeholders; Philanthropic hospitals; Strategic organization.

Introdução

A gestão dos stakeholders é fundamental para a estratégia organizacional. Uma vasta literatura sobre o assunto apresenta a identificação das partes interessadas como uma etapa fundamental do processo de gestão. Como os hospitais são organizações complexas, muitos são os seus interessados. Os hospitais filantrópicos, dada a sua missão eminentemente social, são organizações particularmente complexas, pois, além dos desafios enfrentados pelas organizações hospitalares em geral, confrontam-se com a escassez de recursos próprios das organizações do terceiro setor. Assim, embora haja um amplo consenso sobre as

APÊNDICE M - DIVULGAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NA XIII
MOSTRA DE PESQUISA DO UNIARAXÁ 2014



CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

Gestão dos Stakeholders em hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa

Fábio Augusto Martins

Profa. Dra. Amélia Cristina Ferreira da Silva; Prof. Dr. Carlos Machado dos Santos
Doutorado em Gestão pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro,
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
fabiomartins@uniaraxa.edu.br

RESUMO

Na atualidade, a sobrevivência das organizações depende do grau de relacionamento que possui com os seus *stakeholders*. Os hospitais, organizações complexas que são, pela natureza de sua missão e da própria atividade que desenvolvem têm uma enorme pluralidade de grupos ou indivíduos interessados. Apesar de haver, internacionalmente, muita dedicação dos pesquisadores no que tange a gestão hospitalar, pouco se tem investigado os problemas atinentes aos hospitais sem fins lucrativos e de cunho religioso. Dessa forma, esta pesquisa procura compreender a influência potencial da gestão da relação com a comunidade no sucesso de captação de contribuições financeiras voluntárias da comunidade para os hospitais religiosos e sem fins lucrativos da microrregião de Araxá/MG. Utiliza-se, portanto, uma triangulação da Teoria dos *Stakeholders* (TS) com a Teoria da Dependência de Recursos (TDR) para dar sustentação teórica ao estudo e metodologicamente estabelece um esquema geral de investigação dividido em duas etapas, sendo uma de natureza exploratório-qualitativa e outra descritivo-quantitativa.

Palavras-chave: Gestão, *Stakeholders*, Dependência de Recursos, Hospitais Religiosos, Filantrópicos.

INTRODUÇÃO

Falar em saúde é abordar uma questão fundamental da vida humana. Mas infelizmente não pode ignorar que a promoção da saúde é um processo que envolve consideráveis recursos, estando por isso sujeita às restrições econômicas impostas pela escassez de recursos. Os hospitais ocupam uma posição hegemônica nos sistemas de saúde – hospital-centro – (CARAPINHEIRO, 1993) e sua envolvente tem sido caracterizada como turbulenta e complexa (HAWKINS, 2000) devido à conjugação de fatores como os desafios tecnológicos do setor, a nova demografia social e as oscilações das situações econômicas e financeiras das respectivas economias nacionais. Estes contextos ambientais impõem a necessidade de as organizações desenvolverem estratégias de sobrevivência, procurando, entre outros, equilibrar a resposta dada às necessidades e desejos dos múltiplos *stakeholders*. Se os gestores dos hospitais estão a lidar com incertezas ambientais, eles precisam reduzir a ansiedade e efetivamente gerenciar os interessados (AUSTEN, 2012). Apesar de haver, internacionalmente, muita dedicação dos pesquisadores no que tange a gestão hospitalar, pouco se tem investigado os problemas atinentes aos hospitais sem fins lucrativos e de cunho religioso. Parece não haver uma explicação clara, por exemplo, sobre o porquê de haver hospitais desse tipo com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade que outros. Dessa forma, definiu-se a seguinte pergunta de partida: De que forma a gestão dos *stakeholders* pode contribuir para explicar o porquê de haver hospitais sem fins lucrativos e religiosos com maior capacidade de captação de fundos e contribuições voluntárias da sociedade que outros? Esta pesquisa tem como objetivo estudar o processo de gestão dos *stakeholders* nos hospitais sem fins lucrativos de origem religiosa da microrregião de Araxá/MG.

Na atualidade, a sobrevivência das organizações depende do grau de relacionamento que possuem com os seus *stakeholders*. Uma firma pode afetar as partes