

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

Patricia Cristiana Belli

ANÁLISE DA GESTÃO FINANCEIRA DE UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
Estudo de Caso do Hospital Israelita Albert Einstein

Florianópolis

2011

PATRICIA CRISTIANA BELLI

**ANÁLISE DA GESTÃO FINANCEIRA DE UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
Estudo de Caso do Hospital Israelita Albert Einstein**

Trabalho de Conclusão de Estágio apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Administração Financeira
Orientação: Prof. Alexandre Marino Costa, Dr.

Florianópolis

2011

Patricia Cristiana Belli

**ANÁLISE DA GESTÃO FINANCEIRA DE UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
Estudo de Caso do Hospital Israelita Albert Einstein**

Este Trabalho de Conclusão de Estágio foi julgado adequado e aprovado na sua forma final pela Coordenadoria de Estágios do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 08 de dezembro de 2011

Prof. Gerson Rizzatti Junior, Dr.
Coordenador de Estágios

Professores avaliadores:

Prof. Alexandre Marino Costa, Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. João José Cândido da Silva, Me.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Marcus Vinícius Andrade de Lima, Dr.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha mãe e ao meu irmão, que sempre acreditaram nos meus sonhos e me ajudaram a conquistá-los!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar a vida e direcionar minhas ações, colocando em meu coração a vontade de realizar um trabalho que pudesse ajudar de alguma forma as pessoas menos favorecidas, por meio de um estudo em uma entidade filantrópica, bem como por permitir que eu realizasse este estudo, apesar de todas as adversidades encontradas.

À minha mãe e ao meu irmão, Maria Rosa Belli e Emanuel Felipe Belli, que ao longo de minha vida me orientaram com muito amor, paciência e sabedoria, me aconselhando, respeitando e apoiando minhas decisões, e me consolando quando elas eram erradas. Muito obrigada por terem lutado por mim, não me permitindo desistir deste sonho. Mamãezinha e maninho, vocês foram determinantes para o sucesso deste trabalho, para tudo que sou e tudo que conquistei até hoje! Amo muito vocês!

A todos os meus amigos que me deram força em toda a minha caminhada, desde o início do curso, e principalmente no momento mais difícil, que foi a realização do trabalho de conclusão. Obrigada por me lembrarem das minhas metas e me darem a alegria necessária para continuar a minha caminhada. Agradeço especialmente à Adriana Lui, Camila Colenetz da Cunha, Camila Teixeira Borges, Carla Franciele Siegel, Natacha Cândido Tcholakian, Patrícia Araújo Batista, Roberta Heiderscheidt da Cunha e Talita Nunes, amigas que estiveram muito presentes em minha vida neste período e que sempre me deram apoio.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente à Fátima Toutonje Mitozo, Heliane Paiva Serra, Ivana da Silva Chodren e José Paulo da Cunha, que acompanharam de perto as dificuldades pelas quais passei desde o vestibular, e que sempre me apoiaram e me aconselharam, com a mesma atenção que dispõem aos seus filhos e sobrinhos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandre Marino Costa, que me auxiliou na luta pela realização deste trabalho, preocupando-se com sua concretização, e sempre me atendendo com muita paciência e atenção. Agradeço por ter acreditado em meu potencial e não ter me deixado desistir de ir além. Muito obrigada pelas suas contribuições e direcionamento, e principalmente pela confiança depositada em mim!

Aos professores do Curso de Graduação em Administração da UFSC, que colaboraram para meu crescimento profissional, cada um com conhecimento e experiência própria, e que foram decisivos para que eu me tornasse a Administradora que em breve serei.

Agradeço à equipe do Hospital Israelita Albert Einstein, que realiza um trabalho incrível e que me dedicou muita atenção ao longo deste trabalho, permitindo que ele fosse realizado da melhor forma possível.

Muito obrigada a todos que de alguma forma contribuíram para que meu sonho se concretizasse!

“De modo suave, você pode sacudir o mundo”
(MAHATMA GANDHI).

RESUMO

BELLI, Patricia Cristiana. **Análise da gestão financeira de uma organização de saúde: estudo de caso do Hospital Israelita Albert Einstein.** 2011. 98 p. Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as práticas de gestão financeira do Hospital Israelita Albert Einstein. Trata-se de um estudo de caso aplicado, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi realizada em três etapas, sendo as duas primeiras de cunho documental. A revisão bibliográfica foi desenvolvida pela pesquisa em livros, artigos científicos, teses e dissertações sobre Administração Financeira e Hospitalar, e pela consulta a conteúdo digital na internet. A segunda parte foi a coleta dos dados contábeis nos relatórios publicados pela instituição, referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010. Na terceira etapa foi realizada uma entrevista semi-estruturada com um dos gestores do hospital. O tratamento e a análise dos dados quantitativos foram feitos com a elaboração de quadros e gráficos e pelo cálculo dos indicadores financeiros de rentabilidade, liquidez e de estrutura e endividamento. Os dados qualitativos foram categorizados de acordo com a estrutura do roteiro de entrevista e analisados pela análise de conteúdo. Posteriormente, foram relacionados os resultados obtidos com cada um dos métodos. Quanto à rentabilidade, o Giro do Ativo mostrou crescimento no decorrer do período estudado. Os indicadores Margem Líquida, Rentabilidade do Ativo e Rentabilidade do PL, porém, apresentaram uma importante queda em 2009 e uma suave recuperação em 2010. A este decréscimo o Einstein atribui os fortes investimentos realizados, principalmente a partir de 2009. Os índices de liquidez geral e corrente apontaram um comportamento de permanente declínio, mais acentuado em 2009. Devido à grande participação do circulante na estrutura do ativo, a liquidez corrente foi maior do que a geral em todos os anos, podendo ser considerada excessiva. A redução dos indicadores de liquidez foi desejada pelo hospital, que pretende diminuir ainda mais a liquidez corrente. Em relação aos indicadores de estrutura e endividamento, a Participação do Capital de Terceiros se manteve praticamente inalterada ao longo dos anos, em decorrência do limite máximo de endividamento definido pela organização. A Composição do Endividamento mostrou um incremento da participação de dívidas de curto prazo perante o endividamento total, reflexo das ações visando a redução da liquidez corrente. A Imobilização do PL e dos Recursos Não Correntes tiveram aumento em todos os exercícios, decorrente dos fortes investimentos feitos no ativo permanente. Com base na entrevista, percebeu-se que a principal preocupação inerente à administração financeira de curto prazo está relacionada ao volume de contas a receber, que atualmente demanda um capital de giro excessivo, mas a entidade vem tomando medidas visando reduzir este volume. Na administração de longo prazo a preocupação maior é acerca dos investimentos, pois a instituição vem passando por anos de intensa aplicação de recursos em expansão de instalações, e pelo seu financiamento ser totalmente proveniente do BNDES. Conclui-se que mesmo as variações negativas apontadas pela análise por indicadores foram esperadas pela organização, já que são causadas pelas políticas adotadas com vistas à concretização do planejamento de longo prazo, e, considerando que mesmo estas alterações encontram-se em um patamar desejável, pode-se dizer que o hospital possui boas práticas de gestão financeira.

Palavras-chave: Administração Financeira. Gestão Hospitalar. Hospital Israelita Albert Einstein. Análise por Indicadores. Análise Vertical e Horizontal.

ABSTRACT

This research aims to analyse the financial management practices of Hospital Israelita Albert Einstein. It is an applied case study, descriptive, with qualitative and quantitative approach. The data collect was realized through three stages, the first two had a documental character. The bibliographic review was realized by a research in books, scientific articles, thesis and dissertations about Financial and Hospital Administration, in addition to digital content consult on the internet. The second part was account data collect in reports published by the institution, referring to years 2008, 2009 and 2010. On the third stage was realized a half-structured interview with a manager of the hospital. The quantitative data's treatment and analysis was done by developing charts and graphics and by profitability, liquidity and capital structure and debt financial indexes calculation. Qualitative data was classified according to the interview guide's structure and analysed by content analysis. Then, the results obtained by each method were associated. Regarding profitability, the Asset Turnover showed a growth over the period. Net Margin, Return on Asset and Return on Equity went down in 2009, but in 2010 this indicators showed a little better performance. This decrease the Hospital imputes to the strong investment made, mainly in 2009. General and Current Liquidity presented a permanent decreasing behavior, most evident in 2009. Due to the large current asset's participation on assets structure, current liquidity was larger than general every year, seeming to be excessive. Liquidity indexes' reduction was wanted by the organization, wich intends to still reduce current liquidity. In respect of capital structure and debt indexes, Participation of Third Part Capital was maintained almost unchanged in the course of period, because of the indebtedness maximum limit chosen by the organization. Composition of Debt signaled a growth of the short-term debts participation before total debt, influenced for the strong investments done on permanent assets. Based on the interview, it was understood that the main concern about short-term financial administration is related to the account receivable amount, that nowadays requires an excessive working capital, but the organization has been taking actions to reduce it. On the long-term financial administration, the larger preoccupation is about investments, because the institution has been making intense capital applications on construction increase, and since its financing is originated from BNDES. The conclusion is that even negative variations exhibited by the indexes analysis was expected for the organization, because it was caused for the politics adopted seeking long-term plans concretization, and, since even these alterations are at a wanted level, we can affirm that the institution has good financial management practices.

Key-words: Financial Administration. Hospital Management. Hospital Israelita Albert Einstein. Financial Indexes Analysis. Vertical and Horizontal Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura da administração hospitalar moderna	27
Figura 2 - Ciclo Operacional	33
Figura 3 - Ciclo de Caixa (Exemplo 1)	34
Figura 4 - Ciclo de Caixa (Exemplo 2)	34
Figura 5 - Estrutura física da SBIBAE antes e depois do Plano Diretor	61
Figura 6 - Organograma da SBIBAE	62

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Giro do Ativo	70
Gráfico 2 – Margem Líquida	70
Gráfico 3 – Rentabilidade do Ativo	71
Gráfico 4 – Rentabilidade do Patrimônio Líquido	72
Gráfico 5 – Liquidez Geral.....	73
Gráfico 6 – Liquidez Corrente.....	74
Gráfico 7 – Participação do Capital de Terceiros	75
Gráfico 8 – Composição do Endividamento	76
Gráfico 9 – Imobilização do Patrimônio Líquido	77
Gráfico 10 – Imobilização de Recursos Não Correntes	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo Contábil da SBIBAE (em R\$ milhões)	66
Quadro 2 – Análise Vertical do BP e DRE da SBIBAE	67
Quadro 3 – Análise Horizontal do BP e DRE da SBIBAE	68
Quadro 4 – Síntese dos Resultados.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Ativo Circulante

AMS – Pesquisa Assistência Médico-Sanitária

ARLP – Ativo Realizável a Longo Prazo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

BP – Balanço Patrimonial

CEBAS-Saúde – Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na Área da Saúde

CCP – Capital Circulante Próprio

CGL – Capital de Giro Líquido

CMPC – Custo Médio Ponderado de Capital

CMV – Custo das Mercadorias Vendidas

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

ELP – Passivo Exigível a Longo Prazo

FISESP – Federação Israelita do Estado de São Paulo

HIAE – Hospital Israelita Albert Einstein

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IIEP – Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein

IIRS – Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein

IR – Imposto de Renda

ONU – Organização das Nações Unidas

LADIR – Lucro Depois do Imposto de Renda

LAJIR – Lucro Antes dos Juros e Imposto de Renda

LEC – Modelo do Lote Econômico

PC – Passivo Circulante

PL – Patrimônio Líquido

PMRE – Prazo Médio de Renovação de Estoques

PMRV – Prazo Médio de Recebimento de Vendas

SBHM – Sociedade Brasileira de História da Medicina

SBIBAE – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	21
2.1.1 O Hospital	24
2.1.1.1 Evolução Histórica	24
2.1.1.2 Características dos Hospitais	26
2.1.1.3 Gestão Hospitalar	27
2.1.1.3.1 <i>Gestão Financeira de Hospitais</i>	29
2.2 ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA	30
2.2.1 Administração Financeira de Curto Prazo	32
2.2.1.1 Capital de Giro	32
2.2.1.2 Ciclo Econômico e Financeiro	33
2.2.1.3 Administração de Caixa	34
2.2.1.4 Administração de Estoques	35
2.2.1.5 Administração de Contas a Receber	36
2.2.2 Administração Financeira de Longo Prazo	37
2.2.2.1 Investimentos de Longo Prazo	38
2.2.2.2 Custo de Capital	39
2.2.2.3 Estrutura de Capital	40
2.3 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA	41
2.3.1 Demonstrações Financeiras	42
2.3.1.1 Balanço Patrimonial	42
2.3.1.2 Demonstração do Resultado do Exercício	43
2.3.2 Análise por Indicadores	43
2.3.2.1 Rentabilidade.....	44
2.3.2.1.1 <i>Giro do Ativo</i>	45
2.3.2.1.2 <i>Margem Líquida</i>	45
2.3.2.1.3 <i>Rentabilidade do Ativo</i>	45
2.3.2.1.4 <i>Rentabilidade do Patrimônio Líquido</i>	46
2.3.2.2 Liquidez	46
2.3.2.2.1 <i>Liquidez Geral</i>	46
2.3.2.2.2 <i>Liquidez Corrente</i>	47
2.3.2.2.3 <i>Liquidez Seca</i>	47
2.3.2.3 Estrutura e Endividamento.....	48
2.3.2.3.1 <i>Participação do Capital de Terceiros</i>	48
2.3.2.3.2 <i>Composição do Endividamento</i>	48
2.3.2.3.3 <i>Imobilização do Patrimônio Líquido</i>	49
2.3.2.3.4 <i>Imobilização de Recursos Não Correntes</i>	49
2.3.2.4 Prazos Médios	49
2.3.2.4.1 <i>Prazo Médio de Recebimento de Vendas</i>	50
2.3.2.4.2 <i>Prazo Médio de Pagamento de Contas</i>	50

2.3.2.4.3 <i>Prazo Médio de Renovação de Estoques</i>	50
2.3.3 Análise Vertical e Horizontal	50
3 METODOLOGIA	52
3.1 TIPO DE PESQUISA	52
3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	53
3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	54
3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	55
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO	56
4.1.1 Histórico	56
4.1.2 Descrição da Organização	59
4.2 DIAGNÓSTICO ECONÔMICO-FINANCEIRO	66
4.2.1 Demonstrações Financeiras	66
4.2.2 Análise Vertical e Horizontal	67
4.2.3 Análise por Indicadores	69
4.2.3.1 Rentabilidade.....	69
4.2.3.2 Liquidez	73
4.2.3.3 Estrutura e Endividamento.....	74
4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	79
4.3.1 Administração Financeira de Curto Prazo	79
4.3.2 Administração Financeira de Longo Prazo	81
4.3.3 Indicadores de Gestão Financeira	82
4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS	84
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
5.1 CONCLUSÕES	85
5.2 RECOMENDAÇÕES	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A	94
APÊNDICE B	97

1 INTRODUÇÃO

Hospitais são organizações altamente complexas, pelo próprio ambiente em que atuam, pela especialização de seu capital humano e, principalmente, pelo seu objeto de trabalho, que são as pessoas. Estas que, em sua maioria, os procuram em decorrência de problemas de saúde, não por sua própria vontade, e podendo estar em um momento de fragilidade emocional, juntamente com seus familiares. A variabilidade da resposta de cada paciente a uma mesma intervenção terapêutica ou cirúrgica, e as possíveis linhas de ação de diferentes profissionais diante da mesma enfermidade tornam a gestão destes estabelecimentos ainda mais desafiadora, pois dificultam um processo de padronização de suas atividades e, conseqüentemente, sua avaliação.

Apesar dos desafios relacionados à gestão hospitalar, a literatura especializada aponta que no Brasil ela ainda se apresenta defasada em termos de profissionalização. Os gestores são geralmente profissionais da saúde, comumente médicos, que podem não ter conhecimento gerencial suficiente para lidar com a complexa realidade administrativa de uma instituição desta natureza. Ponto que pode confirmar esta afirmação é a incipiência de trabalhos científicos e de livros especializados nesta área, principalmente no que tange à sua gestão financeira.

O objetivo destas organizações, no campo das finanças, é maximizar o retorno obtido com seus investimentos para criar valor tanto aos proprietários, no caso de entidades com fins lucrativos, quanto à sociedade, naquelas que não visam lucro. A realidade que permeia esta área em hospitais, apesar do uso de ferramentas de administração financeira geral, é distinta dos demais empreendimentos, principalmente no que diz respeito às suas formas de financiamento. Em sua maior parte, os estabelecimentos de saúde do país são financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que remunera os serviços destes abaixo dos seus custos, além de receber recursos de planos de saúde e de pacientes particulares, sendo que apenas os últimos costumam cobrir por completo os gastos gerados pelas atividades hospitalares, mas sua presença nestas instituições está cada vez mais escassa.

A Administração Financeira traz a este contexto ferramentas que permitem verificar a eficácia da gestão financeira da organização, como a análise de balanços, que por meio da inter-relação entre os elementos dos demonstrativos contábeis propicia a realização de um diagnóstico sobre a posição econômica e financeira da organização. Exemplos deste ferramental são a análise por indicadores e a análise vertical e horizontal. Com isto, e

buscando a contribuição da literatura especializada em finanças, é possível verificar a situação da gestão financeira da entidade.

Considerando que a boa gestão financeira de uma instituição hospitalar pode ser determinante para a qualidade dos serviços oferecidos aos pacientes, tendo em vista a carência de trabalhos científicos inerentes à área de finanças em hospitais, e levando em conta, ainda, a contribuição do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) à sociedade brasileira, por meio das suas ações de atenção e assistência à saúde, de responsabilidade social, bem como de ensino e pesquisa na área da saúde, principalmente no que tange às suas atividades de desenvolvimento institucional do SUS, mostra-se relevante a realização de um estudo que vise analisar esta organização à luz da Administração Financeira. Neste sentido, apresenta-se o problema de pesquisa deste trabalho: **Como podem ser analisadas as práticas de gestão financeira do Hospital Israelita Albert Einstein?**

1.1 OBJETIVOS

Assim que a questão de pesquisa é formulada, podem ser definidos os objetivos, que mostram o que se espera do estudo. O objetivo geral é o mais amplo, sendo desdobrado posteriormente em objetivos específicos (ZANELLA, 2007).

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar as práticas de gestão financeira do Hospital Israelita Albert Einstein.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a organização em estudo;
- b) Analisar os resultados das demonstrações financeiras;
- c) Identificar as práticas de gestão financeira;
- d) Relacionar os resultados obtidos e práticas de gestão financeira.

1.2 JUSTIFICATIVA

Uma pesquisa pode ser justificada quanto à sua importância, originalidade, oportunidade e viabilidade. (ALMEIDA, 2011).

Uma análise da gestão financeira de uma instituição de saúde pode trazer benefícios tanto para a organização em si como para a comunidade da região onde se localiza, pois os hospitais, especialmente os sem fins lucrativos, acabam atendendo a demanda reprimida dos hospitais públicos que, em decorrência da sua capacidade limitada de recursos, não conseguem acolher a todos que os procuram. Com isso, mesmo o indivíduo que não tem poder aquisitivo suficiente, pode ter que procurar atendimento particular por um preço elevado, por não ter condições de aguardar por uma consulta em uma instituição pública, o que poderia lhe custar a vida. A boa gestão financeira de um hospital pode permitir que seus serviços de saúde sejam prestados com maior excelência, pela capacidade de investimento contínuo em melhorias, e com menores custos, que poderão se refletir inclusive numa queda dos preços cobrados do usuário, no aumento da oferta de serviços ou na acessibilidade de pacientes de baixa renda a estabelecimentos de saúde de maior qualidade e rapidez no atendimento.

Este estudo pode ser caracterizado com uma pesquisa original, uma vez que não foram localizados estudos aplicados naquela instituição que buscassem analisar sua gestão financeira, e considerando ainda a insuficiência de estudos publicados na área de finanças em hospitais.

Esta pesquisa é oportuna, já que não há uma época desfavorável à análise econômico-financeira de uma instituição desta natureza, e pela importância da evolução econômica da organização estudada.

Trata-se de um estudo viável, pois há literatura suficiente para a realização de uma pesquisa bibliográfica na literatura especializada em Administração Financeira e Hospitalar. Outro ponto que finaliza a análise da viabilidade é a disponibilidade de tempo e demais recursos necessários para a realização do estudo, condições estas que também foram atendidas.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Ao longo do Capítulo 2 serão apresentados os resultados da pesquisa bibliográfica, ou seja, as bases teóricas para a elaboração do estudo de caso. Este capítulo foi dividido em três grandes áreas. A primeira refere-se a uma Caracterização das Organizações de Saúde, à sua conceituação e classificação, bem como uma revisão mais profunda do tipo de organização que é objeto deste estudo, o hospital, sendo abordadas a definição, a evolução histórica, as características e, por fim, as peculiaridades da gestão financeira desta entidade. A segunda

parte apresenta o embasamento teórico desta pesquisa acerca da Administração Financeira, tanto em relação às decisões de curto prazo quanto às de longo prazo. A terceira área diz respeito à Análise Econômico-Financeira, notadamente quanto às técnicas de análise por indicadores e análise vertical e horizontal.

No Capítulo 3 será descrita a metodologia utilizada na realização deste estudo, sendo fragmentado em: Caracterização da Pesquisa, Coleta de Dados, e Tratamento e Análise dos Dados.

O Capítulo 4 é reservado para a apresentação e a análise dos resultados. Primeiramente, será feita uma caracterização da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, por meio da exposição de seu histórico e de sua descrição. Depois, serão apresentados os resumos das informações contábeis, as análises vertical, horizontal e por indicadores e as informações obtidas com a entrevista. Por fim, serão relacionados os resultados obtidos com ambos os métodos, feitas as considerações finais, conclusões e recomendações para a organização e para futuros estudos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“A elaboração da fundamentação teórica tem como objetivo apresentar os estudos sobre o tema, ou especificamente sobre o problema de pesquisa, realizados por outros autores” (ZANELLA, 2007).

2.1 CARACTERIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (ONU, 1946, tradução da autora). As organizações prestadoras de serviços de saúde podem ser definidas, de maneira ampla, como sendo o

estabelecimento que presta assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, [...] para atendimento rotineiro à população, quer seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses” (IBGE, 2009).

Os tipos de estabelecimentos de saúde presentes no Brasil são categorizados, pelo Ministério da Saúde (2011b), com base na natureza das atividades e serviços prestados e podem ser: Postos de Saúde, Centros e Unidades Básicas de Saúde, Policlínicas, Hospital Geral, Especializado e Dia Isolado, Unidades Mistas, Pronto Socorro Geral e Especializado, Consultório Isolado, Clínica/Ambulatório Especializado, Unidade de Serviço e Apoio à Diagnose e Terapia, Unidade Móvel Terrestre ou Fluvial, de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência e Emergência, Farmácia, Unidade de Vigilância em Saúde, Cooperativa, Centro de Parto Normal Isolado, de Regulação de Serviços de Saúde, Laboratório Central de Saúde Pública ou Secretaria de Saúde.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publica periodicamente a Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS), que investiga todos os estabelecimentos de saúde do país e traça um perfil da oferta destes serviços. A classificação das instituições utilizada pelo IBGE para a realização da AMS é extensa. Serão aproveitados, para os fins a que este estudo se destina, apenas alguns dos seus tópicos, que serão apresentados a seguir (IBGE, 2009):

No que diz respeito à terceirização dos serviços, a organização pode ser única, quando não conta com qualquer empresa terceirizada em suas instalações, terceirizada ou com terceirização.

Quanto às condições de funcionamento, pode estar em atividade, em atividade parcial, desativada, quando todas as operações estão paralisadas, mas há possibilidade de que volte a funcionar normalmente, ou extinta, quando não há possibilidade de voltar a funcionar, pois suas atividades foram definitivamente encerradas (IBGE, 2009).

Uma unidade assistencial pode ter a potencialidade de realizar atendimentos com internação, quando possui instalações necessárias para acomodação de pacientes em um período maior do que 24 horas, ou sem internação, quando os leitos têm finalidade de atender pacientes apenas em caráter ambulatorial e/ou emergencial (IBGE, 2009).

Em relação à categoria, o estabelecimento pode ser: Geral, que é capacitado a atender nas cinco clínicas básicas (clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia e pediatria) ou que prestem assistência generalizada nessas clínicas, não contando com serviços diferenciados por especialidade; Com Especialidade, aquele que atende em mais de uma especialidade; e Especializado, contando com apenas uma especialidade, com profissionais e equipamentos qualificados, podendo fornecer atendimento em subespecialidades e especialidade de apoio (IBGE, 2009).

As especialidades destas organizações foram classificadas pelo IBGE (2009) em três categorias, a saber: Ambulatorial/Hospitalar: entidade que possui especialidades médicas e de outros profissionais de nível superior, como nutricionistas, psicólogos, etc.; Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia: oferece atendimento com finalidade de realização de diagnósticos (radiografia, anatomia patológica, etc.) ou de tratamentos específicos, como quimioterapia; Atenção Básica: realiza atendimentos de menor complexidade, que podem contar ou não com a presença de um médico, como nas ações de imunização.

Um estabelecimento de saúde pode funcionar em turnos ou períodos intermitentes. Considerando que cada turno é um período ininterrupto de, no máximo, seis horas, a instituição que trabalha por turnos pode ter um, dois ou três turnos ou realizar atendimento 24 horas por dia. Os que atendem em períodos intermitentes são aqueles cujo horário de funcionamento é variado, não possuindo regularidade (IBGE, 2009).

Segundo o agente financiador, o IBGE (2009) classificou as organizações de saúde como podendo ser financiadas pelo SUS, por plano de saúde ou seguro próprio, plano de saúde ou seguro de terceiros e por pacientes particulares, mediante pagamento direto. O financiamento de uma mesma entidade pode ser oriundo de mais de uma fonte, porém, a

predominante no Brasil é o SUS, sendo que 67,2% das instituições recebem valores desta instituição, 42,7% contam com pagamentos diretos por pacientes particulares, 35,5% recebem recursos de planos de saúde e uma parcela reduzida, de apenas 2,8%, têm planos próprios. (IBGE, 2009).

O Ministério da Saúde (2011a) classifica os estabelecimentos, ainda, quanto à esfera administrativa na qual estão enquadrados, que pode ser: pública federal, estadual ou municipal, e privada com ou sem fins lucrativos.

Com o intuito de colocar em prática as diretrizes da saúde pública no país, a Constituição de 1988 instituiu o SUS, unificando as políticas de saúde de todas as esferas do poder público e permitindo a participação da iniciativa privada neste sistema, vedando, porém, a destinação de recursos públicos a instituições com fins lucrativos (BRASIL, 1988).

A atuação de entidades privadas nos serviços de saúde foi regulada pela Lei Orgânica da Saúde que, em seu Artigo 20, instituiu que “os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde”. A estas instituições foi permitido que participassem do SUS de forma complementar, por meio de convênios ou contratos, com prioridade às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1990).

Para que sejam reconhecidas como entidades beneficentes, obtendo com isso a isenção de contribuições sociais, as organizações sem fins lucrativos devem requerer junto ao Ministério da Saúde a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área da Saúde (CEBAS-Saúde), que tem duração de três anos, podendo ser renovada. Para tanto, é preciso que a instituição comprove sua condição de beneficente enquadrando-se em uma das categorias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

- a) Prestação de, no mínimo, 60% dos serviços da entidade no atendimento de pacientes do SUS;
- b) Percentual menor que 60% dos serviços da instituição prestados ao SUS e aplicação de parte da receita bruta em atendimentos gratuitos;
- c) Aplicação de 20% da receita bruta em atendimentos gratuitos;
- d) Realização de projetos de apoio de desenvolvimento institucional do SUS;
- e) Parcerias com o SUS; e
- f) Entidade às quais se refere o Artigo 110 da Lei n° 12.249, de 2010.

Dentre as organizações citadas ao longo deste título, será aprofundada a revisão acerca do hospital, objeto de estudo do presente trabalho. Em complemento à classificação dos

estabelecimentos de saúde pelo IBGE, os hospitais podem ainda ser categorizados quanto ao seu porte, como: Pequeno - até 50 leitos; Médio - 51 a 150 leitos; Grande - 151 a 500 leitos; Extragrande - acima de 500 leitos (CALVO, 2002).

2.1.1 O Hospital

O hospital pode ser conceituado como:

Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, [...] servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem, da dietética, e das demais especialidades afins (ALMEIDA, 1983 apud ABBAS, 2001).

Calvo (2002) e Tognon (2009) corroboram com esta afirmação, destacando que objetiva a prevenção de enfermidades, seu tratamento, a reabilitação dos pacientes, o ensino e a pesquisa em medicina, atingindo seus objetivos por meio tanto das internações quanto dos atendimentos ambulatoriais, através de serviços prestados em diferentes níveis de complexidade.

Representa a principal instituição na assistência à saúde, em decorrência da concentração de recursos e de conhecimentos específicos para o atendimento aos doentes, sendo o médico o principal agente desse processo (ALVES, 2007). Belle (2002, apud ALVES, 2007) ressalta a complexidade destas instituições, proveniente do fato de serem compostas de várias funções para a prestação dos serviços de saúde, de possuírem alta especialização, tecnologia avançada e uma demanda sem uniformidade.

2.1.1.1 Evolução Histórica

A palavra hospital tem procedência latina, estando relacionada ao conceito de hóspede ou hospedaria (CALVO, 2002). Há registros de organizações que podem ter dado origem aos hospitais na China do século XII a.C., em agências onde eram atendidos os doentes; na Grécia, em templos que recebiam tanto doentes quanto viajantes; e em Roma, em instituições militares. Com o Concílio de Nicéia, em 325, foi determinada a criação de hospitais nas catedrais de cada cidade. Essa instituição predominou na Europa durante toda a Idade Média (ABBAS, 2001).

Para Boerger (2003), os hospitais se originaram da mesma instituição que os hotéis, do lugar onde viajantes e enfermos buscavam abrigo. Com o passar do tempo, a necessidade de isolar fisicamente portadores de doenças contagiosas fez com que estes fossem segregados compulsoriamente do convívio dos demais hóspedes. Passou, então, a ser um local onde os doentes sem família encontravam abrigo ou para onde se destinavam aqueles cujas famílias não podiam deles cuidar (CALVO, 2002).

Foucault (1992 apud CALVO, 2002) enfatiza que “o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar”. O hospital com finalidades médicas surgiu a partir do século XVIII. Essa mudança se deu, inclusive, pela necessidade de conferir-lhe maior controle, pois as doenças armazenadas nestes locais estavam se disseminando junto à população. Fez-se necessário “disciplinar o espaço hospitalar, com constante vigilância e registro de tudo que acontecia em seu interior” (CALVO, 2002).

Na medida em que o conhecimento acerca da medicina foi evoluindo, iniciou-se o processo que Foucault (1992, apud CALVO, 2002) denominou como “medicalização do hospital”, passando este estabelecimento a ser um espaço com a finalidade de cura das enfermidades, sendo que as atribuições que até então eram de responsabilidade de religiosos tornaram-se competências do médico, e o caráter filantrópico destas entidades foi trocado pela noção de um centro de tratamento de doentes, principalmente quanto à realização de procedimentos cirúrgicos, consolidando-o enquanto local de concentração de recursos humanos especializados e modernos equipamentos na área da saúde. Passou a ter também a função de ensino e pesquisa da medicina (ABBAS, 2001; CALVO, 2002).

A partir do século XX, e mediante o avanço na medicina preventiva, por meio de ações como a imunização, houve um desdobramento da assistência à saúde em duas: o tratamento e a prevenção. O hospital tornou-se a instituição responsável pelo tratamento dos doentes (CALVO, 2002).

No Brasil, os hospitais surgiram no período colonial, criados pelos jesuítas e nos moldes das instituições européias, que tinham caráter religioso. Eram utilizados para abrigar pessoas pobres e isolar portadores de doenças contagiosas (CALVO, 2002). Alves (2007) destaca que o primeiro hospital de que se tem registro no país, fundado em 1543, foi a Santa Casa de Misericórdia de Santos.

Nas últimas décadas o hospital sofreu um salto qualitativo em termos de técnicas cirúrgicas, terapêuticas e diagnósticas, o que Abbas (2001) considerou como um avanço tecnológico brutal. O hospital moderno está voltado à solução dos problemas de saúde com

maior rapidez no diagnóstico e no tratamento, de modo a ser reduzido o tempo de permanência do paciente dentro de suas dependências (CALVO, 2002).

O hospital ainda é uma instituição recente dentro do estudo e da pesquisa das organizações. Conseqüentemente, antes de se procurar soluções padronizadas, é necessário um referencial para entender um hospital, para que se possa ser bem sucedido nas soluções, para torná-lo mais eficiente (TOGNON, 1999).

Diante desta afirmação, mostra-se indispensável realizar um aprofundamento quanto às suas características na atualidade, bem como as peculiaridades inerentes à sua gestão.

2.1.1.2 Características dos Hospitais

“Em uma organização hospitalar, um produto hospitalar é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento, controlado pelo médico”, o que o torna uma instituição singular (ABBAS, 2001).

A prestação de serviços pelos hospitais apresenta características peculiares perante prestadoras de serviços de outra natureza, como: intangibilidade, inseparabilidade, heterogeneidade e perecibilidade. A intangibilidade faz com que sua qualidade seja dificilmente percebida ou mensurada, antes ou depois de sua realização. A inseparabilidade significa a impossibilidade de separar a prestação do serviço de seu consumo, uma vez que ocorrem simultaneamente. A heterogeneidade é impossibilidade de padronizar a qualidade dos serviços de saúde, pois depende de muitas variáveis, incluindo o estado físico e psicológico do paciente e a conduta do profissional. Por fim, a perecibilidade diz respeito à possibilidade do serviço ser prestado apenas uma vez (ALVES, 2007).

Os serviços de saúde podem ser divididos em dois grupos: a atenção à saúde e a assistência médica. A primeira classe refere-se às ações de prevenção de doenças, enquanto a outra diz respeito à intervenção médica. Os hospitais são responsáveis principalmente por serviços de assistência médica, podendo realizar internações de pacientes e atendimentos ambulatoriais. Para tanto, contam com equipes especializadas e tecnologias mais avançadas e diversificadas do que as necessárias para prestar um serviço de atenção à saúde (CALVO, 2002).

Difere de outros tipos de serviços, pois seu objeto de trabalho é o paciente, tendo como objetivo básico a manutenção e o restabelecimento de sua saúde (ABBAS, 2001). Outro fator de diferenciação em relação a outras instituições é que este não é procurado por vontade da pessoa, mas por uma necessidade, sendo que o paciente não sabe, *a priori*, a quais exames

ou procedimentos será submetido (ABBAS, 2001; MEDICI e MARQUES, 1996 apud ALVES, 2007).

Seu objeto de trabalho e sua própria história fazem do hospital uma organização muito complexa, tendo uma estrutura burocratizada e autoritária, apresentando também alto grau de divisão e especialização do trabalho (CALVO, 2002).

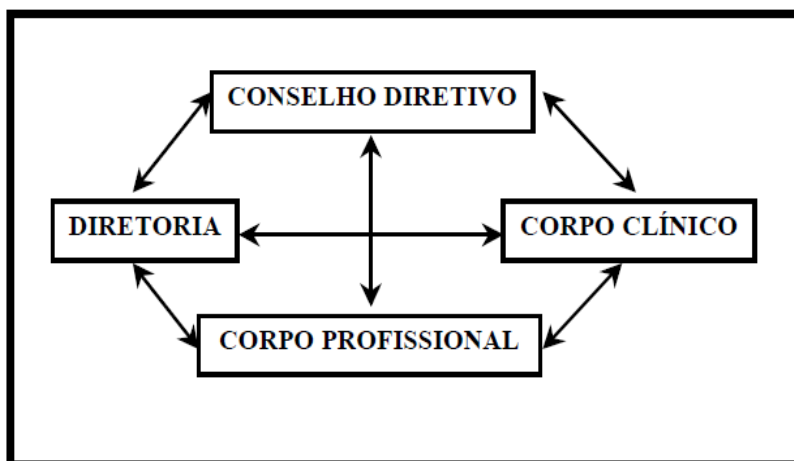
2.1.1.3 Gestão Hospitalar

De modo a atingir seus objetivos, os hospitais possuem grupos de funcionários muito diversificados quanto à sua formação, qualificação e habilidades, sendo divididos em equipes altamente especializadas, que precisam ter suas atividades coordenadas entre si (CALVO, 2002).

Drucker (1987 apud ALVES, 2007) sugere que, pela alta especialização dos seus recursos humanos, o controle sobre o trabalho realizado deve ser feito por metas que indiquem o que realmente se espera de cada funcionário, de modo a comparar o desempenho realizado com as expectativas da administração, e para que cada profissional consiga analisar continuamente a qualidade de seu trabalho.

A forma de gestão destas organizações depende muito de sua própria estrutura hospitalar. É necessário, portanto, conhecer a fundo a realidade do hospital que se deseja analisar para compreender sua dinâmica administrativa. A estrutura da administração hospitalar moderna, que pode ser muito influenciada pela esfera administrativa da entidade, está representada na Figura 1 (CALVO, 2002):

Figura 1 - Estrutura da administração hospitalar moderna



Fonte: Adaptada de Gonçalves (1983 apud CALVO, 2002).

O Conselho Diretivo é o órgão normativo e deliberativo, que pode não estar presente em instituições privadas. Em hospitais filantrópicos pode ser formado por membros da comunidade e, em universitários, pode estar vinculado à própria universidade. A Diretoria é responsável pelo cumprimento das determinações do conselho diretivo, por questões legais e técnicas e pela gestão financeira e administrativa da organização. Seus membros podem ser escolhidos pelo conselho diretivo, pelo proprietário do hospital privado ou pelo Reitor da universidade. O Corpo Clínico é composto pelos médicos, sendo chefiados por um Diretor Clínico. Já o Corpo Profissional é formado tanto por profissionais que dão suporte ao atendimento ao paciente, como enfermeiros e fisioterapeutas, quanto pelo pessoal administrativo. Os componentes dos corpos clínicos e profissional ingressam em hospitais privados por meio de contratos de trabalho ou por prestação de serviços autônomos, enquanto os profissionais das instituições públicas, via de regra, são admitidos mediante aprovação em concurso público (CALVO, 2002).

Há diferenças quanto à compra de materiais e equipamentos e a contratação de serviços em hospitais de diferentes naturezas jurídicas. Os privados podem contar com serviços de apoio fornecidos por outras empresas dentro ou fora de suas instalações. A aquisição de materiais e equipamentos, nessas organizações, é feita diretamente junto aos fornecedores. Em organizações públicas, porém, as compras de materiais e serviços somente podem ser feitas por licitação (CALVO, 2002).

A dimensão técnica e assistencial nessas organizações costuma se sobrepôr às questões gerenciais, até mesmo devido à autonomia proporcionada aos médicos, que podem sentir-se mais comprometidos com seu trabalho do que com o desenvolvimento organizacional. Problemas de gestão podem surgir quando os hospitais são administrados por estes profissionais, que podem ser desprovidos de conhecimentos técnicos suficientes para lidar com suas complexidades administrativas. A parcela de instituições hospitalares com administração profissional ainda é irrisória no Brasil quando comparada à quantidade de entidades administradas por médicos. Atualmente, isto se agrava pelo fato dos pacientes estarem mais exigentes, requerendo mais qualidade e eficiência, o que conseqüentemente demanda maior capacidade gerencial para que a instituição supere seus novos desafios (ABBAS, 2001; ALVES, 2007).

A internação é a atividade que diferencia o hospital dos demais estabelecimentos de saúde, tendo em vista que só pode ser realizada em instalações hospitalares. Para essas atividades, três aspectos são imprescindíveis: recursos humanos especializados, equipamentos

e materiais usados na assistência à saúde e, por fim, recursos financeiros necessários para a prestação destes serviços (CALVO, 2002).

2.1.1.3.1 Gestão Financeira de Hospitais

Assim como qualquer organização, os hospitais que visam lucro têm por objetivo principal, além de sua função social, aumentar a remuneração sobre o capital investido pelos proprietários. Aqueles sem fins lucrativos, apesar de não terem o objetivo de favorecer financeiramente qualquer pessoa, devem também obter lucro, mas este deverá ser revertido em benefícios para a própria instituição e, por conseqüência, para os pacientes que a procuram (ABBAS, 2001).

Seu gestor financeiro de um hospital deve garantir a disponibilidade de recursos enquanto durarem as atividades do hospital, ou seja, proporcionar a manutenção de sua estabilidade financeira no longo prazo (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998).

A estrutura organizacional da sua área financeira pode variar significativamente de acordo com seu porte, sua natureza jurídica, sua finalidade, dentre inúmeros outros fatores. Entretanto, deve ser definida de modo a “possibilitar uma autonomia de funcionamento, demarcar responsabilidades, assegurar que um indivíduo não seja responsável perante mais de uma pessoa e estabelecer amplitudes adequadas de controle”. A estrutura mais comumente utilizada diz respeito à divisão por funções, como planejamento, orçamento, contabilidade, tesouraria, controle e avaliação, auditoria e custos (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998).

Os hospitais podem ser remunerados basicamente por três tipos de fontes de recursos, a saber, valores provenientes do SUS, dos planos de saúde e dos pacientes particulares. Se, por um lado, o pagamento pelos serviços prestados aos pacientes usuários do SUS não costuma cobrir os custos do serviço e uma vez que os planos de saúde buscam continuamente reduzir os valores pagos aos hospitais, por outro, os pacientes particulares, cujo pagamento geralmente cobre os custos do atendimento, estão se tornando cada vez mais escassos. (TOGNON, 1999).

As atividades dos hospitais são caras, mas sua remuneração é muito baixa, pois por vezes não é possível cobrar todos os custos. Os valores recebidos pelas diárias e taxas hospitalares podem ser menores do que seus gastos, trazendo prejuízos à organização (ABBAS, 2001; ALVES, 2007). Os avanços tecnológicos são uma das causas do alto custo destas operações, mas seu principal fator é a ineficiência na administração, refletida também no déficit apresentado pelos hospitais, que costumam desconhecer os custos inerentes às suas

atividades e aumentar suas tabelas de preços sem qualquer embasamento técnico, sem avaliar a composição de seus custos (ABBAS, 2001).

Tognon (1999) reafirma a importância da preocupação com os custos hospitalares e, de forma mais geral, da gestão financeira profissional nessas organizações:

A era do empirismo na gestão hospitalar está com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias. Hoje já se fala em planejamento financeiro, fluxo de caixa e outras ferramentas simples, porém de grande utilidade para a administração do negócio. Dentre estas ferramentas, a questão dos custos hospitalares também é de extrema importância.

Diante dessa problemática, e considerando a importância atribuída pelos autores à Gestão Financeira de Hospitais, será aprofundada a revisão sobre a Administração Financeira.

2.2 ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

A Administração Financeira diz respeito às decisões inerentes à gestão dos recursos financeiros de uma organização, seja ela com ou sem fins lucrativos, com vistas à melhoria de seu desempenho e a sustentabilidade de sua posição competitiva. Lidando com questões estratégicas, possui papel de destaque dentro da empresa, especialmente pelo fato das decisões empresariais serem comumente medidas em termos monetários (GITMAN, 2010).

Em complemento a este conceito, Assaf Neto (2010b) destaca que administrar consiste em decidir, e, especificamente na área financeira, decidir quanto ao uso dos recursos de capital, no que tange à sua obtenção e aplicação, considerando o contexto operacional e estratégico da organização.

Conta com a contribuição de outras ciências, como a Economia e a Contabilidade. Relaciona-se com a Economia no sentido de que suas atividades sofrem influência do cenário e das dinâmicas econômicas, e pelo uso que faz de suas teorias, notadamente em relação ao princípio da análise marginal custo-benefício, que deve embasar as decisões financeiras. Seu vínculo com a Contabilidade é decorrente da necessidade de análise das demonstrações contábeis para a avaliação da situação econômico e financeira da organização e para a tomada de decisão por parte do administrador financeiro (GITMAN, 2010).

Além destas ciências, também conta com os conhecimentos advindos da Estatística, que são utilizados para projetar cenários econômicos e resultados prováveis com base em

dados históricos, e comparar os resultados obtidos entre períodos distintos ou mesmo entre empresas (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

Ocupa-se do processo decisório acerca de duas questões: a tomada de decisões de investimento e de financiamento, que podem ainda ser classificadas quanto ao prazo, como sendo de longo ou curto prazo (GITMAN, 2010).

As decisões de financiamento dizem respeito à captação de recursos quanto ao volume e fonte, que pode ser própria ou de terceiros. Já as decisões de investimento, referem-se à escolha na aplicação deste capital. É imprescindível que ambas as decisões sejam tomadas de maneira conjunta, pois influenciam uma à outra e determinam a estabilidade financeira e a atratividade econômica da organização (ASSAF NETO, 2010a).

Até meados dos anos 50, sua preocupação fundamental, influenciada pela abordagem tradicional das finanças, fixava-se em torno das decisões de financiamento. Seu foco eram as questões do ambiente externo, inerentes ao mercado financeiro. Após esse período, diante da influência das teorias administrativas, que passaram a discutir o contexto interno das organizações, e da Teoria Geral de Keynes, que deu ênfase aos investimentos, a Administração Financeira passou a se preocupar, também, com os aspectos internos à empresa, adquirindo uma postura questionadora diante da sua realidade operacional, e visando o desenvolvimento organizacional. Com isso, emergiram conceitos como retorno do investimento e custo de capital, bem como a importância da sua interdependência na tomada de decisão. Nos anos 90, em resposta ao aumento da complexidade do ambiente, decorrente inclusive da globalização da economia e da volatilidade do mercado, foram incorporados conceitos como a gestão do risco e teoria do portfólio, com vistas à redução do risco dos investimentos. Com o advento da teoria dos *stakeholders*, mais uma variável foi incluída nas decisões financeiras: a preocupação com o bem-estar dos grupos que influenciam ou são influenciados pela ação da empresa (ASSAF NETO, 2010b).

Assaf Neto (2010b) destaca a necessidade do estabelecimento, por parte da organização, de seus objetivos, para que sirvam como diretriz na tomada de decisões financeiras e como parâmetro para o processo de avaliação e controle. Este objetivo, no entendimento de Gitman (2010), não deve ser a maximização do lucro, pois deve considerar também fatores como o momento da ocorrência do retorno do investimento, o risco associado a ele e os fluxos de caixa resultantes da escolha de cada alternativa.

Groppelli e Nikbakht (2010) concordam, dizendo que a maximização do lucro não necessariamente proporciona criação de riqueza, pois, uma vez que visa o curto prazo, pode ser obtida mediante ações que comprometam a sustentabilidade das atividades e a imagem do

empreendimento no longo prazo, podendo causar prejuízo da capacidade de geração de valor. Nesse sentido, “o objetivo de maximização do lucro pode conflitar com o objetivo de maximização da riqueza” (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

O objetivo, portanto, não deveria ser o mero aumento do lucro, mas a maximização da riqueza dos proprietários o que, na concepção de Adam Smith (1776 *apud* Assaf Neto, 2010b), traria por consequência a satisfação dos interesses da sociedade.

2.2.1 Administração Financeira de Curto Prazo

A administração financeira de curto prazo, na opinião de Gitman (2010), é uma das mais importantes áreas das finanças e uma das que demandam maior tempo do administrador. Seu objetivo é “gerenciar cada elemento do ativo circulante [...] e de seu passivo circulante [...] para atingir um equilíbrio entre rentabilidade e risco que contribua positivamente para o valor da empresa” (GITMAN, 2010, p. 546).

2.2.1.1 Capital de Giro

O capital de giro, ou ativo circulante (AC), é o montante de recursos que circula de uma conta para outra em decorrência das atividades do negócio, ou seja, “representa o valor total dos recursos demandados pela empresa para financiar seu ciclo operacional” (ASSAF NETO, 2010b, p. 554).

O passivo circulante (PC) é a porção de obrigações da empresa para com terceiros, exigíveis no curto prazo. A diferença entre AC e PC mostra o capital de giro líquido (CGL), que é a quantidade de AC não comprometida com obrigações de curto prazo (GITMAN, 2010). “O capital circulante líquido é frequentemente visto como um indicador de liquidez na administração do capital de giro” (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010, p. 333).

Quando o AC é maior que o PC, o CGL é positivo, ou seja, a organização apresenta folga financeira, podendo cumprir suas obrigações independentemente da realização de todos seus direitos de curto prazo. O oposto resulta em CGL negativo, podendo indicar problemas de liquidez, pela possibilidade de não haver capital circulante suficiente para sanar todas as obrigações de curto prazo, que estão financiando ativos com maturidade mais longa do que o seu prazo de exigibilidade (ASSAF NETO, 2010b).

O aumento da porcentagem do AC sobre o ativo total, mantido este inalterado, proporciona redução do risco, mas também causa uma diminuição da rentabilidade, pelo fato

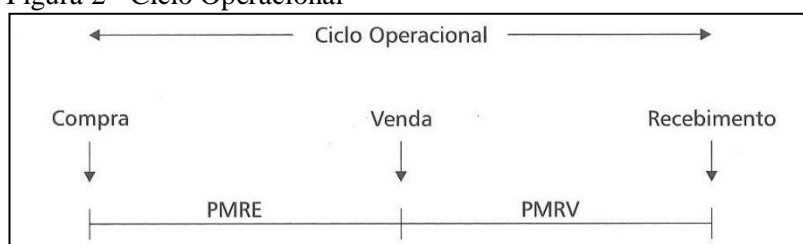
dos ativos de curto prazo serem menos rentáveis que os demais. Por outro lado, quanto maior o PC, mantido o ativo total constante, mais elevado será o risco de insolvência técnica, mas maior também será a rentabilidade, já que o financiamento de curto prazo é o que apresenta menor custo, podendo inclusive não ter juros ou encargos (GITMAN, 2010).

Em relação às decisões de financiamento de curto prazo, Groppelli e Nikbakht (2010) apontam três estratégias. A abordagem muito conservadora consiste em financiar apenas parte das necessidades sazonais com recursos de curto prazo. Se por um lado seu custo é alto, o risco de insolvência é muito baixo. Na abordagem conservadora, todas as necessidades sazonais são financiadas pelo PC. Já na abordagem agressiva, além das necessidades sazonais, parte do AC é financiado com dívidas de curto prazo, o que proporciona baixo custo mas alto risco, pela possibilidade de aumento das taxas de juros dos empréstimos de curto prazo e pelo risco de não obtenção de crédito.

2.2.1.2 Ciclo Econômico e Financeiro

O ciclo econômico, ou ciclo operacional, é o período compreendido entre a aquisição da matéria-prima para a produção de bens ou serviços, ou da mercadoria para revenda, e a entrada em caixa referente à sua venda. Como pode ser observado na Figura 2, a soma do prazo médio de renovação de estoques (PMRE) e do prazo médio de recebimento de vendas (PMRV) representa o tempo total deste ciclo (GITMAN, 2010; MATARAZZO, 2010).

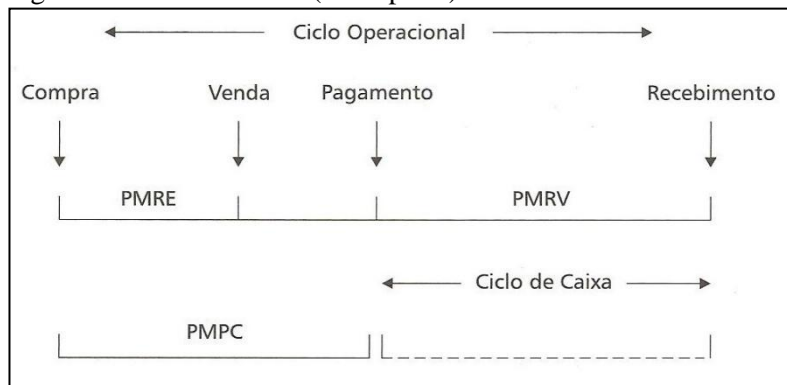
Figura 2 - Ciclo Operacional



Fonte: Matarazzo, 2010

Até o momento em que é efetuado o pagamento dos insumos, o financiamento do ciclo operacional é feito pelo fornecedor dos fatores de produção. A partir deste ponto, conforme ilustra a Figura 3, tem início o ciclo financeiro, ou ciclo de caixa, correspondendo ao período em que as operações estão sendo financiadas pela própria empresa, e que dura até o recebimento das vendas. Quanto maior o ciclo de caixa, maior será o período para o qual terá que obter financiamento (GITMAN, 2010).

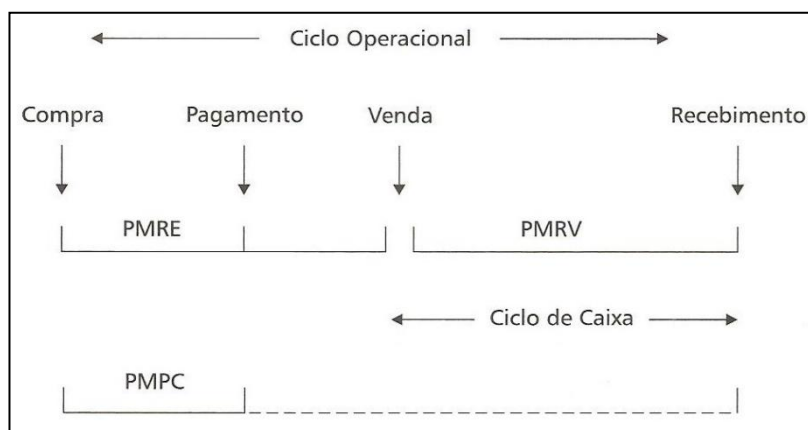
Figura 3 - Ciclo de Caixa (Exemplo 1)



Fonte: Matarazzo, 2010.

A Figura 4 demonstra, quando comparada à ilustração anterior, que a necessidade de financiamento das operações é maior quanto: a) menor for o prazo médio de pagamento de compras; b) maior for o ciclo operacional.

Figura 4 - Ciclo de Caixa (Exemplo 2)



Fonte: Matarazzo, 2010.

Com vistas a minimizar esta necessidade de financiamento, Gitman (2010) aponta como estratégias o aumento no prazo de pagamento aos fornecedores e do giro dos estoques e a redução do prazo de recebimento de contas.

2.2.1.3 Administração de Caixa

“O termo caixa [...] refere-se a ativos de liquidez imediata, ou seja, recursos monetários armazenados pela empresa e saldos mantidos em contas correntes bancárias [...]” (ASSAF NETO, 2010b, p. 581).

Apesar de não proporcionar qualquer retorno, a manutenção destes recursos visa reduzir as incertezas inerentes ao fluxo de entradas e saídas de caixa e, por este motivo, é imprescindível que sempre contenha um saldo. Este nível pode ser encontrado com o auxílio de métodos como o Modelo do Lote Econômico (LEC) e o Modelo de Miller e Orr, que devem incorporar, tanto quanto possível, a realidade da organização (ASSAF NETO, 2010).

O LEC busca encontrar o ponto onde os custos de manutenção e de obtenção são minimizados. Os custos de manutenção dizem respeito ao custo de oportunidade de manter o dinheiro em caixa ao invés de aplicá-lo em títulos rentáveis, enquanto os custos de obtenção são aqueles gerados pela conversão destes ativos em dinheiro. O nível de caixa se inicia com um determinado valor, que é calculado pelo modelo. Todas as entradas de caixa vão sendo aplicadas em papéis e, quando o saldo de caixa se esgota, eles são resgatados, até ser atingido o mesmo valor inicial de caixa, que é aquele que minimiza os custos de obtenção e manutenção. Este método é mais adequado para situações onde os embolsos e desembolsos são contínuos e para o planejamento de caixa de curto prazo, pois parte da premissa de haver certeza acerca do fluxo de caixa (ASSAF NETO, 2010b).

Visando a redução dos custos totais das necessidades de caixa, o Modelo de Miller e Orr pode ser usado em condições de incerteza, pois admite oscilações inesperadas no montante em caixa. Para isso, é calculado um nível de retorno, e um limite superior de saldo. O limite inferior do nível de caixa é definido pela empresa, de acordo com sua aversão ao risco e considerando sua realidade e, a partir dele, são calculadas as demais medidas. Sempre que o caixa atingir o limite inferior, serão resgatados títulos de modo a igualar o saldo ao nível de retorno. Igualmente, sempre que o saldo for maior que o limite superior, serão adquiridos títulos até que o valor volte ao nível de retorno. Ao redor deste valor, e entre os limites mínimo e máximo, o caixa pode oscilar livremente sem que sejam necessárias quaisquer intervenções por parte do gestor (ASSAF NETO, 2010b).

2.2.1.4 Administração de Estoques

Para Groppelli e Nikbakht (2010), “o principal propósito da administração de estoques é determinar e manter um nível de estoque que assegure o atendimento pontual dos pedidos dos clientes em quantidade satisfatória”.

Assaf Neto (2010b) ressalta que, pelo fato de serem ativos menos líquidos que demais, é preciso buscar rapidez no seu giro, de modo a aumentar sua liquidez e rentabilidade. Para tanto, mas de modo a não perder economia de escala e não incorrer em falta de insumos para

as operações, a empresa pode utilizar algumas técnicas de gestão de estoques sugeridas por Gitman (2010): Sistema ABC, LEC, Sistema Just in Time e Sistemas Computadorizados de Controle de Recursos.

No Sistema ABC, os itens do estoque são classificados em três grupos. Os pertencentes ao A são os que requerem mais aplicações, os itens B exigem investimentos moderados, enquanto o C contém os itens que demandam mais recursos empregados. Para os itens do grupo A, é feita uma gestão de estoques mais controlada, e para os demais, principalmente o C, pode ser aplicado menos rigor ao controle (ASSAF NETO, 2010b; GITMAN, 2010).

O LEC, com uso similar ao da administração de caixa, busca encontrar o tamanho ideal do lote de compra, de modo a reduzir os custos totais de aquisição dos insumos, compostos pelo custo de pedido e o custo de manutenção. Enquanto o primeiro diminui com a redução da frequência de pedidos no período, o segundo aumenta, e vice-versa. O modelo busca, então, um ponto ótimo, onde ambos os custos são minimizados. Além disso, permite encontrar o momento em que deve ser realizada a compra, o ponto de emissão de novo pedido, podendo inclusive considerar a manutenção de um estoque de segurança, para impedir a falta de materiais (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

O Sistema Just in Time consiste na entrega dos insumos no exato momento em que serão utilizados na operação, dispensando a necessidade de manutenção de estoques de matérias-primas e até mesmo de estoque de segurança, ou reduzindo-o a um nível muito baixo (GITMAN, 2010).

Fazendo uso de outras técnicas de controle de estoques, como o LEC, os sistemas computadorizados de controle de recursos determinam a quantidade e o momento do pedido, de modo a atender plenamente o plano de produção, mantendo o menor nível de estoques possível, em um patamar economicamente viável, podendo ser interligados a clientes e fornecedores (GITMAN, 2010).

2.2.1.5 Administração de Contas a Receber

As políticas de crédito da empresa determinam o volume de contas a receber. Uma abordagem mais rigorosa tende a mantê-lo em um nível baixo, reduzindo a possibilidade de inadimplência e o ciclo de caixa, mas também pode afetar o volume de vendas. O oposto ocorre ao passo em que a empresa flexibiliza sua política de crédito, isto é, cresce o volume de vendas, mas também o ciclo de caixa e a inadimplência. Há que se verificar, portanto, os

benefícios de uma alteração nas estratégias de concessão de crédito (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

A gestão do crédito, para Gitman (2010), é composta por três dimensões: Seleção e Padrões de Crédito, Termos de Crédito e Monitoramento de Crédito.

Seleção e padrões de crédito consistem na avaliação do perfil do cliente e sua comparação com os padrões de crédito estabelecidos pela empresa, ou seja, suas regras de concessão de crédito. Alguns dos métodos disponíveis são os Cinco Cs do Crédito, onde o cliente é analisado acerca dos aspectos caráter, capacidade de pagamento, capital, colateral (garantias oferecidas) e condições econômicas; e o *Scoring* de Crédito, que atribui pesos a diversas características financeiras do cliente, buscando mensurar sua capacidade de pagamento (GITMAN, 2010).

Os termos de crédito contêm as condições de venda e crédito combinadas entre a empresa e o cliente, incluindo o prazo de concessão do crédito e descontos financeiros por pagamentos antecipados (GITMAN, 2010). O prazo de concessão de crédito deve ser determinado considerando diversos aspectos mercadológicos, como as características do mercado, dos concorrentes, do produto, as metas gerenciais da própria empresa e as condições econômicas. A concessão dos descontos por pagamentos antecipados busca estimular um aumento no volume de vendas no curto prazo ou reduzir o investimento em contas a receber, entretanto, deve ser analisado com cautela, considerando que traz também uma redução no lucro (ASSAF NETO, 2010b).

Ao avaliar se os pagamentos estão ocorrendo de acordo com os termos de crédito, a empresa está realizando o monitoramento de crédito, que pode ser feito por meio do cálculo do prazo médio de recebimento de vendas. Quando este resultar em um valor maior que o prazo de pagamento definido nos termos de crédito, significa que os pagamentos em média estão sendo efetuados após o vencimento. Neste caso, ou se este prazo médio estiver sofrendo um crescimento ao longo do tempo, faz-se necessário avaliar a política de crédito praticada (GITMAN, 2010).

2.2.2 Administração Financeira de Longo Prazo

Esta seção está dividida em Investimentos de Longo Prazo, Custo de Capital e Estrutura de Capital.

2.2.2.1 Investimentos de Longo Prazo

“As decisões de investimento envolvem a elaboração, avaliação e seleção de propostas de aplicações de capital efetuadas com o objetivo, normalmente de médio e longo prazos, de produzir determinado retorno aos proprietários de ativos” (ASSAF NETO, 2010b, 313).

Para Assaf Neto (2010b), apesar da literatura acerca do tema geralmente estar voltada a entidades com fins lucrativos, este conceito pode também ser empregado no estudo de organizações que não visam à obtenção de lucro.

Os principais motivos para a realização de investimentos de capital, que envolvem o desembolso de grandes volumes de dinheiro, são expansões, reformas, aquisições e substituições de ativos. O orçamento de capital é composto pela geração de propostas, revisão e análise, tomada de decisão, implementação e monitoramento. As etapas mais importantes e complexas são a revisão e análise e a tomada de decisão (GITMAN, 2010).

Para Assaf Neto (2010b), a análise envolve quatro dimensões: o dimensionamento dos fluxos de caixa incrementais, a avaliação econômica dos fluxos de caixa, a definição da taxa de retorno exigida pelos proprietários de capital, e a introdução do risco.

Dimensionar o fluxo de caixa incremental significa identificar os fluxos de caixa decorrentes da proposta, excluindo-se aqueles que ocorreriam mesmo se ela não fosse aceita. Abrange, ainda, a atribuição dos efeitos colaterais de sua implementação para o fluxo de caixa total. Deve compreender, portanto, o valor do investimento inicial, as alterações nas receitas, custos e despesas operacionais, bem como as entradas de caixa proporcionadas pela venda de ativos descartados em função da aprovação da aplicação (ASSAF NETO, 2010b). Gitman (2010) inclui mais dois aspectos ao dimensionamento, que são a consideração de custos irrecuperáveis e de oportunidade e a necessidade de mensuração do fluxo de caixa terminal, referente ao período final do projeto, produto de sua liquidação.

Para a avaliação econômica, podem ser usados diversos métodos de análise, como: Período de Payback, que consiste em encontrar o tempo necessário para que o investimento inicial retorne ao caixa; Taxa Interna de Retorno, que é a taxa que iguala, geralmente em valor presente, as saídas e entradas de caixa proporcionadas pela aplicação; Valor Presente Líquido, que mostra a diferença entre o valor presente dos desembolsos e das entradas de caixa esperadas (ASSAF NETO, 2010b). Assaf Neto (2010b) ressalta a importância da introdução de fatores qualitativos para a análise dos investimentos, como complemento às técnicas quantitativas, e de modo a incorporar as estratégias e os objetivos da organização.

A definição da taxa de retorno exigida pelos proprietários de capital parte do custo de capital total da empresa, que é a taxa de mínima atratividade do investimento. Quando este retorno for maior do que o exigido, a empresa está promovendo agregação de valor econômico, tornando-se mais atraente economicamente, aumentando seu valor de mercado. Aplicações cujas taxas de retorno são menores que o custo de capital não devem ser aceitas (ASSAF NETO, 2010b).

O ajuste ao risco é a incorporação da incerteza inerente ao futuro do investimento analisado. “Em orçamentos de capital, não há projetos livres de risco. Os fluxos de caixa futuros de um projeto, inesperadamente, podem aumentar ou diminuir” (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010, p. 146). Sempre que de possível quantificação, deve ser atribuída a probabilidade dos possíveis resultados da aplicação, podendo ser usadas técnicas como Análise de Sensibilidade, Avaliação de Cenários, Análise do Ponto de Equilíbrio, entre outras (ASSAF NETO, 2010b).

2.2.2.2 Custo de Capital

“O custo de capital de uma empresa reflete, em essência, a remuneração mínima exigida pelos proprietários de suas fontes de recursos” (ASSAF NETO, 2010b, p. 427).

Pode ser utilizado para qualificar os investimentos, pois é considerado como a taxa de mínima atratividade. Quando o retorno do investimento é maior que o custo de capital, diz-se que irá criar valor econômico para a empresa. É possível, então, aumentar a geração de riquezas tanto pela escolha de investimentos mais rentáveis quanto pela obtenção de capital mais barato (ASSAF NETO, 2010b).

O retorno exigido pelas fontes de capital é função do risco associado ao financiamento. Quanto maior o risco, maior será o custo, sendo que prazos mais longos proporcionam risco mais elevado para o investidor (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

“As empresas contam com quatro fontes básicas de fundos de longo prazo: dívidas de longo prazo, ações preferenciais, ações ordinárias e lucros retidos [...] embora nem todas as empresas recorram a todas essas formas de financiamento” (GITMAN, 2010).

O ônus gerado pela obtenção de empréstimos e financiamentos junto a instituições financeiras é o custo de capital de terceiros, obtido “pela taxa de desconto que iguala, em determinado momento, os vários desembolsos previstos de capital e de juros, com o principal liberado para a empresa”. Por ser concedido mediante garantias contratuais e por seu pagamento ser independente dos resultados operacionais da empresa, o risco relativo ao

capital de terceiros é menor em relação ao capital próprio tendo, até certo nível de endividamento, custo mais baixo. (ASSAF NETO, 2010b, p. 428).

O custo de capital próprio representa a taxa de retorno exigida pelos proprietários como contrapartida pelo investimento dos seus recursos na empresa. Por depender da geração de lucro para ser remunerada, esta fonte possui um risco mais alto (ASSAF NETO, 2010b).

O custo médio ponderado de capital (CMPC), que é o custo de capital total, é obtido pela média dos custos de cada fonte, ponderada pela sua participação na estrutura de capital de longo prazo (ASSAF NETO, 2010b).

À medida em que a empresa obtém mais financiamentos e, com isso, aumenta seu volume de dívidas, o custo de capital total torna-se mais oneroso. Para medir especificamente o custo associado à próxima unidade monetária do financiamento que se pretende obter, pode-se utilizar o custo marginal ponderado de capital, em cujo cálculo é encontrado o ponto de ruptura, para identificar o nível do novo financiamento a partir do qual o custo terá crescimento e, então, calcula-se o CMPC para cada uma das faixas de custo de capital (GITMAN, 2010).

2.2.2.3 Estrutura de Capital

“A estrutura de capital de uma empresa refere-se à composição de suas fontes de financiamento a longo prazo, oriundas de capital de terceiros [...] e de capitais próprios” (ASSAF NETO, 2010b, p. 483).

Seu estudo tem por finalidade encontrar a estrutura ótima de capital, isto é, a combinação de recursos próprios e de terceiros que minimize os custos totais de capital, o que, segundo Gitman (2010), aumenta o valor econômico da empresa.

Há duas linhas de pensamento acerca deste tema, a Teoria Convencional e a Teoria de Modigliani e Miller (ASSAF NETO, 2010b).

A teoria convencional defende que há uma distribuição de capital onde o custo total é reduzido a um valor mínimo, e que, em decorrência disto, neste ponto a riqueza dos proprietários é maximizada. Até este ponto, a inclusão de passivos onerosos, entendidos como recursos de terceiros, causa uma redução do custo de capital total e, a partir dele, a inclusão de capital de terceiros tem como efeito o crescimento contínuo do CMPC. Além disso, o custo de cada uma das fontes de capital também se eleva a partir desse nível de endividamento, em decorrência do crescimento do risco (ASSAF NETO, 2010b).

Em oposição a esta hipótese, a teoria de Modigliani e Miller parte do pressuposto que não há uma estrutura ótima de capital, pois o custo de capital seria uma constante. Isso pelo fato de que, ao ser obtido novo financiamento, a redução no custo de capital seria compensada pelo aumento do retorno exigido pelos investidores, decorrente do crescimento do risco. O valor da empresa seria, então, independente da sua estrutura de capital. Esta teoria, porém, desconsiderou a existência de impostos e de custo de falência (ASSAF NETO, 2010b).

Ao reformular sua teoria, incluindo estas variáveis, Modigliani e Miller chegaram à conclusão de que, em decorrência dos abatimentos no Imposto de Renda (IR) proporcionados pelas dívidas junto a terceiros, a captação de recursos desta fonte reduz o CMPC até certo ponto, onde o custo de falência, que é o risco associado à elevação da alavancagem, começa a ser maior que as deduções do imposto e, portanto, o CMPC começa novamente a crescer. Este seria, portanto, o ponto ótimo da estrutura de capital (GROPPELLI e NIKBAKHT, 2010).

Groppelli e Nikbakht (2010) e Gitman (2010) são unânimes em dizer que não há uma metodologia específica para o estabelecimento deste ponto. “Como é impossível conhecer com precisão a estrutura de capital ótima ou nela permanecer, as empresas normalmente procuram manter-se em uma faixa que as deixe próximas de onde acreditam estar a estrutura de capital ótima” (GITMAN, 2010).

2.3 ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA

Trata-se de uma reflexão acerca das demonstrações financeiras de modo a avaliar os aspectos operacionais, econômicos, patrimoniais e financeiros da organização. Visa extrair informações que possam embasar a tomada de decisão, por meio da inter-relação entre os elementos patrimoniais. “O diagnóstico de uma empresa quase sempre começa com uma rigorosa Análise de Balanços” (MATARAZZO, 2010).

A análise das demonstrações financeiras visa fundamentalmente ao estudo do desempenho econômico-financeiro de uma empresa em determinado período passado, para diagnosticar, em consequência, sua posição atual e produzir resultados que sirvam de base para a previsão de tendências futuras. Na realidade, o que se pretende avaliar são os reflexos que as decisões tomadas por uma empresa determinam sobre sua liquidez, estrutura patrimonial e rentabilidade (ASSAF NETO, 2010b).

Através desta análise são apresentados os pontos críticos que devem ser tidos como prioridades para a solução de problemas, proporcionando uma visualização das estratégias e

planos da empresa, e permitindo a projeção de suas potencialidade e limitações futuras (MATARAZZO, 2010).

2.3.1 Demonstrações Financeiras

As demonstrações financeiras são a representação dos dados obtidos pela contabilidade, objetivando evidenciar os principais fatos registrados em determinado período (MARION, 2009).

“Somente pelo entendimento da estrutura contábil das demonstrações é que se pode desenvolver avaliações mais acuradas [...] sem os quais ficam seriamente limitadas as conclusões extraídas sobre o desempenho da empresa” (ASSAF NETO, 2010a).

As principais demonstrações utilizadas para a realização de uma análise econômico-financeira são o Balanço Patrimonial (BP) e a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE). Entretanto, o exame de outras demonstrações e relatórios disponíveis ao pesquisador poderá propiciar um aprofundamento e uma maior abrangência ao processo de avaliação (PADOVEZE e BENEDICTO, 2010).

2.3.1.1 Balanço Patrimonial

Marion (2009) afirma que “o Balanço Patrimonial é a principal peça contábil”. Padoveze e Benedicto (2010) apóiam esta afirmação e a complementam dizendo que ele evidencia o patrimônio da entidade em um determinado momento. Apresenta os bens e direitos, que formam o ativo, e as obrigações, que compõem o passivo. A diferença entre os dois grupos de contas é o patrimônio líquido (PL), que representa a riqueza líquida dos proprietários investida na empresa. Exibe, também, as origens e as aplicações do capital da organização, uma vez que os investimentos são evidenciados no ativo e as origens no passivo (MARION, 2009; PADOVEZE e BENEDICTO, 2010).

O ativo é composto pelo AC e pelo ativo não-circulante. No circulante são alocadas as contas que se realizarão em um período menor que o exercício social, geralmente de um ano. O não-circulante, ou permanente, comporta as contas de longo prazo, que são classificadas em ativo realizável a longo prazo (ARLP), investimentos, imobilizado, e intangível (MARION, 2009).

No lado direito do BP, encontram-se as contas do PC, passivo não-circulante e PL. O passivo circulante são as obrigações exigíveis no curto prazo, que deverão ser liquidadas em

um prazo menor que o exercício social, enquanto o passivo não-circulante, ou passivo exigível a longo prazo (ELP) contém as dívidas de longo prazo. O PL representa as obrigações não exigíveis, pois diz respeito ao capital aplicado pelos proprietários na empresa, somente podendo ser exigido após o encerramento das atividades da organização, e após as outras dívidas terem sido pagas (MARION, 2009).

Marion (2009) ressalta que em toda a estrutura do BP as contas são ordenadas de acordo com seu grau de liquidez, sendo primeiramente evidenciadas as que serão exigidas ou realizadas em um menor espaço de tempo.

2.3.1.2 Demonstração do Resultado do Exercício

Segunda demonstração mais importante, a DRE apresenta as transações que alteram a riqueza dos proprietários dentro de um determinado período de tempo (PADOVEZE e BENEDICTO, 2010). Marion (2009) afirma que pela DRE é observado o indicador global de eficiência, isto é, o resultado dos investimentos feitos pelos proprietários, que pode ser lucro ou prejuízo. As receitas, despesas e custos se acham evidenciadas nessa peça contábil de forma ordenada quanto à sua natureza. (ASSAF NETO, 2010a).

A DRE apresenta o cálculo de vários resultados de um período. O lucro bruto é calculado subtraindo-se da receita bruta o custo das mercadorias vendidas (CMV), e deverá ser suficiente para cobrir as diversas despesas, os impostos e a remuneração dos proprietários. Já o lucro operacional é obtido pela diferença entre o lucro bruto e as despesas operacionais, que são despesas de vendas, administrativas e financeiras, além de outras despesas. O lucro antes dos juros e imposto de renda (LAJIR) é o lucro após o pagamento das despesas não operacionais, enquanto o lucro depois do imposto de renda (LADIR) é aquele obtido após o pagamento do IR e das Contribuições Sociais. O lucro líquido é obtido após a dedução de “participações, previstas nos estatutos, de debêntures, de empregados e administradores, partes beneficiárias e as contribuições para instituições ou fundos de assistência ou previdência de empregados”, e representa o resultado econômico da organização no período (MARION, 2009).

2.3.2 Análise por Indicadores

As demonstrações contábeis podem ser traduzidas em indicadores econômico-financeiros, por meio da inter-relação entre seus elementos. Os indicadores, ou índices, são as

ferramentas clássicas da análise de balanços e visam obter maior clareza sobre o desempenho econômico-financeiro da entidade, propiciando a indicação de melhorias. Destaca-se a importância do julgamento do analista para a qualidade das conclusões obtidas por este estudo (PADOVEZE e BENEDICTO, 2010).

A profundidade analítica desejada determina a quantidade de índices a serem empregados. Entretanto, o aumento no desempenho da análise não cresce na mesma proporção da quantidade de indicadores. “Quando, por exemplo, se dobra o número de índices, não se consegue dobrar a quantidade de informações” (MATARAZZO, 2010). O excesso de indicadores, para Padoveze e Benedicto (2010), não apenas deixa de trazer maior qualidade à análise, mas pode prejudicá-la. Por outro lado, sua escassez pode impossibilitar o alcance de conclusões satisfatórias (ASSAF NETO, 2010b).

Padoveze e Benedicto (2010) recomendam o uso de dez a vinte indicadores. Matarazzo (2010) afunila ainda mais essa quantidade, afirmando que o ideal é o uso de aproximadamente onze índices. É interessante que, mesmo sendo utilizados em uma quantidade suficiente, seja feita uma comparação dos índices ao longo dos anos e um confronto destes com resultados obtidos pelo setor em que atua a organização (ASSAF NETO, 2010).

Matarazzo (2010) divide os índices em dois grandes grupos: os referentes à situação financeira da empresa, que são os Índices de Estrutura e Endividamento e os Índices de Liquidez; e aqueles que indicam aspectos da situação econômica, os Índices de Rentabilidade. Destaca ainda que é comum diferentes autores proporem o uso de indicadores distintos e até mesmo de utilizarem cálculos diversos para evidenciar um mesmo índice, o que por si só, não afeta a qualidade da análise.

2.3.2.1 Rentabilidade

A rentabilidade é a relação entre os investimentos e o retorno obtido por eles. Para Padoveze e Benedicto (2010), esta é a parte mais importante da análise por indicadores, tendo por objetivo a mensuração do retorno dos investimentos e a identificação de suas causas. Matarazzo (2010) complementa afirmando que esta análise mostra o êxito econômico da organização.

A relevância desta análise advém do fato de que uma avaliação baseada somente no lucro pode resultar em erro de interpretação, pois desconsidera o potencial de geração de retorno econômico (ASSAF NETO, 2010b).

Os indicadores de rentabilidade indicados por Matarazzo (2010) são: Giro do Ativo, Margem Líquida, Rentabilidade do Ativo e Rentabilidade do Patrimônio Líquido.

2.3.2.1.1 Giro do Ativo

Evidencia o volume de vendas obtido em relação ao total de capital aplicado. O giro do ativo pode ser obtido pelo seguinte cálculo:

$$\text{Giro do Ativo} = \frac{\text{Vendas Líquidas}}{\text{Ativo}}$$

Mostra quanto a empresa vendeu para cada unidade monetária investida. Não se pode concluir que uma empresa está tendo um volume de vendas satisfatório apenas considerando o valor das vendas líquidas, mas sim comparando este número ao montante aplicado. Quanto maior o valor resultante do índice, mais vendas a empresa está conseguindo obter com determinado nível de investimento (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.1.2 Margem Líquida

A margem líquida “mostra a eficiência de uma empresa em produzir lucro por meio de suas vendas” (ASSAF NETO, 2010b). O cálculo abaixo representa o lucro proporcionado por cada R\$ 100,00 vendidos:

$$\text{Margem Líquida} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Vendas Líquidas}} \times 100$$

O aumento do volume de vendas não necessariamente representa aumento na lucratividade. Se as despesas tiverem aumentado em maior proporção que a receita líquida, a margem líquida será reduzida, isto é, o retorno sobre as vendas será diminuído. Para que se analise a rentabilidade da empresa, portanto, é preciso conhecer a margem de lucro obtida com as vendas, pois quanto maior for esta margem, maior será o retorno efetivamente obtido pelas vendas (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.1.3 Rentabilidade do Ativo

Mostra o retorno proporcionado pelo total de investimentos realizados pela empresa em seu ativo, ou seja, quanto lucro líquido é obtido com a aplicação de cada R\$100,00 do

ativo. Evidencia o potencial da empresa de gerar lucro e, assim, poder se capitalizar (MATARAZZO, 2010).

$$\text{Rentabilidade do Ativo} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo}} \times 100$$

2.3.2.1.4 Rentabilidade do Patrimônio Líquido

Apresenta o percentual de lucro líquido obtido com a aplicação do capital próprio, isto é, “o retorno dos recursos aplicados na empresa por seus proprietários” (ASSAF NETO, 2010b). É preciso realizar esta comparação pois a mera verificação do lucro líquido não é esclarecedora.

$$\text{Rentabilidade do PL} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{PL Médio}} \times 100$$

O valor do PL médio pode ser obtido pela seguinte expressão:

$$\text{PL Médio} = \frac{\text{PL Inicial} + \text{PL Final}}{2}$$

Este índice pode ser comparado com outras taxas de rendimento disponíveis no mercado. A rentabilidade da empresa precisa ser superior às demais aplicações do mercado, em decorrência do risco inerente a este tipo de investimento, e para compensar a aplicação feita pelos proprietários na empresa (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.2 Liquidez

Padoveze e Benedicto (2010) explicam que, nas finanças, liquidez é a disponibilidade de recursos para a liquidação das dívidas. Estes indicadores medem a “capacidade de pagamento [...] de uma empresa, ou seja, sua habilidade em cumprir corretamente as obrigações passivas assumidas” (ASSAF NETO, 2010b). Para Matarazzo (2010), mostram o “quão sólida é a base financeira da empresa” em um determinado momento.

Matarazzo (2010) apresenta três indicadores de liquidez: Liquidez Geral, Corrente e Seca.

2.3.2.2.1 Liquidez Geral

O índice de liquidez geral mostra a quantidade de recursos que a empresa possui para pagar suas dívidas, retratando sua saúde financeira de longo prazo. (ASSAF NETO, 2010b).

$$\text{Liquidez Geral} = \frac{\text{AC} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{PC} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

Quando o índice resulta em um valor maior que 1, a empresa apresenta uma folga financeira de longo prazo e, naquele momento, tem condições de quitar todas as suas dívidas, inclusive as de longo prazo, ainda tendo uma sobra de recursos financeiros. Por outro lado, o fato do índice ser menor do que 1 não significa que a empresa não terá condições de liquidar suas obrigações, pois as dívidas de longo prazo somente irão vencer no futuro, sendo preciso então que sejam gerados futuramente fundos para liquidar estas obrigações (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.2.2 *Liquidez Corrente*

Indica a capacidade de quitar suas dívidas de curto prazo com os recursos circulantes.

$$\text{Liquidez Corrente} = \frac{\text{AC}}{\text{PC}}$$

Um resultado maior que 1 indica que o ativo circulante é maior do que o passivo circulante, isto é, a empresa tem capacidade de quitar todas as dívidas de curto prazo com seus recursos presentes no ativo circulante e ainda apresenta folga financeira (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.2.3 *Liquidez Seca*

Seu cálculo é similar ao índice de liquidez corrente, apenas excluindo-se os estoques, que, dentre os recursos circulantes, é aquele que apresenta menor liquidez.

$$\text{Liquidez Seca} = \frac{\text{AC} - \text{Estoques}}{\text{PC}}$$

Este índice mede o grau de excelência na situação financeira e geralmente é coerente com a liquidez corrente. Mostra a capacidade de liquidar dívidas de curto prazo com as disponibilidades correntes de maior liquidez, independentemente da realização dos estoques (ASSAF NETO, 2010b; MATARAZZO, 2010).

2.3.2.3 Estrutura e Endividamento

Os indicadores de estrutura e endividamento “são utilizados, basicamente, para aferir a composição (estrutura) das fontes passivas de recursos de uma empresa” (ASSAF NETO, 2010b). Mostram de que forma os passivos onerosos são aplicados, bem como sua participação diante do capital próprio na estrutura de capital, evidenciando a dependência de recursos de terceiros e a capacidade de cumprir compromissos de longo prazo (ASSAF NETO, 2010b).

Na análise do nível ideal de endividamento, devem-se considerar também os seguintes aspectos: capacidade de amortização, liquidez nas aplicações do capital de terceiros e possibilidade de renovação de empréstimos (MATARAZZO, 2010).

Matarazzo (2010) recomenda o uso dos seguintes indicadores: Participação do Capital de Terceiros, Composição do Endividamento, Imobilização do Patrimônio Líquido e Imobilização de Recursos Não Correntes.

2.3.2.3.1 Participação do Capital de Terceiros

Demonstra a participação do capital de terceiros na estrutura de capital da empresa em relação ao montante de capital próprio, evidenciando a dependência da empresa em relação ao capital de terceiros (ASSAF NETO, 2010b).

$$\text{Participação do Capital de Terceiros} = \frac{\text{Capital de Terceiros}}{\text{PL}} \times 100$$

Financeiramente, mostra o risco de insolvência, mas por outro lado, quando o custo do capital de terceiros é menor do que o retorno proporcionado pelas aplicações desses recursos, sua obtenção pode ser mais vantajosa do que o capital próprio, do ponto de vista econômico (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.3.2 Composição do Endividamento

Proporciona um perfil da dívida, mostrando a participação de obrigações de curto prazo em relação ao endividamento total.

$$\text{Composição do Endividamento} = \frac{\text{PC}}{\text{Capital de Terceiros}} \times 100$$

Quanto menor a participação de dívidas de curto prazo no endividamento total, melhor será a posição financeira da empresa, uma vez que há mais tempo para a geração de recursos para quitar as obrigações de longo prazo do que as de curto prazo. (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.3.3 Imobilização do Patrimônio Líquido

Apresenta o percentual do PL aplicado no AP.

$$\text{Imobilização do PL} = \frac{\text{AP}}{\text{PL}} \times 100$$

Quando o valor resultante é maior que 100%, a empresa está empregando capital de terceiros para financiar seu ativo permanente e não está investindo capital próprio no ativo circulante, não reservando, portanto, recursos para o Capital Circulante Próprio (CCP), que representa uma folga financeira. Esta folga, entretanto, não deve ser excessiva, pois há outras fontes de captação de recursos para o circulante, que podem ser menos onerosas que o capital próprio (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.3.4 Imobilização de Recursos Não Correntes

Indica o percentual de recursos não correntes aplicado no ativo permanente (MATARAZZO, 2010).

$$\text{Imobilização do Recursos Não Correntes} = \frac{\text{AP}}{\text{PL} + \text{ELP}} \times 100$$

O ideal é que este índice resulte em menos de 100% pois, caso contrário, recursos provenientes do passivo circulante estarão financiando parte do ativo não circulante, o que pode acarretar problemas de liquidez (ASSAF NETO, 2010b).

2.3.2.4 Prazos Médios

Os índices de prazos médios “permitem que seja analisado o desempenho operacional da empresa e suas necessidades de investimento em giro” (ASSAF NETO, 2010a). Indicam, em média, a quantidade de dias necessários para a empresa receber o pagamento sobre suas vendas, pagar suas obrigações e renovar seus estoques. É preciso, posteriormente, inter-relacionar os resultados obtidos com cada índice (MATARAZZO, 2010).

2.3.2.4.1 Prazo Médio de Recebimento de Vendas

Mostra o tempo suficiente para a empresa receber os valores inerentes às suas vendas, isto é, quantos dias existem, em média, entre o momento da venda e o dia do recebimento da duplicata (MATARAZZO, 2010).

$$\text{Prazo Médio de Recebimento de Vendas} = \frac{\text{Duplicatas a Receber}}{\text{Vendas Diárias}} \times 360$$

2.3.2.4.2 Prazo Médio de Pagamento de Contas

É o prazo, em média, necessário para que a empresa efetue o pagamento de suas duplicatas, a contar do momento em que foi realizada a compra (MATARAZZO, 2010).

$$\text{Prazo Médio de Pagamento de Compras} = \frac{\text{Saldo Fornecedores}}{\text{Compras}} \times 360$$

2.3.2.4.3 Prazo Médio de Renovação de Estoques

Refere-se ao tempo médio necessário para que os estoques sejam renovados, isto é, o prazo médio de estocagem. A principal diferença é que, ao passo em que os demais indicadores são influenciados pelas vendas ou compras passadas, os estoques médios sofrem influência das vendas futuras. Porém, uma vez que podem não haver informações disponíveis suficientes acerca das vendas futuras, o cálculo toma como base o custo das mercadorias vendidas (MATARAZZO, 2010).

$$\text{Prazo Médio de Renovação de Estoques} = \frac{\text{Estoques}}{\text{CMV}} \times 360$$

2.3.3 Análise Vertical e Horizontal

Após a realização de uma análise por índices, que é uma avaliação mais geral da organização, é possível realizar uma investigação pormenorizada dos pontos que mereceram destaque quando da interpretação dos indicadores. Para tanto, pode-se aplicar as análises vertical e horizontal (MATARAZZO, 2010).

A análise vertical verifica a participação percentual ou de estrutura dos elementos das demonstrações. Consiste em calcular a porcentagem de cada conta em relação ao total do

ativo ou passivo, no balanço patrimonial, e quanto à receita líquida, no caso da DRE, mostrando a importância relativa de cada conta em relação à demonstração. A comparação entre os valores obtidos em outros períodos pode auxiliar o entendimento das causas que levaram a organização às variações encontradas (MATARAZZO, 2010; PADOVEZE e BENEDICTO, 2010).

Padoveze e Benedicto (2010) apresentam o cálculo da análise vertical:

$$\text{Análise Vertical do BP} = \frac{\text{Elemento do BP}}{\text{Ativo ou Passivo Total}} \times 100$$

$$\text{Análise Vertical da DRE} = \frac{\text{Elemento do DRE}}{\text{Receita Operacional Líquida}} \times 100$$

Padoveze e Benedicto (2010) consideram a análise vertical da DRE a mais importante, já que mostra a estrutura de custos e despesas da empresa com relação à receita obtida pelas vendas, bem como as margens de lucro.

“A análise horizontal é a comparação que se faz entre os valores de uma mesma conta ou grupo de contas, em diferentes exercícios sociais” (ASSAF NETO, 2010a) É calculada a evolução no tempo de cada uma das contas, tomando como base o primeiro ano dentre os períodos estudados, de modo a obter a variação dos outros exercícios em relação ao período inicial. (MATARAZZO, 2010; PADOVEZE e BENEDICTO, 2010). Seu cálculo pode ser obtido por:

$$\text{Análise Horizontal} = \frac{\text{Valor do período atual}}{\text{Valor do período-base}} \times 100$$

Os números resultantes de ambas as análises devem ser avaliados de maneira conjunta, para que se consiga verificar se as variações que se mostraram consideráveis em um dos métodos são realmente relevantes quando feito um cruzamento entre as técnicas. É possível, por exemplo, que um aumento muito grande percebido pela análise horizontal seja irrelevante considerando a participação daquela conta diante do patrimônio total ou dos resultados totais da entidade, o que não seria um fato acerca do qual a administração da empresa deveria se preocupar (MATARAZZO, 2010).

3 METODOLOGIA

“Em seu sentido mais geral, método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um certo fim ou um resultado desejado. Nas ciências, entende-se por método o conjunto de processos empregados na investigação e na demonstração da verdade” (CERVO, BERVIAN e SILVA, 2007).

Faz-se necessário, portanto, caracterizar o presente estudo, bem como explicitar os métodos utilizados para a coleta, tratamento e análise dos dados. Gil (2010) afirma que as pesquisas podem ser classificadas em relação a diversos critérios, como quanto à finalidade, objetivos e procedimentos utilizados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Segundo sua finalidade, uma pesquisa pode ser definida como sendo básica, que é aquela por meio da qual se pretende produzir um novo conhecimento, ou aplicada, quando se busca resolver problemas da realidade na qual o pesquisador está inserido, através do uso de conhecimentos previamente sistematizados (ALMEIDA, 2011; GIL, 2010).

Este é um estudo aplicado, pois não pretende sistematizar conhecimentos ou criar novas teorias, mas sim utilizar as disponíveis com vistas à análise das demonstrações contábeis e das práticas de gestão financeira do Hospital Israelita Albert Einstein.

No que concerne aos seus objetivos, esta pesquisa pode ser definida como descritiva, pois “tem a finalidade de descrever o objeto de estudo, as suas características e os problemas relacionados, apresentando com a máxima exatidão possível, os fatos e fenômenos” (ALMEIDA, 2011).

Quanto à abordagem, os estudos podem ser qualitativos ou quantitativos. Os primeiros são aqueles cuja análise se baseia em aspectos qualitativos, geralmente sem o uso de ferramental estatístico. Os estudos quantitativos, por outro lado, partem do uso de métodos estatísticos na coleta e análise dos dados. Entretanto, não há dicotomia entre as abordagens, isto é, uma pesquisa pode fazer uso de ambas simultaneamente (ZANELLA, 2007).

Utilizaram-se ambas as abordagens, tanto na coleta quanto no tratamento e análise dos dados, uma vez que foram elaboradas relações numéricas entre os diversos indicadores da situação econômico-financeira da organização e que os dados primários foram obtidos por meio de uma entrevista e interpretados pela análise de conteúdo e que, por fim, foram feitas relações qualitativas e quantitativas entre os resultados obtidos pelas duas abordagens.

Em relação aos procedimentos, foram utilizadas as pesquisas: Bibliográfica, para a realização da revisão teórica com base em livros, artigos, dissertações e teses especializados em Administração (GIL, 2010); Documental, com o uso dos Relatórios de Responsabilidade Corporativa da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE), publicados nos anos de 2008 a 2010 (ZANELLA, 2007); *Ex-post-facto*, pois o estudo é basicamente fundamentado na análise de demonstrações financeiras, que mostram fatos passados, e no julgamento do gestor acerca das práticas utilizadas na gestão financeira (ZANELLA, 2007); e Estudo de caso, que “consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou pouco objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (GIL, 2010).

3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Enquanto técnicas de coleta de dados, pode-se utilizar questionários, entrevistas, observação e análise documental (ZANELLA, 2007).

Ao longo do ano de 2011, de abril até novembro, foi realizada a análise documental, por meio de uma pesquisa bibliográfica na literatura relativa à Administração. Foram utilizados, para tanto, livros, artigos científicos, teses e dissertações das áreas da Administração Financeira e Hospitalar. Foi realizada também uma visita presencial à exposição “Gestão Jozef Fehér: Segundo Período 1990-1995”, realizada na sede da instituição, em São Paulo/SP, no dia 04 de novembro de 2011, com vistas a coletar informações acerca do histórico da organização. Foram pesquisados, ainda, conteúdos em sites, como o da ONU, para buscar o conceito de saúde; do Ministério da Saúde do Brasil, com vistas a entender o contexto do sistema de saúde do país e as regras para a obtenção da certificação de entidade beneficente; e do IBGE, de modo a identificar uma classificação das organizações de saúde que pudesse embasar a caracterização da organização em estudo. Além disto, foram obtidos por meio digital os Relatórios de Responsabilidade Corporativa, bem como outras informações inerentes ao Hospital Israelita Albert Einstein.

A segunda etapa desta pesquisa teve cunho estritamente documental, pois foram coletados nos Relatórios de Responsabilidade Corporativa publicados no site do HIAE, o Balanço Patrimonial e a DRE de 2008, 2009 e 2010.

A coleta de dados primários, por fim, foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada, na qual o pesquisador formula um roteiro previamente, porém não se atém a ele, conduzindo a entrevista de acordo com as informações que vão surgindo (ZANELLA, 2007). A entrevista, cujo roteiro encontra-se no Apêndice B, ocorreu no mês de novembro de 2011,

tendo como entrevistado um gestor financeiro da instituição, por indicação de seu gerente. A conversa visou identificar as práticas de gestão financeira da instituição, no que tange à administração financeira de curto e longo prazo e quanto ao uso da análise por indicadores econômico-financeiros. Buscou também verificar a opinião da entidade sobre os resultados obtidos na análise por indicadores feita pela autora no presente estudo.

3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O processo de tratamento e análise de dados é “a categorização, ordenação, manipulação e sumarização de dados”, com vistas a facilitar o entendimento acerca deles. (KERLINGER, 1980 apud ZANELLA, 2007).

O tratamento dos dados quantitativos foi feito com o auxílio do *software Microsoft Excel*. Foram padronizadas as demonstrações financeiras dos diversos anos em um quadro único. Com isso, foram criados dois outros quadros: um contendo os dados necessários para a análise vertical e outro contendo os dados para a análise horizontal. Ainda utilizando o Quadro 1, foram calculados os diversos indicadores financeiros constantes da fundamentação teórica deste trabalho, bem como feito um gráfico para cada indicador, de modo a auxiliar a visualização da evolução dos índices no decorrer dos anos estudados.

Posteriormente, foi feita a análise dos gráficos, que apresentam o resultado dos cálculos dos indicadores. Além disso, foram relacionados os resultados obtidos entre os diversos índices do mesmo aspecto da gestão financeira. Para a análise dos gráficos e quadros foram utilizadas técnicas estatísticas como porcentagens e representação escrita (MARCONI e LAKATOS, 2007).

O tratamento dos dados qualitativos, mais precisamente aqueles resultantes da entrevista com o gestor, iniciou-se com a transcrição da gravação do áudio. Os dados foram categorizados de acordo com a organização do roteiro de entrevista, que foi dividido pelos temas Indicadores de Gestão Financeira, subdividido em rentabilidade, liquidez e estrutura de capital; Administração Financeira de Longo Prazo; e Administração Financeira de Curto Prazo. Posteriormente, foram interpretados pela análise de conteúdo, que visa compreender o que se diz sobre o assunto pesquisado (ALMEIDA, 2011).

Por fim, foi realizado um cruzamento entre os resultados da análise dos dados qualitativos e quantitativos, com vistas a traçar um perfil da gestão financeira do hospital e a verificar sua eficácia, permitindo a geração de conclusões acerca de sua realidade e de proposições de melhorias e de futuros estudos.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Uma pesquisa, por mais bem planejada e executada, possui limitações, que dizem respeito às peculiaridades do ambiente no qual se insere a organização estudada no momento em que está sendo pesquisada ou mesmo no período em que foram elaborados ou a que dizem respeito os documentos analisados, e que podem influenciar os resultados obtidos pelo estudo.

Esta pesquisa tem como limitações o contexto do ambiente econômico e político do Brasil e, principalmente, do Estado e da cidade de São Paulo no decorrer dos anos estudados. Neste período o país viveu um momento de crescimento econômico, com o aumento da importância do Brasil no cenário econômico e político mundial. Os primeiros anos estudados, 2008 e 2009, foram uma época de relativa estabilidade política, mas o ano de 2010, em decorrência das eleições presidenciais, foi um ano de maior incerteza quanto aos rumos políticos do país, o que também se reflete no campo econômico.

Limitações mais específicas do presente trabalho, a escolha da pessoa a ser entrevistada, cujas opiniões foram tomadas como correspondentes ao julgamento da própria instituição, bem como a participação da própria autora na entrevista e nas análises realizadas, apesar de todo o esforço para manter o rigor científico, podem também influenciar os resultados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo mostra a caracterização da organização estudada, o resumo das suas informações contábeis referentes aos exercícios pesquisados, a realização das análises vertical, horizontal e por indicadores, além das conclusões e recomendações feitas pela autora.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO

A caracterização é composta pela exposição dos principais fatos históricos da organização, desde sua idealização até o momento presente, bem como pela sua descrição.

4.1.1 Histórico

“Tudo começou pelo desejo da comunidade judaica em expressar sua gratidão pelo acolhimento do povo brasileiro” (SBIBAE, 2011a, p. 2). Com essa finalidade, a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein foi fundada, visando a construção de um hospital no Brasil. A idéia de sua criação foi apresentada no dia 04 de junho de 1955 em uma reunião ocorrida na casa do Dr. Manoel Tabacow Hidal, primeiro gestor da entidade, que foi oficialmente fundada em 20 de setembro daquele ano, dando início ao primeiro período de sua história, que vai de 1955 a 1979 (SBHM, 2010; SBIBAE, 2011a; SBIBAE, 2011b).

Em 1957 a instituição recebeu sua primeira doação, destinada à compra do terreno onde seria construído o hospital. Sua Pedra Fundamental foi assentada em 14 de setembro 1958 pelo Prof. Hans Albert Einstein, filho do físico Albert Einstein, cujo nome foi dado à instituição como uma forma de homenageá-lo, em virtude dele não ter sido “apenas um cientista brilhante. [...] Será sempre lembrado por suas preocupações humanitárias” (SBIBAE, 2011a, p. 4). Além do lançamento simbólico das obras, seu filho fez doações à entidade, inclusive doando um relógio que pertenceu ao pai. Na mesma data foi realizado um jantar beneficente, para arrecadar fundos para a construção do hospital (SBHM, 2011; SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011b).

No ano seguinte foi criado o grupo de voluntariado, anos mais tarde denominado Departamento de Voluntários, que realizou jantares e chás beneficentes, leilões de arte e bingos para angariar fundos para a instituição, além de trabalhos de assistência social junto à comunidade. Tiveram início também as ações filantrópicas da entidade, com o oferecimento de atendimento médico gratuito. As obras do hospital também se iniciaram neste ano, a partir

de uma cerimônia que contou com a presença da então primeira-dama Sara Kubitschek de Oliveira. Em 1960 a Sociedade foi reconhecida como uma entidade de utilidade pública (CORRÊA, 2007; SBHM, 2011; SBIBAE, 2011b).

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, recebeu a visita de importantes médicos e cientistas, inclusive dos ganhadores do Nobel em Fisiologia e Medicina de 1952 e do Nobel de Medicina de 1953 e 1959. Em 1969 a Sociedade inaugurou a assistência em pediatria e, em 1971, abriu a sua maternidade (SBIBAE, 2011b).

Em 28 de julho de 1971, o objetivo precípua da Sociedade foi concretizado, com a inauguração do Hospital Israelita Albert Einstein, contando com a presença do Presidente Emilio Garrastazu Médici, do Governador do Estado e de outras autoridades. “O HIAE foi inaugurado com 15 andares, 24 mil metros de área construída e 100 leitos. [...] dispunha de cinco salas de cirurgia [...] um amplo berçário” (SBIBAE, 2011a, p. 6).

Com um ano de existência, a instituição abriu as portas da sua Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Após dois anos, e contando com a presença do Ministro da Saúde, o hospital inaugurou seu Centro Cirúrgico. Nesta década foram adquiridos pelo Einstein os dois primeiros equipamentos de Ressonância Magnética da América Latina e abertos uma ala para internação de pacientes carentes, a Enfermaria de Pediatria Assistencial, mantida por voluntárias, o Banco de Sangue e o Departamento de Medicina Nuclear, inaugurado pelo Presidente João Figueiredo e considerado pela Sociedade como uma das suas maiores conquistas (SBHM, 2011; SBIBAE, 2011a; SBIBAE, 2011b).

O segundo período histórico da SBIBAE iniciou-se em 1980, com a gestão do cardiologista Dr. Jozef Fehér. Foi realizada a primeira campanha de doação voluntária de sangue do Brasil (sendo que até então as doações no país eram remuneradas) inaugurados o Day Clinic, o Centro de Estudos, a Creche Rubens Sverner, para os filhos dos funcionários, o Centro de Diagnóstico Manoel Tabacow Hidal e o Departamento de Radioterapia, adquiridas duas ambulâncias com equipamentos de UTI, além de terem início as atividades da Faculdade de Enfermagem do HIAE, com sua aula inaugural tendo sido proferida pelo Ministro da Educação. Ainda em 1990 o Einstein implantou o Grupo de Estudo Organizacional, que promoveu a melhoria da gestão da organização e sua profissionalização. Na área médica, o principal fato histórico foi a realização do primeiro transplante de fígado em um hospital particular do país. Neste período o Einstein ainda recebeu a visita de um ganhador do Prêmio Nobel de Química e de um membro da Agência Internacional de Energia Atômica da ONU (SBIBAE 2011a; SBIBAE, 2011b).

Iniciado em 1995, o terceiro período histórico da Sociedade teve como presidente o neurocirurgião Dr. Reynaldo André Brandt, e como principais acontecimentos a inauguração dos 17 andares do edifício Jozef Fehér, do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, do Centro de Terapia Intensiva, e das Unidades de Alphaville e de Jardins. Em 1997 o hospital conquistou duas importantes certificações, tendo sido o primeiro Centro de Terapia Intensiva do mundo a receber o ISO 9002 e o segundo Banco de Sangue do mundo a ser certificado com o ISO 9000, além de ter sido o primeiro do Brasil a receber a acreditação da Associação Americana de Bancos de Sangue. Em 2000 foi também o primeiro hospital fora dos Estados Unidos a ser certificado pela *Joint Commission International*, em uma cerimônia que contou com a presença do Presidente Fernando Henrique Cardoso (SBHM, 2011; SBIBAE, 2011a; SBIBAE, 2011b).

Nos primeiros anos da década seguinte iniciou-se o quarto período, com a gestão do oftalmologista Dr. Claudio Luiz Lottenberg. Neste ínterim foram criados o Instituto Israelita de Responsabilidade Social, o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, o Centro de Transplantes, o Banco de Cordão Umbilical, o Residencial Israelita Albert Einstein, o Centro de Educação em Saúde, o Centro de Atenção à Saúde do Idoso, o Centro Dia do Idoso, o Centro de Simulação Realística, o Laboratório de Estudos do Movimento Einstein e lançado o Programa de Sustentabilidade (SBIBAE, 2011a; SBIBAE, 2011b).

O Einstein passou também por uma forte expansão, com a ampliação da UTI Neonatal, a inauguração do Auditório Moise Safra e das Unidades de Check-up, Ibirapuera, Perdizes-Higienópolis, Morato e Vila Mariana, além do Pavilhão Vicky e Joseph Safra. Participou também da Campanha de Combate à Dengue no Rio de Janeiro e realizou a Missão Einstein no Haiti, em 2010. Firmou parcerias com o poder público, de modo a promover o desenvolvimento institucional do SUS, por meio de ações como o Programa Saúde da Família, convênio com a Secretaria de Saúde da cidade de São Paulo, a realização de transplantes pelo SUS e a gestão do Hospital Municipal Dr. Moises Deutsch. O Voluntariado recebeu a primeira certificação ISO 9001 concedida a uma instituição sem fins lucrativos da América Latina. Em 2003 seu Banco de Sangue obteve o ISO 9001, em 2007 o Centro de Atendimento ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi certificado pela *Joint Commission International* e, em 2008 o Residencial Israelita Albert Einstein recebeu as certificações ISO 9000 e ISO 14001.

Na área médica, as principais conquistas do Einstein neste período foram: a realização da primeira cirurgia endoscópica fetal, as primeiras cirurgias com o robô Da Vinci Surgical System, o primeiro transplante com células-tronco com duplo cordão umbilical e o alcance do

número de 1.500 transplantes realizados pelo SUS, em 2009. O Einstein é “um dos principais transplantadores de rim no Brasil e o terceiro maior em transplantes de coração no Estado de São Paulo” (SBIBAE, 2011a, p. 19) (SBIBAE, 2011b).

Ao longo de sua história, e conforme já parcialmente citado, o HIAE recebeu diversas certificações, como: *Acreditação Joint Commission International*; ISO 14001; ISO 9001:2000; Acreditação da Associação Americana de Bancos de Sangue, Certificação para o Cuidado a Doenças ou Condições Específicas; Acreditação do Colégio Americano de Patologia; Acreditação do Colégio Americano de Radiologia, AVC – *Joint Commission International* e a Certificação *Leed Gold*, do *U.S. Green Building Council*. Também recebeu diversas premiações no Brasil e no exterior. No ano de 2007 foi apontado pela pesquisa Datafolha como o melhor hospital de São Paulo (SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011b).

No dia 15 de outubro de 2011 a SBIBAE realizou, no Auditório Moise Safra, uma cerimônia para comemorar os 40 anos do HIAE completados em 2011 e contar a história da instituição. No evento estiveram presentes cerca de 600 pessoas, entre autoridades como o Ministro da Saúde, o Governador do Estado e o Prefeito da Cidade de São Paulo, além de outros políticos, médicos, e membros da comunidade (FISESP, 2011).

4.1.2 Descrição da Organização

Sociedade civil sem fins lucrativos de direito privado, tornou-se um sistema de assistência à saúde, que conta atualmente com o HIAE, o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa (IIEP), o Instituto Israelita de Responsabilidade Social (IIRS) e a Medicina Diagnóstica e Preventiva Albert Einstein. Apesar de ter sua sede localizada na cidade de São Paulo, sua abrangência é nacional e internacional, pois mantém convênios com o Ministério da Saúde, com estados brasileiros e com a cidade de São Paulo, além de ter parcerias com instituições de ensino do Brasil, de Israel e dos Estados Unidos (SBIBAE, 2010).

O IIEP foi criado para “ser referência em pesquisa, geração e difusão de conhecimentos na área da saúde para benefício da sociedade” (SBIBAE, 2011a, p. 16). Por meio do IIEP são oferecidos cursos de captação e transplantes de órgãos para profissionais do SUS, cursos de treinamento, técnicos, de graduação e de pós-graduação *lato sensu*, residência médica, eventos científicos, pesquisa e publicação de artigos científicos em saúde, e ações voltadas à inovação tecnológica, além de estágios na própria instituição. Todas as ações de capacitação em saúde dos funcionários são fornecidas pela IIEP. Para isso, foi construído o Auditório Moise Safra. No ano de 2010, 30% dos capacitados pelos cursos oferecidos à

comunidade e 70% dos formandos da Faculdade de Enfermagem foram contratados pela Sociedade.

A SBIBAE, “sempre teve, desde a sua concepção, uma forte atuação na área de responsabilidade social, desempenhando várias atividades filantrópicas no bairro e fora dele” (CORRÊA, 2007, p. 11). Através do IIRS realiza suas ações sociais e de voluntariado, como o Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis, “visto como um dos mais importantes e bem sucedidos exemplos de um empreendimento filantrópico vindo de uma instituição privada” (CORRÊA, 2007, p. 78), e o Programa Einstein na Comunidade Judaica, que auxilia instituições de caridade e mantém o Residencial Israelita Albert Einstein, Unidade Vila Mariana, por meio do qual atende aproximadamente 170 idosos, oferecendo moradia e cuidados médicos (SBIBAE, 2010).

Para a obtenção do CEBAS-Saúde, certificado de entidade filantrópica, o Einstein realiza projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS, como “projetos de assistência, capacitação, pesquisa, incorporação de tecnologias e apoio à gestão” (SBIBAE, 2010). Destacam-se a gestão do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch, de Unidades Básicas de Saúde e de Assistências Médicas Ambulatoriais, além da revitalização do Hospital Municipal de Campo Limpo, e a realização do Programa de Transplantes, por meio do qual se tornou a instituição que mais realizou transplantes de fígado de adultos no mundo. É também um importante centro transplantador de rins e coração no Brasil (SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011a).

Situado no Morumbi, na cidade de São Paulo, o HIAE é avaliado pelo Ministério da Saúde como um hospital de excelência, e é “hoje considerado um dos melhores hospitais e centros de pesquisa na área de saúde da América Latina” (CORRÊA, 2007, p.11). Realiza atendimentos de alta complexidade, de emergência e de diversas especialidades, além de serviços de diagnóstico, pesquisa e ensino. Dentre as várias especialidades médicas em que atua, o Einstein considera estratégicas as seguintes: Cardiologia, Ortopedia e Reumatologia, Neurologia, Transplantes, Oncologia e Hematologia e Cirurgia (SBIBAE, 2010).

Apesar de ter “ênfase em procedimentos de alta complexidade”, trata-se de um Hospital Geral com mais de 50 especialidades, de porte extra-grande em atividade, que possui serviços terceirizados e realiza internações, prestando atendimento 24 horas por dia, “capaz de atender a todas as demandas do ciclo de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação” (SBHM, 2011). Além dos atendimentos ambulatoriais, hospitalares e emergenciais, possui serviços de apoio à diagnose e terapia e de atenção básica à saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b; SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011).

Possui quatro centros avançados: nos Jardins, Alphaville, Ibirapuera e Perdizes-Higienópolis, com estrutura de pronto atendimento, prevenção, diagnóstico, e outras ações de assistência à saúde.

Possui um Plano Diretor com horizonte de cinco anos, formulado inicialmente em 2006, que é pautado no conceito de sustentabilidade nas construções, e visa a expansão dos serviços oferecidos, por meio da reforma dos ambientes existentes, da ampliação do espaço físico e da aquisição de equipamentos. Algumas de suas metas estão descritas na tabela abaixo (SBIBAE, 2011).

Figura 5 - Estrutura física da SBIBAE antes e depois do Plano Diretor

Estrutura Física	Antes	Depois
Área	90 mil m ²	229 mil m ²
Leitos	489	720
Salas de Cirurgia	28	40
Consultórios	100	250
Leitos de Pronto Atendimento	10	59
Vagas no estacionamento	1.250	4.000
Assentos no auditório	200	500
Salas de Aula	4	12

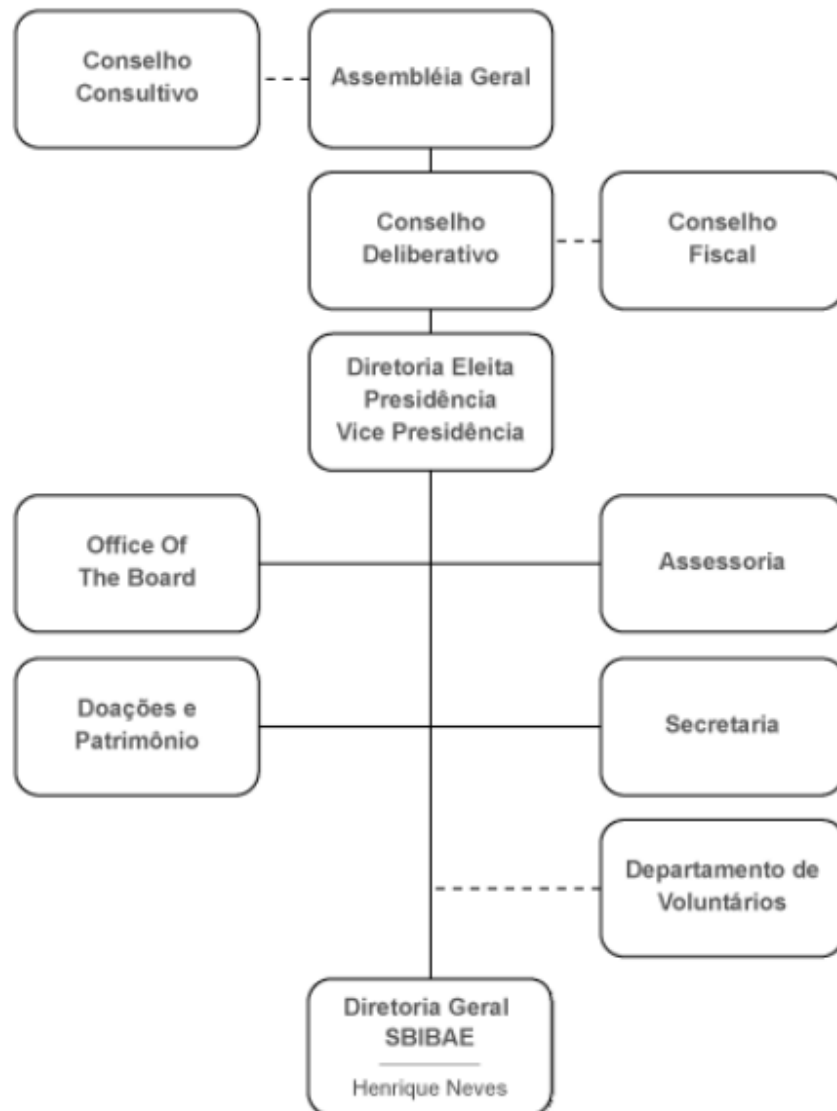
Fonte: adaptado de SBIBAE, 2011.

A Figura 5 mostra a estrutura física da Sociedade antes da realização do Plano Diretor, e como deverá estar quando a execução do plano estiver terminada. Ressalta-se que a quantidade de leitos apresentada na figura diz respeito apenas à Unidade Morumbi. Por meio do Plano Diretor a SBIBAE planejou a construção de três prédios e um auditório. A primeira etapa foi entregue em junho de 2009. Com isso, houve uma expansão da ordem de 70.000 m², 200 consultórios, 20 salas cirúrgicas para pequenos procedimentos, 41 quartos para internação-dia e 1.800 vagas de estacionamento.

No ano de 2010 a Unidade Morumbi manteve uma média de 577 leitos operacionais ativos, o que representa um aumento de mais de 12% em relação ao ano de 2009. Atendeu a uma média de 167.389 pacientes-dia, mantendo uma taxa de ocupação de 83%. Foram realizadas 33.171 cirurgias, sendo 238 robóticas, em 68 especialidades diferentes, 3.448 partos e 172.934 consultas. Somando a Unidade Morumbi e os quatro centros avançados, foi realizado um montante de 2.979.245 exames. As consultas de pronto-atendimento, que são realizadas em todas as unidades, exceto em Jardins, totalizaram 179.548 atendimentos. Neste ano, o HIAE recebeu cerca de 4.600 pacientes estrangeiros. No Hospital Municipal Dr.

Moyses Deutsch, administrado pelo Einstein, foram realizados 219.585 atendimentos de pronto-socorro (SBIBAE, 2010).

Figura 6 - Organograma da SBIBAE



Fonte: SBIBAE, 2011.

O organograma da SBIBAE, conforme apresenta a Figura 6, mostra de que forma se constitui a estrutura organizacional da instituição (SBIBAE, 2011).

A Assembléia Geral é o órgão deliberativo máximo, e se reúne a cada ano ordinariamente e extraordinariamente quando necessário. É assessorada pelo Conselho Consultivo que, sendo composto por no máximo 45 membros, “zela pelo cumprimento dos objetivos da Instituição e colabora com seus órgãos dirigentes, opinando e sugerindo”

(SBIBAE, 2011) e que atualmente conta com o presidente, 8 vice-presidentes, 2 secretários e 27 membros.

O Conselho Deliberativo tem um terço dos seus componentes eleito pela Assembléia Geral, com mandato de nove anos, sendo que a cada três anos um terço de seus membros é renovado, podendo ser composto por, no máximo, 210 pessoas. Suas reuniões ordinárias ocorrem a cada semestre. É responsável pela eleição dos membros, acompanhamento e apoio dos trabalhos da Diretoria da Sociedade, bem como pela votação sobre os relatórios e balanços anuais da Diretoria e do Conselho Fiscal, para posterior aprovação da Assembléia Geral. É formado pela Mesa Diretora, com 9 membros e pela Mesa do Conselho Deliberativo, com 5 membros, por três terços de membros eleitos e por 23 membros permanentes (SBIBAE, 2011).

O Conselho Fiscal possui mandato de três anos e é composto por cinco membros eleitos pelo Conselho Deliberativo. Tem atribuição de analisar os orçamentos e os balanços, emitindo parecer sobre eles, para apreciação do Conselho Deliberativo e da Assembléia Geral (SBIBAE, 2011).

A Diretoria Eleita é escolhida pelo Conselho Deliberativo, e possui 1 presidente, 8 vice-presidentes, 2 assessores e 4 presidentes de honra. Administra diretamente a Sociedade, criando estratégias, fiscalizando as atividades da entidade e fazendo com que as decisões dos níveis superiores sejam efetivadas (SBIBAE, 2011).

A Diretoria, designada pela Diretoria Eleita e formada por profissionais contratados, executa suas decisões, gerindo a Sociedade nas questões de curto, médio e longo prazo. É composta por um Diretor Geral e por Diretores das quatro áreas de atuação da Sociedade e das áreas de apoio: HIAE; Medicina Diagnóstica e Preventiva; IIEP; IIRS; Prática Assistencial, Qualidade e Segurança; Diretoria Médica; Comercial; Engenharia e Manutenção; Financeiro e Legal; Marketing e Relacionamento com o Cliente; Recursos Humanos; Suprimentos e Logística; Tecnologia da Informação (SBIBAE, 2010; SBIBAE, 2011).

Também foram constituídos sete comitês, visando à tomada de decisão sobre questões consideradas mais importantes, quais sejam: Responsabilidade Social e Sustentabilidade; Pessoas; Ética; Conhecimento e Pesquisa; Finanças; Tecnologia da Informação; Qualidade e Assistência. Estes comitês são formados por representantes da Diretoria Eleita e da Executiva. Existem, ainda, três comitês formados por componentes da Mesa Diretora e voltados ao acompanhamento das estratégias da entidade, que são: Auditoria, Finanças e Gerenciamento

de Riscos; Pessoas, Remuneração e Sucessão; Estratégia, Qualidade, Sustentabilidade, Assistência e Tecnologia (SBIBAE, 2010).

O Corpo Clínico do Einstein é formado por mais de 5 mil médicos cadastrados, atuando em mais de 50 especialidades. No final de 2010 a SBIBAE contava com um quadro de 8.655 funcionários, distribuídos entre pessoal técnico/auxiliar, profissional, gerente/coordenador ou diretor, além de 406 voluntários. Daquele montante, 29 eram funcionários com contrato temporário e 1.702 eram terceirizados. Em sua maioria eram mulheres, somando 68% do total de funcionários. As mulheres predominaram também nos cargos de liderança, ocupando 60% destas funções.

Oferece amplo pacote de benefícios aos seus colaboradores, política de reconhecimento, programa de mérito e de remuneração variável. Realiza programas voltados à saúde e segurança do trabalhador. Em 2010 a SBIBAE incentivou a promoção de funcionários da instituição, com 21% das vagas abertas tendo sido preenchidas por pessoas que já trabalhavam na entidade. Com um nível de absenteísmo decrescente ao longo dos últimos anos, possui taxa de rotatividade de 10,5%. Realiza anualmente uma pesquisa de clima organizacional, tendo obtido em sua última versão a participação de 71% dos funcionários. Além dos treinamentos internos, a Sociedade oferece bolsas de estudo para seus funcionários cursarem pós-graduação e participarem de eventos científicos. A avaliação do desempenho é feita com a construção do Plano de Desenvolvimento Individual, que avalia a pessoa por competências, e serve de base para o plano de capacitação.

No ano de 1991, o então presidente da SBIBAE, Jozef Fehér, demonstrou a importância que a instituição atribui aos seus funcionários, quando disse que “são as pessoas que tornam construções, maquinários e medicamentos em uma instituição hospitalar. São elas que sentem as alegrias e tristezas dos que delas dependem, são as que prestam serviços e representam a interface paciente-hospital” (SBIBAE, 2011a).

Em decorrência das suas práticas de Gestão de Pessoas, em 2010 foi considerado, pela pesquisa do Guia Você S/A - Exame, como uma das “150 Melhores Empresas para Você Trabalhar” e uma das “150 Melhores Empresas em Práticas de Gestão de Pessoas”, na categoria Diversidade, pela Gestão & RH Editora (SBIBAE, 2010).

Na esfera ambiental, a instituição incorporou ao seu Plano Diretor o conceito de construções sustentáveis, realizou um inventário de carbono e com estes dados passou a reduzir ou mesmo eliminar o impacto ambiental de suas atividades. Lançou o Programa Einstein de Sustentabilidade, a redução e o gerenciamento de resíduos, a redução no consumo de energia, melhorias na gestão da água, e engajamento da cadeia de valor (SBIBAE, 2010).

Com uma carteira de aproximadamente 5.200 fornecedores, sendo 95% nacionais, o Einstein compôs um Comitê de Avaliação de Tecnologia de Saúde, para analisar os processos de compra de equipamentos de ponta, pautados no Plano Diretor e em critérios de análise que consideram desde aspectos econômicos e ambientais, até o bem-estar do paciente (SBIBAE, 2010).

Na área de Tecnologia da Informação, o hospital se destaca como sendo “um dos pioneiros no processo de informatização no país” (EL KHOURI, 2003, p. 157). Ainda na década de 1980 criou um sistema de informação que conjugava várias áreas do hospital e, em 1995, adquiriu um sistema integrado que proporcionava desde soluções à área médica quanto ao administrativo. Nos últimos anos implementou o Prontuário Eletrônico do Paciente, e está iniciando o monitoramento da localização de equipamentos por radiofrequência e o controle da temperatura de refrigeradores remotamente (EL KHOURI, 2003; SBIBAE, 2010)

Suas políticas institucionais e ações são embasadas na busca pela excelência dos serviços prestados, pelos conceitos de desospitalização (redução do tempo de permanência do paciente no hospital), qualidade e segurança do paciente e humanização no atendimento. Revisa seu planejamento estratégico anualmente, com um horizonte de cinco anos. Com base neste plano é preparado o orçamento anual. Estes processos contam com representantes dos Comitês, das Diretorias e do Conselho Deliberativo (SBIBAE, 2010).

Para entender o contexto de uma organização, é importante conhecer sua missão, sua visão e seus valores. A missão do Einstein é “oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira” (SBIBAE, 2011).

Sua visão é “ser líder e inovadora na assistência médico-hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecida pelo comprometimento com a responsabilidade social” (SBIBAE, 2011).

Os valores nos quais devem ser pautadas suas ações são os preceitos judaicos Mitzvá, Refuá, Chinuch e Tsedaká, que significam respectivamente Boas Ações, Saúde, Educação e Justiça Social, bem como os valores organizacionais Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência, Altruísmo, Autonomia, Profissionalismo e Trabalho em Equipe (SBIBAE 2010; SBIBAE, 2011).

Uma vez conhecida a realidade da organização estudada, é possível prosseguir com a realização do seu diagnóstico econômico-financeiro.

4.2 DIAGNÓSTICO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Para a realização do diagnóstico foram coletados os sumários de informações contábeis da SBIBAE, que são publicados anualmente por meio dos Relatórios de Responsabilidade Corporativa, disponíveis no site da instituição. A partir destes resumos foram calculados os indicadores e realizada a análise do desempenho financeiro e econômico da entidade.

4.2.1 Demonstrações Financeiras

O resumo das informações contábeis contidas no Balanço Patrimonial e na DRE dos períodos de 2008, 2009 e 2010 está exposto no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo Contábil da SBIBAE (em R\$ milhões)

Contas	2008	2009	2010
Ativo Circulante	869,2	771,8	676,9
Ativo Realizável a Longo Prazo	29,4	33,2	31,5
Ativo Permanente	755,6	1011,3	1180,2
Ativo Total	1654,1	1816,3	1888,6
Passivo Circulante	134,7	204,1	211,8
Passivo Exigível a Longo Prazo	262,3	279,8	253,7
Patrimônio Líquido	1257,2	1332,4	1423,1
Total do Passivo e PL	1654,2	1816,3	1888,6
Receitas	868,6	998,1	1110,1
Despesas	799,3	966,6	1055,6
Superávit Operacional	69,3	31,5	54,5
Receitas Financeiras Líquidas	88,4	43,7	36,2
Superávit do Exercício	157,7	75,2	90,7

Fonte: adaptado de SBIBAE, 2008; SBIBAE, 2009; SBIBAE, 2010.

Com base nestas informações, serão realizadas as análises vertical e horizontal e, posteriormente, a análise por indicadores.

4.2.2 Análise Vertical e Horizontal

O Quadro 2 apresenta os cálculos da participação dos itens do Balanço Patrimonial em relação ao patrimônio total da organização, e da porcentagem das contas da DRE em relação à receita líquida, ambos necessários para que se realize a análise vertical.

Quadro 2 – Análise Vertical do BP e DRE da SBIBAE

Contas	% em 2008	% em 2009	% em 2010
Ativo Circulante	52,55%	42,49%	35,84%
Ativo Realizável a Longo Prazo	1,78%	1,83%	1,67%
Ativo Permanente	45,68%	55,68%	62,49%
Ativo Total	100,00%	100,00%	100,00%
<hr/>			
Passivo Circulante	8,14%	11,24%	11,21%
Passivo Exigível a Longo Prazo	15,86%	15,40%	13,43%
Patrimônio Líquido	76,00%	73,36%	75,35%
Total do Passivo e PL	100,00%	100,00%	100,00%
<hr/>			
Receitas	100,00%	100,00%	100,00%
Despesas	-92,02%	-96,84%	-95,09%
Superávit Operacional	7,98%	3,16%	4,91%
Receitas Financeiras Líquidas	10,18%	4,38%	3,26%
Superávit do Exercício	18,16%	7,53%	8,17%

Fonte: elaborado pela autora

A participação do ativo circulante na estrutura patrimonial foi maior que o ativo permanente em 2008, e maior inclusive que a soma de todas as demais contas sintéticas, representando 52,55% do total do patrimônio. Isto foi alterado, passando o AC a representar pouco mais de 35% em 2010, com um significativo aumento do permanente, que passou a 62,49%. O ARLP teve uma participação pequena no período, sempre menor de 2%, sofrendo alterações quase insignificantes, de cerca de 0,1% para mais e para menos.

As contas do passivo e o PL tiveram pequenas mudanças ao longo do tempo. O PL sempre manteve um nível em torno de 75% de participação perante o passivo total, o PC figurou pela casa dos 8% em 2008 e 11% nos demais anos, e o ELP manteve-se em cerca de 15% de participação nos primeiros anos, caindo para 13,43% em 2010.

Na análise da DRE, percebe-se que a maior participação em relação à receita líquida diz respeito às despesas, que somaram pouco mais de 92% das receitas em 2008, tendo uma elevação em 2009, para 96,84%, e uma queda em 2010 para 95,09%. O superávit operacional,

ou lucro operacional, foi de quase 8% em 2008, passou a 3,16% em 2009 e 4,91% em 2010. Essa mutação é decorrente das alterações das despesas, que variam em sentido contrário ao movimento do lucro. As receitas financeiras, que somavam mais de 10% em 2008, passaram por reduções constantes, para 4,38% e para 3,26%. Esse fator, somado ao aumento das despesas, fez com que o superávit do exercício, ou resultado do exercício, caísse de 18,16% em 2008 para 8,17% em 2010.

Já para a realização da Análise Horizontal, é verificada a variação dos valores das contas contábeis ao longo do tempo. Os cálculos são expostos no Quadro 3.

Quadro 3 – Análise Horizontal do BP e DRE da SBIBAE

Contas	Δ 2008-2009	Δ 2009-2010	Δ 2008-2010
Ativo Circulante	-11,21%	-12,30%	-22,12%
Ativo Realizável a Longo Prazo	12,93%	-5,12%	7,14%
Ativo Permanente	33,84%	16,70%	56,19%
Ativo Total	9,81%	3,98%	14,18%
<hr/>			
Passivo Circulante	51,52%	3,77%	57,24%
Passivo Exigível a Longo Prazo	6,67%	-9,33%	-3,28%
Patrimônio Líquido	5,98%	6,81%	13,20%
Total do Passivo e PL	9,80%	3,98%	14,17%
<hr/>			
Receitas	14,91%	11,22%	27,80%
Despesas	20,93%	9,21%	32,07%
Superávit Operacional	-54,55%	73,02%	-21,36%
Receitas Financeiras Líquidas	-50,57%	-17,16%	-59,05%
Superávit do Exercício	-52,31%	20,61%	-42,49%

Fonte: elaborado pela autora

O patrimônio da Sociedade teve um aumento permanente no período estudado, da ordem dos 162,2 milhões (9,8%) de 2008 para 2009 e de 72,3 milhões (4%) de 2009 para 2010. Cumulativamente, o aumento foi de 14,17%.

O AC não seguiu esta tendência, sofrendo uma redução de mais de 22% no período. O ARLP teve alterações menos significativas, com um aumento de volume de 13% de 2008 a 2009 e uma redução de 5,12% em 2010. O resultado destas variações foi 7,14% de aumento do realizável a longo prazo de 2008 a 2010. Porém, com base na análise vertical, percebe-se que estas alterações podem ser consideradas irrisórias, uma vez que apesar delas, a participação do ARLP diante do ativo total manteve-se praticamente inalterada. A conta que

mais sofreu mudanças foi o ativo permanente, que cresceu 33,84% em 2009 e mais 16,7% em 2010, somando um incremento de 56,19% do início até o final do período pesquisado.

Dentre todas as contas do BP, a que mais variou de 2008 a 2010 foi o passivo circulante, que atingiu um crescimento de 57,24%. Somente de 2008 a 2009 cresceu mais de 51%. O ELP foi reduzido em 3,28%, pois apesar de apresentar aumento de 6,67% em 2008 para 2009, sofreu diminuição de 9,33% no período posterior. O PL teve um desenvolvimento em todos os exercícios, resultando em 14,17% de aumento de 2008 a 2010. Entretanto, comparativamente com a análise vertical, estas contas não tiveram sua participação alterada consistentemente no passivo total.

Analisando a DRE, percebe-se um crescimento significativo das receitas em todos os exercícios, tendo atingido um incremento de 27,8% de 2008 a 2010. No entanto, as despesas se elevaram em um grau maior, de 32,07%, sendo 20,93% somente de 2008 a 2009. Isto fez com que o lucro operacional, de 2008 para 2009, sofresse mais de 54% de redução. No período seguinte, apresentou uma recuperação de 73%, mas ainda assim houve um decréscimo de 21,36% do lucro operacional de 2008 a 2010. Como consequência, e diante ainda da queda das receitas financeiras, o lucro operacional teve uma redução expressiva, da ordem dos 52,31% de 2008 para 2009, com uma evolução positiva de 20,61% para 2010. O resultado foi uma queda de quase 50% do lucro líquido no período estudado.

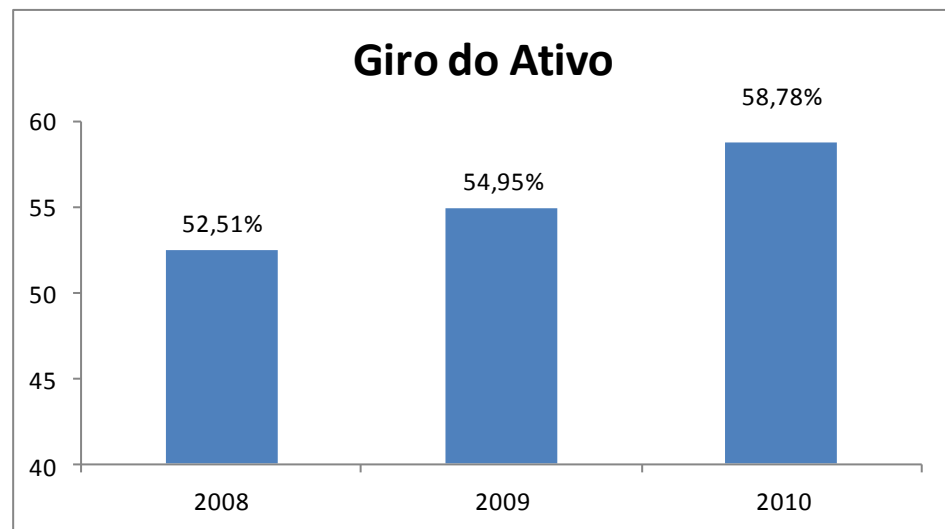
4.2.3 Análise por Indicadores

Nesta seção serão expressos os resultados dos cálculos dos indicadores, apresentados por meio de gráficos de barras, que auxiliam a visualização da evolução dos números ao longo do tempo. Será também realizada a análise do desempenho da organização quanto a cada um destes índices.

4.2.3.1 Rentabilidade

Os indicadores de rentabilidade mostram a situação econômica da organização, isto é, a capacidade da organização de gerar retorno diante dos investimentos realizados. Foram utilizados os índices Giro do Ativo, Margem Líquida, Rentabilidade do Ativo e Rentabilidade do Patrimônio Líquido.

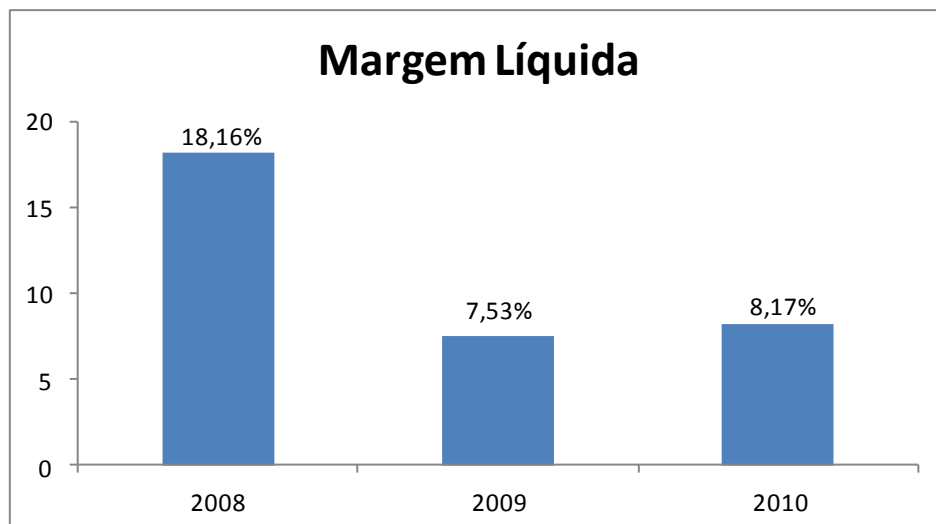
Gráfico 1 – Giro do Ativo



Fonte: elaborado pela autora

O giro do ativo representa o montante de receita líquida obtido pelo total de investimentos realizados no patrimônio da organização. Em todos os anos estudados, o retorno gerado por cada unidade monetária investida foi de mais de 50%, isto é, a cada R\$ 100,00 de investimento, a entidade teve mais de R\$ 50,00 de retorno líquido, sendo que o pico foi em 2010, quando a cada R\$ 100,00 a instituição obteve R\$ 58,78 de retorno. Houve um crescimento permanente na capacidade de gerar retorno econômico nos três últimos períodos contábeis. De 2008 para 2009 o incremento do giro do ativo foi de 4,65%, enquanto de 2009 a 2010 o crescimento foi ainda maior, na ordem de 6,97%. Quando comparado com 2008, o ano de 2010 representa um aumento de quase 12% na capacidade de geração de receitas.

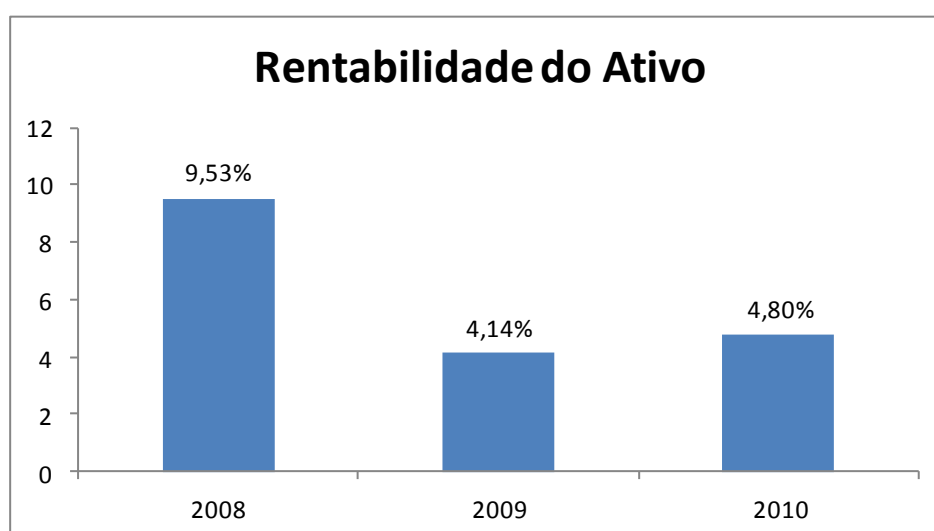
Gráfico 2 – Margem Líquida



Fonte: elaborado pela autora

A margem líquida mostra a relação entre lucro líquido e receitas líquidas, isto é, a sobra das receitas líquidas após o pagamento de todas as despesas e impostos, o que representa a capacidade da organização de gerar lucro. Percebe-se que em 2008 a organização teve a maior margem líquida do período estudado, o que significa que para cada R\$ 100,00 de receita líquida, a instituição gerou R\$ 18,16 de lucro. Em 2009 sofreu uma queda considerável, de 59,53%, passando a proporcionar R\$7,53 de lucro para cada centena de receita líquida. Teve uma recuperação de 8,50% em 2010 em relação ao ano anterior, mas a queda acumulada de 2008 para 2010 ainda permaneceu na casa dos 55%.

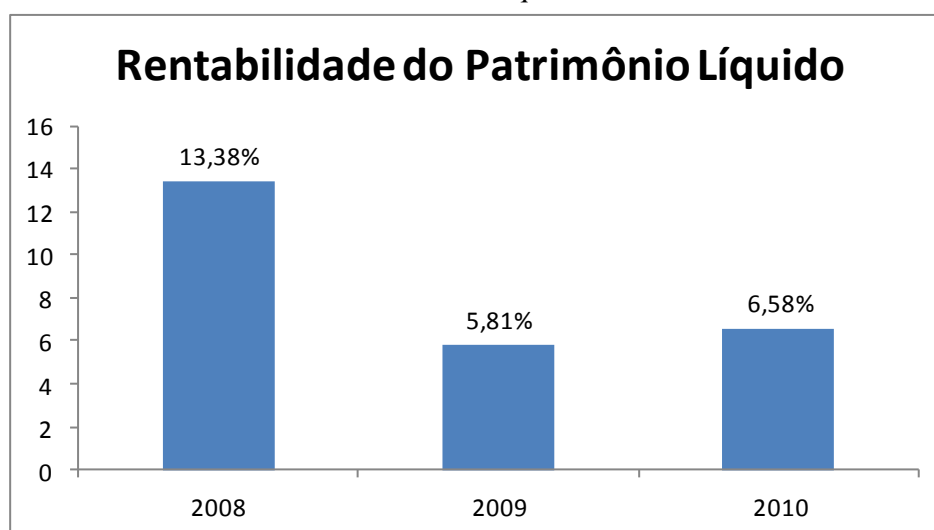
Gráfico 3 – Rentabilidade do Ativo



Fonte: elaborado pela autora

Este índice mostra a quantia de lucro líquido proporcionada pelo investimento realizado no ativo, isto é, quanto lucro é obtido com cada unidade monetária investida na empresa. No ano de 2008, para cada centena aplicada no ativo, o Einstein obteve R\$ 9,53 de lucro líquido. O Gráfico 3 aponta que a rentabilidade do ativo sofreu uma evolução negativa em todos os anos, quando tomado 2008 como ano-base. A queda de 2008 para 2009 foi de 56,55%, tendo ocorrido uma elevação na rentabilidade do ativo em 2010, de 15,94%. Entretanto, apesar da recuperação no último ano, a redução acumulada da rentabilidade permaneceu perto dos 50%.

Gráfico 4 – Rentabilidade do Patrimônio Líquido



Fonte: elaborado pela autora

Representa a quantidade de lucro líquido proporcionada pelo nível de PL existente, isto é, quanto lucro se obtém com o investimento dos recursos próprios da instituição. Nas empresas que visam lucro, é primordial que este índice resulte em um número maior do que o retorno obtido com outras aplicações do mercado, pois caso contrário, seria mais interessante que o investidor aplicasse seus recursos em ativos mais rentáveis. Em uma entidade sem fins lucrativos, no entanto, a comparação deste índice com outras aplicações pode auxiliar os gestores na avaliação do desempenho econômico da organização. Em 2008, cada R\$ 100,00 do PL foi proporcionado um retorno de R\$ 13,38. Em 2009, decorrente de uma variação negativa de 56,58%, este valor passou a R\$ 5,81 e, em 2010, com um aumento de 13,25%, a rentabilidade do PL foi de R\$ 6,58.

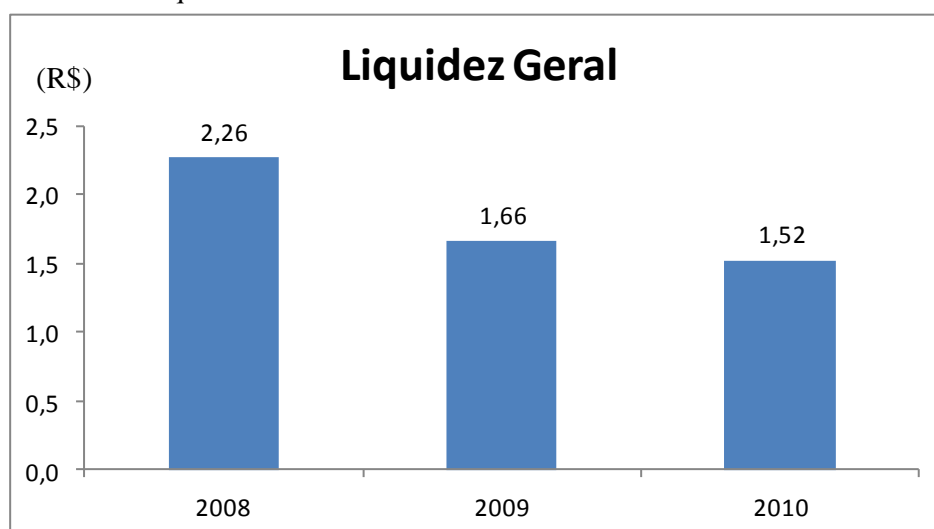
Quando analisados conjuntamente estes quatro indicadores de desempenho econômico é possível verificar que apesar do giro do ativo ter tido um crescimento constante, que representou 12% acumulados, os outros três mostraram não seguir esta tendência e, pelo contrário, tiveram uma grande queda na rentabilidade em 2009 e uma suave recuperação em 2010. Esse fenômeno mostra que houve um incremento na receita ao longo do tempo, pelo crescimento do giro do ativo, mas a participação das despesas teve um crescimento ainda maior, causando a queda na margem líquida, conseqüentemente reduzindo o lucro líquido e, com isso, diminuindo a rentabilidade do ativo e do PL. Esta hipótese pode ser confirmada observando-se a análise horizontal da DRE, que por um lado aponta um crescimento de 27,8% das receitas, mas por outro evidencia uma elevação de 32,07% nas despesas do período de 2008 a 2010. Há que se destacar também que o desempenho dos três últimos indicadores

foi mais elevado em 2008, ainda, em decorrência de uma contribuição das receitas financeiras, que neste período foram maiores do que em qualquer outro.

4.2.3.2 Liquidez

A liquidez, que representa a capacidade da organização de quitar suas dívidas com os recursos que dispõe no momento, pode ser encontrada por meio dos indicadores de liquidez geral, corrente e seca, dentre outros. Considerando as informações disponíveis nos resumos contábeis, podem-se calcular os dois primeiros.

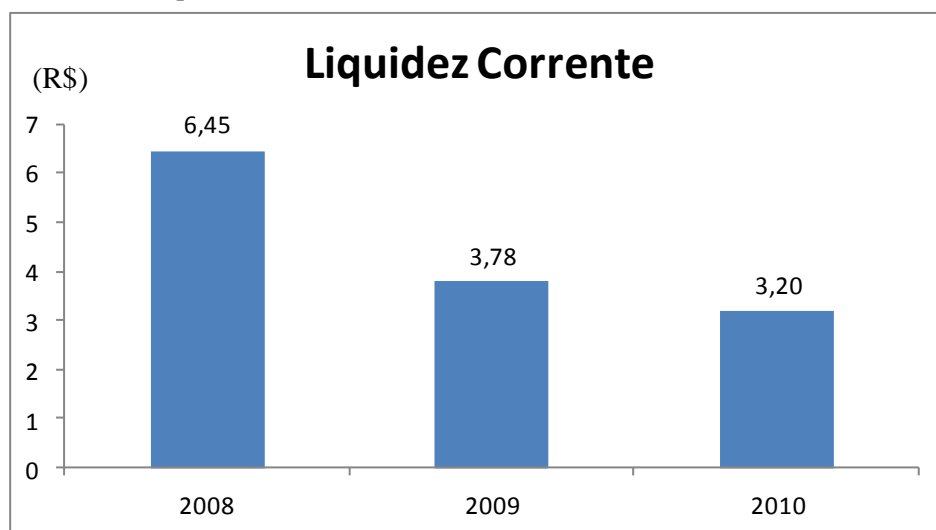
Gráfico 5 – Liquidez Geral



Fonte: elaborado pela autora

Mostrando a capacidade de pagamento das contas de longo e de curto prazo, verifica o nível de ativo circulante e realizável a longo prazo que existe para liquidar todas obrigações exigíveis. Quando resulta em um valor maior que 1, a organização tem uma folga financeira como segurança para o caso de não receber seus direitos em dia. Esta folga, porém, não deve ser excessiva, pois estes recursos poderiam estar aplicados em ativos mais rentáveis. É possível até mesmo que a organização mantenha um índice abaixo de 1, desde tenha um cuidado minucioso com a questão do equilíbrio da maturidade entre ativos e passivos. Em 2008, para cada R\$ 1,00 de dívida, o Einstein dispunha de R\$ 2,26 em ativos para pagá-la. O índice foi caindo ao longo do tempo, com R\$ 1,66 em 2009 e R\$ 1,52 em 2010.

Gráfico 6 – Liquidez Corrente



Fonte: elaborado pela autora

A liquidez corrente relaciona os recursos circulantes com as obrigações de curto prazo, representando a capacidade da organização de pagar suas dívidas de curto prazo com seus recursos mais líquidos. Em 2008 o Einstein contava com uma liquidez de R\$ 6,45, passando a R\$ 3,78 em 2009 e para R\$ 3,20 em 2010. A redução da liquidez corrente de 2008 a 2010 atingiu um nível de 50%. Se por um lado esta redução causa um aumento no risco na administração do capital de giro, por outro deve proporcionar aumento na rentabilidade da organização como um todo, pois estes recursos passam a ser aplicados em ativos mais rentáveis.

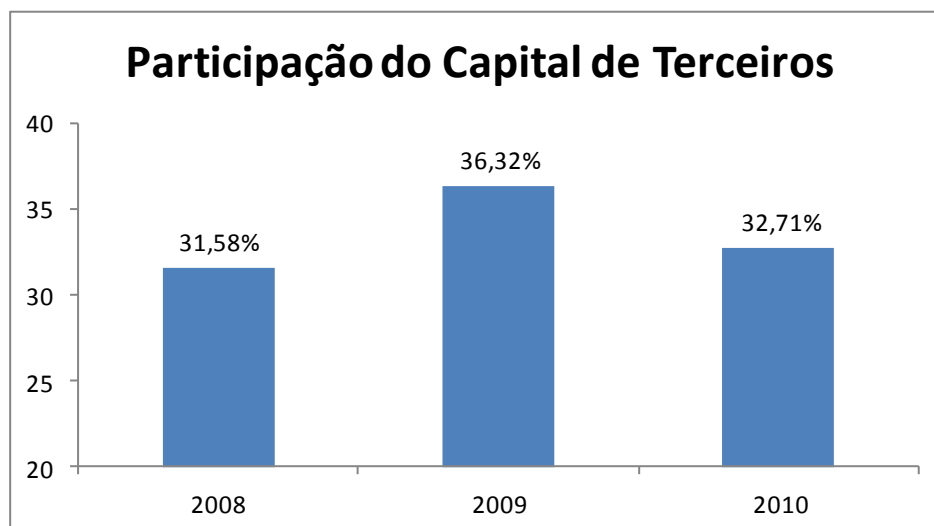
A liquidez corrente foi maior que a geral em todos os períodos, devido à grande participação do circulante na estrutura do ativo, que apesar de ter tido uma redução, manteve-se sempre mais de cerca de 20% a 50% maior que o realizável a longo prazo, como pode ser visualizado através da análise vertical. A queda permanente de ambos os índices de liquidez pode ser explicada pela redução de mais de 22% no ativo circulante e pelo aumento de mais de 57% do passivo circulante no período estudado, o que reduziu a folga financeira da organização, que em 2008 poderia ser considerada excessiva, possivelmente resultando em um alto custo de oportunidade naquele ano.

4.2.3.3 Estrutura e Endividamento

Estes indicadores mostram de que forma o passivo se estrutura, através da evidenciação de aspectos como a participação de recursos de terceiros e de recursos de curto prazo na estrutura de capital ou mesmo a imobilização de recursos. Para tanto, podem ser

calculados a Participação do Capital de Terceiros, a Composição do Endividamento, a Imobilização do Patrimônio Líquido e a Imobilização de Recursos Não Correntes.

Gráfico 7 – Participação do Capital de Terceiros

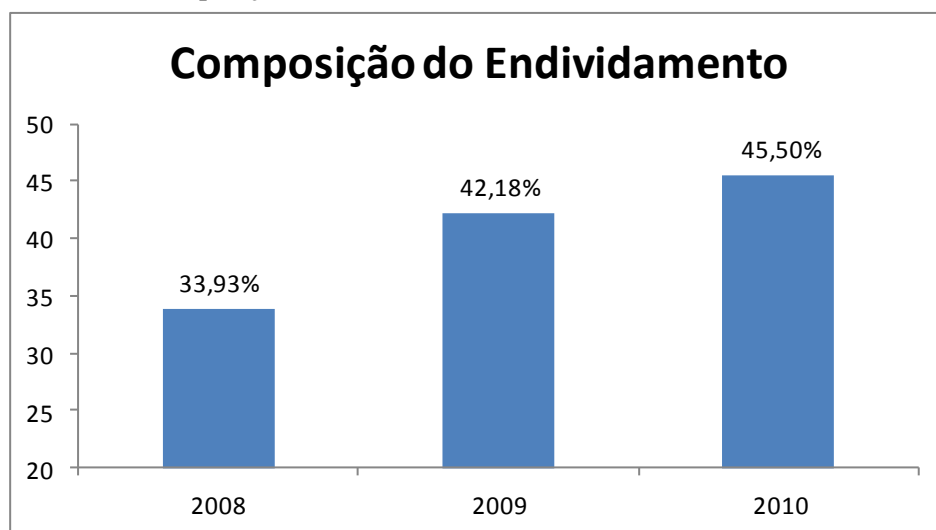


Fonte: elaborado pela autora

Este índice mostra a porcentagem do capital de terceiros em relação ao total de recursos próprios. Em 2008, para cada R\$ 100,00 de recursos próprios, o Einstein possuía R\$ 31,58 de capital de terceiros. Esse valor aumentou 15% em 2009, chegando a 36,32% e teve uma redução de 10% em 2010, passando a 32,71%. A participação do capital de terceiros manteve-se sempre na casa dos 30%, tendo como variação acumulada no período apenas 3,58%.

O acréscimo de 2009 pode ser explicado pelo aumento consistente sofrido pelo passivo circulante (de mais de 51%) e pelo crescimento de 6,67% do exigível a longo prazo, que somados foram consideravelmente maiores que o crescimento do PL, que foi de apenas 5,98% naquele ano. A redução da participação do capital de terceiros no ano seguinte pode ser explicada pelo aumento da evolução do PL, pela desaceleração do crescimento do circulante, que neste ano foi de apenas 3,77%, e pelo decréscimo de 9,33% do exigível a longo prazo.

Gráfico 8 – Composição do Endividamento

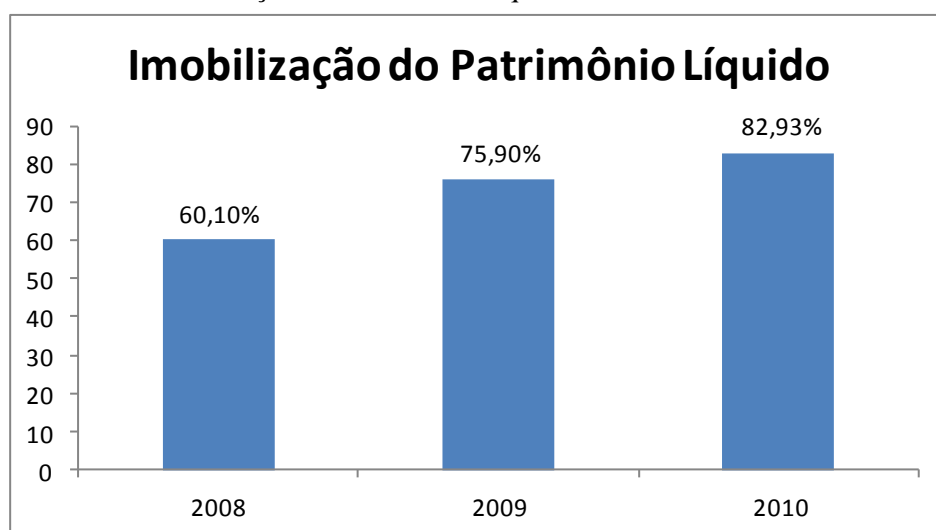


Fonte: elaborado pela autora

Mostra a participação das dívidas de curto prazo em relação ao montante de capital de terceiros. Em 2008 as dívidas de curto prazo representavam menos de 34% do endividamento total. Houve um aumento de 24,13%, atingindo o nível de 42,18% de participação, e com um leve crescimento de 8%, em 2010 este índice subiu a 45,5%. No período de 2008 a 2010 houve um acréscimo acumulado de 33,9%.

O aumento da participação de recursos de curto prazo, em 2009, foi minimizado pela evolução positiva do exigível a longo prazo (6,67%), podendo ter sido maior se isto não tivesse ocorrido, visto que o aumento do volume do circulante foi de 51,52%, valor mais elevado do que o crescimento do índice em questão. O desenvolvimento moderado de 8% em 2010 teve um comportamento inverso ao do ano anterior, tendo sido maior que o incremento do circulante, que foi de apenas 3,77%. Este comportamento decorre da associação entre o pequeno crescimento do circulante e uma redução em volume quase duas vezes maior do exigível a longo prazo (-9,33%).

Gráfico 9 – Imobilização do Patrimônio Líquido

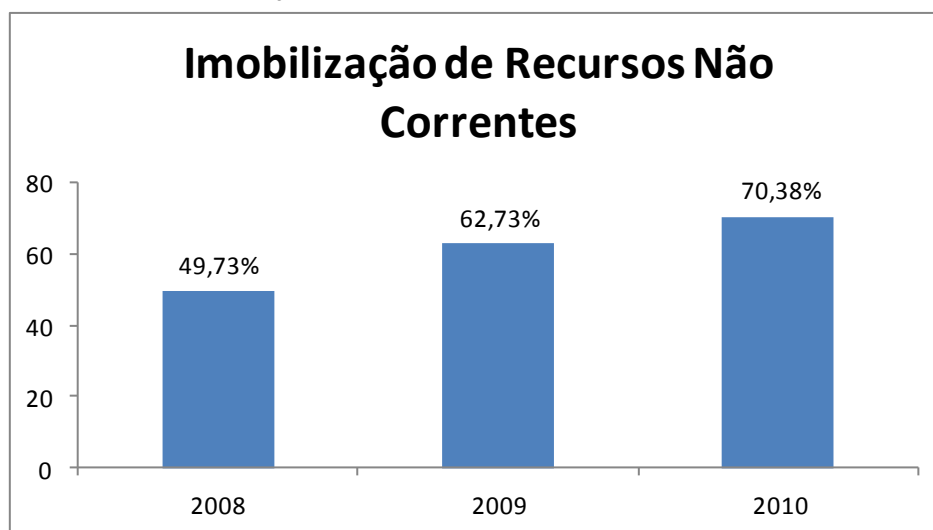


Fonte: elaborado pela autora

Mostra a porcentagem do PL investida no ativo permanente. A imobilização do PL teve uma evolução positiva em todos os anos, somando 38% no período. Em 2008, 60% do PL estava empregado no permanente. Os 40% restantes diziam respeito ao Capital Circulante Próprio (CCP), que representa uma folga financeira. Já em 2009, em decorrência de um aumento de 26,28%, passou a 75,90% e pelo crescimento de 9,26% em 2010, chegou a 82,93%.

Este comportamento de constante alta se deu pelo ativo permanente ter sido incrementado substancialmente, sofrendo uma elevação de mais de 56% no seu volume. A evolução do indicador, portanto, poderia ter sido maior, mas foi pulverizada pelo crescimento paralelo do PL. O maior aumento em 2009 foi decorrente deste ter sido o exercício que apresentou o incremento mais consistente no permanente, de 33,84%, e o mais leve desenvolvimento do PL, de menos de 6%. Esse aumento da imobilização do PL reduz o risco inerente à captação de capital de terceiros e permite a manutenção de CCP, entretanto, é preciso encontrar um equilíbrio entre custo e risco, pois os recursos próprios têm custo mais alto que o capital de terceiros.

Gráfico 10 – Imobilização de Recursos Não Correntes



Fonte: elaborado pela autora

Evidencia a quantidade de recursos não correntes (ELP e PL) aplicados no ativo permanente. Assim como o indicador de imobilização do PL, o ideal é que este resulte em um valor menor do que 100%, pois caso contrário, estará ocorrendo o financiamento do permanente com recursos circulantes, podendo acarretar problemas de solvência. O Gráfico 10 indica que este índice foi crescendo gradativamente a cada ano. Em 2008, menos de metade dos recursos não correntes estava aplicada no permanente. Já em 2009, este índice passou a 62,73%, enquanto em 2010 já estava na casa dos 70%. Ocorreu no período um aumento de 41,52% na imobilização dos recursos não correntes.

A evolução deste indicador também se deu pelo grande crescimento do ativo permanente, mas foi maior que o do índice anterior pois foi potencializado pela redução do volume do passivo exigível a longo prazo, de 3,28% no período. O desenvolvimento acelerado de 2008 para 2009, de 26,14% foi decorrente de este ter sido o momento de maior crescimento do permanente.

Comparando-se os diversos índices de estrutura e endividamento calculados, pode-se observar que o grau de dependência de recursos de terceiros permaneceu quase inalterado, mantendo-se em torno dos 30% durante todo o período. Entretanto, a estrutura deste endividamento passou por mutações, com o aumento do volume de dívidas de curto prazo frente a uma queda das obrigações de longo prazo. Este aumento da participação de recursos de curto prazo pode ser benéfico, uma vez que reduz o custo de capital, já que os recursos de curto prazo apresentam menores custos, mas aumentam também o risco associado à obtenção e à remuneração de recursos desta natureza, pois gera uma incerteza sobre a disponibilidade

destes fundos e sobre a geração de caixa suficiente para seu pagamento. Tanto o indicador de imobilização do PL quanto o de imobilização dos recursos não correntes apresentaram crescimento permanente, provocado principalmente pelo crescimento do ativo permanente e suavizados pelo aumento do PL em 2009 e 2010 e do exigível a longo prazo em 2009.

4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste tópico será feita a análise dos dados obtidos na entrevista realizada junto a um dos gestores financeiros do hospital, na qual buscou-se identificar as práticas de gestão financeira da organização, quanto aos aspectos Administração Financeira de Curto Prazo, de Longo Prazo e sobre os Indicadores de Gestão Financeira, sendo que quanto ao último, buscou-se também verificar os fatores causadores das variações percebidas pela análise por indicadores feita pela autora, bem como as expectativas do gestor acerca da evolução futura destes números.

4.3.1 Administração Financeira de Curto Prazo

No que diz respeito às decisões financeiras de curto prazo, a entrevista abordou questões como capital de giro, administração de caixa e administração de contas a receber. Os aspectos inerentes aos estoques não foram abarcados, por não serem da responsabilidade do gestor entrevistado e por serem apenas complementares ao presente estudo.

O financiamento de curto prazo é proveniente de operadoras de saúde nacionais e estrangeiras e de pacientes particulares. Os convênios respondem por 80% das receitas da entidade, enquanto os outros 20% são originários de pagamento direto de pacientes particulares, sendo que 10% destes dizem respeito a procedimentos não cobertos por seu plano de saúde. Além disso, a Sociedade conta com doações. Somente no ano de 2010 recebeu aproximadamente R\$ 26 milhões em doações (SBIBAE, 2010).

Além dos pacientes particulares e por convênios, ainda são atendidos na Unidade Morumbi, isto é, fora das instalações voltadas à filantropia, pacientes que fazem o pré e pós transplante e o próprio transplante de forma gratuita, também a título de filantropia, sem que o hospital receba qualquer remuneração do SUS além da isenção de impostos.

Quanto à administração de caixa, os autores estudados propõem o uso de modelos como o Lote Econômico e o Modelo de Miller e Or, que buscam encontrar um nível mínimo e um nível máximo de recursos em caixa. Ao contrário da teoria, a organização estudada

definiu apenas um valor mínimo de saldo em caixa, não tendo estipulado, porém, um nível máximo. Este limite mínimo não é calculado por meio de qualquer modelo, mas diz respeito a uma quantidade mínima de EBITDAs que devem ser mantidos em caixa. EBITDA é um termo em inglês, que significa *Earning Before Interest, Taxes and Depreciation*, e que representa a soma do lucro operacional e das despesas não desembolsáveis, como a depreciação (ASSAF NETO, 2010b).

Os autores afirmam que, independentemente do modelo escolhido para determinar os níveis de caixa, é preciso que ele seja adaptado à realidade da organização. Isto pode justificar o uso do método empregado pelo Einstein para calcular seu saldo mínimo de caixa. E, se por outro lado a instituição não determina um nível máximo a partir do qual investiria o excedente em aplicações mais rentáveis, podendo com isso estar arcando com um custo de oportunidade mais alto do que se o determinasse, mesmo assim os gestores monitoram o caixa e estão cientes de que seu nível de capital de giro está acima do desejado, mesmo que não exista a formalização de um valor máximo desejado em caixa.

O Einstein realiza ações no sentido de reduzir seu prazo médio de recebimento, consequentemente reduzindo seu ciclo de caixa, bem como a sua necessidade de saldo em caixa e, obviamente, o montante de recursos em giro para financiar as operações. Uma delas é a cobrança de antecipação de despesas, que é um adiantamento pago pelo paciente particular ao entrar no hospital. Quando a conta resulta em um valor maior, é preciso que o paciente pague o restante, mas se a conta for menor, ele recebe a diferença. Apesar disto, o hospital encontrava dificuldades para cobrar o restante da dívida, após a alta do paciente. Para amenizar este problema de inadimplência, então, o HIAE tomou o que considera uma grande ação, passando a incluir o nome dos devedores no cadastro da Serasa. Outro problema com inadimplência vem de pacientes internados no hospital por força de liminares judiciais, em virtude de o hospital ser referência em cirurgias de grande porte, sem que tenham que efetuar o pagamento de antecipação de despesas. A solução para este desafio, entretanto, por ser decorrente de decisão judicial, foge da competência do Setor de Controladoria e Planejamento Financeiro, fonte de pesquisa deste estudo. Outra ação tomada pelo Einstein com vistas à redução do montante de contas a receber é a negociação com os planos de saúde, que por vezes se negam a efetuar os pagamentos dentro dos prazos combinados. Este contato entre o hospital e o convênio não é feito pelo setor financeiro, mas pela Diretoria Comercial, que é acionada pelo financeiro quando este constata um volume de contas a receber excessivo proveniente de determinado plano de saúde.

4.3.2 Administração Financeira de Longo Prazo

As decisões financeiras de longo prazo dizem respeito principalmente à avaliação de investimentos e à captação de recursos.

A SBIBAE possui dois planos de longo prazo: o Plano Estratégico e o Plano Diretor, sendo que ambos possuem um horizonte de cinco anos e são revisados e adaptados anualmente. Com base neles são traçadas as metas anuais de investimentos. A princípio, todos os investimentos efetivados, desde aquisição de imóveis, terrenos, equipamentos e instalações devem estar contemplados por estes planos. Entretanto, caso haja a necessidade de realizar uma aplicação não planejada, é possível que o plano seja flexibilizado, desde que seja feito um estudo de viabilidade e que os Diretores e a Diretoria Eleita aprovem esta alteração.

Gitman (2010) afirma que as etapas mais importantes das decisões de investimento são a análise e a tomada de decisão. Ao analisar uma proposta de investimento, a organização mostra preocupação com a rentabilidade, por isso é feito um estudo de viabilidade econômica, mas também se preocupa com o ganho qualitativo para as operações, isto é, a análise de investimentos considera fatores qualitativos e quantitativos, sendo que estes envolvem o fator rentabilidade. Há investimentos em que se espera mais rentabilidade, enquanto para outros a preocupação principal diz respeito ao desempenho do investimento para a qualidade do serviço prestado ao paciente. Isto se dá também pelo fato de o HIAE trabalhar com a parte hoteleira da prestação de serviços médicos, como maternidade, clínica médica, etc, e com a medicina diagnóstica, que apresentam finalidades e retornos esperados diferentes. A tomada de decisão se inicia com o envio da proposta a uma comissão de aprovação e, dependendo do valor, termina com a aprovação do Diretor. Caso o valor ultrapasse um determinado teto, a decisão final fica a cargo da Diretoria Eleita.

O financiamento de longo prazo do Einstein consiste na captação de recursos junto ao Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), que fornece verba somente para investimentos. Uma vez que os investimentos concretizados são constantes dos planos estratégico e diretor, pode-se dizer que a captação de recursos é feita somente dentro do planejado a longo prazo. Porém, a organização não obtém junto ao BNDES o montante necessário para concretizar 100% da aplicação. É necessário que seja apresentado ao banco um projeto de investimento. Com isso, é fornecida parte da verba e, a cada etapa pronta de uma obra, por exemplo, o BNDES faz medições e libera mais uma porcentagem do valor total.

A questão do custo de capital, então, parece não ser uma preocupação muito grande para a instituição. Primeiramente, por se tratar de uma entidade filantrópica, que não visa lucro, isto é, que não precisa remunerar o capital próprio, mas que por outro lado deve buscar uma rentabilidade que permita o pagamento das suas obrigações e a sustentabilidade da organização no longo prazo. Segundo, por contar com somente uma fonte de recursos, mantendo, portanto, um relacionamento de longo prazo com a instituição financeira, pode ter vantagens no momento de negociar as taxas cobradas, até mesmo em decorrência do montante elevado de recursos que capta junto a ela, que pode ser um componente de barganha no momento da negociação.

4.3.3 Indicadores de Gestão Financeira

A organização faz uso da análise por indicadores, mas não utiliza os índices propostos por este estudo. Matarazzo (2010) afirma que o uso de indicadores distintos não afeta a qualidade dos resultados obtidos, isto é, é possível que diferentes analistas utilizem formas diversas de monitorar a gestão financeira sem que a qualidade da análise seja reduzida. O modelo utilizado pelo HIAE é o Balanced Scorecard, por meio do qual a instituição definiu indicadores estratégicos, divididos em indicadores financeiros, de qualidade, assistenciais e filantrópicos. No que tange aos indicadores financeiros, são acompanhados os aspectos: receita, custo, custos e despesas sobre receita, EBITDA e margem de EBITDA (EBITDA sobre receita). O monitoramento destes indicadores é feito mensalmente, de modo a verificar a evolução dos números, e identificar pontos que possam requerer intervenções.

Quanto à rentabilidade, o Einstein não adota uma taxa mínima, ela varia de acordo com a natureza do investimento proposto. Cada área dentro do hospital possui uma margem de lucratividade esperada diferente. Na medicina diagnóstica espera-se que o investimento traga um retorno maior. Em áreas como a clínica médica, clínica cirúrgica e UTI, busca-se com o investimento a melhoria qualitativa no desempenho do serviço ao paciente, em detrimento da rentabilidade.

À queda de rentabilidade durante o período abarcado por este estudo o gestor atribui o consistente processo de ampliação do espaço físico da entidade, por meio do qual está sendo concretizado o Plano Diretor. Apesar de ter tido início em 2006, o maior volume de investimentos aconteceu em 2009 e 2010, o que vai ao encontro das constatações feitas com as análises realizadas por esta pesquisa, que verificou um crescimento considerável das despesas a partir de 2009, o que causou redução na rentabilidade, com exceção do indicador

giro do ativo, que não sofre influência das despesas. Ponto que confirma a expansão física do HIAE é o crescimento do ativo permanente, que foi de mais de 56% neste íterim. Isto se dá também pois, apesar de mais rentáveis, os investimentos no permanente demoram mais tempo para trazer retorno quando comparados às aplicações no circulante. O gestor acredita que esse comportamento de retorno a longo prazo dos investimentos feitos nos últimos anos proporcione uma recuperação da rentabilidade nas contas do ano de 2011, pois a fase de maiores investimentos, segundo ele, foi em 2009 e 2010, e portanto agora a entidade vai começar a ter o retorno sobre estas aplicações.

No que concerne à liquidez, o Einstein estabeleceu, por meio do cálculo “caixa sobre endividamento”, um percentual mínimo e máximo dentro do qual deve permanecer. Existe uma preocupação por parte do HIAE de manter caixa suficiente para pagar todas as obrigações em dia, mas também de reduzir o volume de contas a receber, que a organização julga ser ainda muito alto. Quando questionado acerca da redução da liquidez ocorrida no período abrangido por este estudo, o entrevistado afirmou que ela foi desejada, pois encontrava-se em um nível excessivo e que, ainda, se deu pela construção do Bloco A1, uma das expansões físicas feitas pela instituição, e que demandou o investimento de um grande montante de capital.

A respeito da estrutura de capital, a instituição também tem definido um limite de endividamento, isto é, um nível máximo de recursos de terceiros que pode haver na sua estrutura, que é estabelecido pela Diretoria. Antes de contrair dívidas, a organização observa se este limite não será ultrapassado e se conseguirá gerar caixa suficiente para liquidar suas obrigações. A existência deste limite pode ser confirmada pela análise por indicadores, que mostrou que a participação de capital de terceiros permaneceu em todos os anos dentro da casa dos 30%, tendo seu pico em 2009, quando estavam sendo captados recursos para as consideráveis ampliações feitas na instituição. Em relação à participação de recursos de curto prazo na composição do endividamento, a entrevista indicou que parece não haver um nível mínimo e/ou máximo formalmente estipulado destes recursos na estrutura, entretanto, a participação de recursos de curto prazo atualmente encontra-se abaixo da desejada pela organização, resultado de um volume de contas a receber além do esperado e de um nível de contas de curto prazo a pagar muito baixo.

4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS

O Quadro 4 é uma síntese dos resultados obtidos com as ações promovidas pela instituição, de acordo com o relato apresentado nos tópicos anteriores, contraídos por meio da entrevista realizada com o gestor do setor financeiro da organização.

Quadro 4 – Síntese dos Resultados

AÇÕES	RESULTADOS
Cobrança de antecipação de despesas dos pacientes particulares	Redução da inadimplência
Inclusão dos inadimplentes no cadastro da Serasa	Redução do volume de contas a receber
Negociação de prazos com convênios	Redução do volume de contas a receber
Redução do volume de contas a receber	Queda da liquidez e aumento da rentabilidade e do risco
Aumento do montante de contas de curto prazo a pagar	Queda da liquidez e aumento da rentabilidade e do risco
Execução do Plano Diretor	Queda da rentabilidade do período estudado, aumento da rentabilidade projetada e redução da liquidez
Definição de limite de endividamento	Controle do risco de insolvência e minimização do custo de capital

Fonte: elaborado pela autora

É possível verificar com a análise deste quadro que a maior parte das principais ações realizadas pela instituição em termos de gestão financeira trouxe reflexos positivos, como a redução do volume de contas a receber, da inadimplência, da liquidez, e do custo de capital e o controle do risco de insolvência, além do aumento da rentabilidade. Por outro lado, algumas medidas causaram redução da rentabilidade, enquanto outras trouxeram incremento do risco.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste Capítulo serão apresentadas as considerações finais deste trabalho, que buscam responder se os objetivos foram alcançados, mostrando as soluções encontradas para o problema de pesquisa, bem como as recomendações para a organização e para futuros estudos.

5.1 CONCLUSÕES

Os objetivos foram parcialmente alcançados, uma vez que não se dispôs de dados suficientes para os cálculos de todos os indicadores. Não havendo maior detalhamento das contas do ativo circulante, mas um resumo destas contas, não foi possível calcular o Índice de Liquidez Seca e nenhum dos indicadores de prazos médios, conforme estava proposto pela fundamentação teórica deste trabalho, o que, entretanto, não impediu a realização de uma ampla discussão acerca das práticas de gestão financeira do HIAE.

Quanto aos demais objetivos, pode-se dizer que foram atingidos, pois foi realizada uma apresentação da organização, por meio da sua caracterização, expondo seu histórico e sua descrição, foram avaliadas suas demonstrações financeiras e realizadas as análises propostas. Foi também realizada a entrevista planejada, tendo seus dados analisados pela análise de conteúdo e, por fim, analisados conjuntamente os resultados quantitativos e qualitativos obtidos e traçado um perfil da gestão financeira da organização estudada.

Em relação à Administração de Caixa, a instituição estipulou um nível mínimo que deseja manter como saldo, a título de segurança contra as incertezas no fluxo de embolsos e desembolsos, mas não definiu um valor máximo. Assim, deixa de aplicar recursos excedentes em ativos mais rentáveis, que poderiam trazer retorno enquanto este capital não está sendo requerido para outras operações. Com isso está arcando com um custo de oportunidade de manter este dinheiro parado em caixa. Outro aspecto inerente à Administração Financeira de Curto Prazo são as contas a receber. A organização julga que o atual volume de contas a receber é excessivo. O Einstein atribui a este excesso causas como a inadimplência de pacientes particulares e a demora para a efetivação do pagamento de contas de convênio. Para reduzir o problema, tomou ações como a cobrança de antecipação de despesas dos pacientes particulares, inclusão dos inadimplentes no cadastro da Serasa e a negociação com os planos de saúde.

Com base nos planos de longo prazo elaborados pela organização são traçadas as metas anuais de investimentos a serem realizados. Estes planos, apesar de deverem ser cumpridos integralmente, possuem a flexibilidade necessária para que a organização não perca oportunidades que possam surgir no decorrer da sua concretização, uma vez que permite a avaliação e aprovação posterior de propostas que sejam importantes para a entidade. As peculiaridades de uma organização hospitalar fazem com que a análise e tomada de decisões do Einstein inerentes aos investimentos também seja diferente. Enquanto em uma empresa a rentabilidade pode ser fator determinante para a escolha do investimento, no HIAE isto não é regra. Primeiramente, a taxa de rentabilidade desejada varia de acordo com a natureza da aplicação, e de acordo com a área do hospital onde será feita. A análise dos investimentos parte não somente da viabilidade econômica, que é a variável quantitativa, mas também passa pela análise qualitativa do investimento, isto é, a contribuição que a aplicação, se concretizada, trará para a qualidade dos serviços prestados ao paciente. Pelo fato do financiamento de longo prazo da instituição ser feito somente pelo BNDES, o HIAE pode criar uma relação de parceria de longo prazo com o banco, de modo a obter melhores taxas de juros e demais condições na captação de recursos. Além disso, o fator custo de capital não parece ser um problema para a entidade, pois caso contrário poderia captar recursos com outras instituições financeiras.

Os indicadores de rentabilidade, com o auxílio das análises vertical e horizontal, mostraram que a rentabilidade no período estudado foi influenciada por dois fenômenos: o crescimento do volume de receitas e de despesas em todos os exercícios, sendo que o acréscimo da segunda ocorreu em maior grau, o que fez com que o giro do ativo crescesse, uma vez que desconsidera as despesas, mas que os demais indicadores de rentabilidade sofressem uma queda considerável em 2009 e uma leve recuperação em 2010, em decorrência da desaceleração do crescimento do nível de despesas. O incremento das despesas, contudo, não foi o único fator que desestimulou a rentabilidade, mas também houve uma contribuição das receitas financeiras para este resultado negativo, que tiveram queda em todos os anos, com ênfase em 2009. A redução da rentabilidade também pode ser explicada pelo aumento dos investimentos no ativo permanente, que apesar de mais rentáveis que os demais ativos, proporcionam retorno em um prazo mais longo. Este aumento das despesas foi atribuído pela instituição à concretização do Plano Diretor, que gerou um volume acentuado de despesas a partir de 2009 e cujo retorno se dará a partir dos próximos anos. Apesar do HIAE não possuir uma taxa global de rentabilidade esperada, mas ter uma nível desejado para cada área do hospital, pode-se dizer que a rentabilidade, mesmo com a redução ocorrida, ainda se encontra

em um patamar desejado pela organização e superior a muitas aplicações disponíveis no mercado. Espera-se nos próximos anos uma recuperação do grau de rentabilidade, uma vez que os investimentos em permanente começarão a trazer retorno para o hospital.

Em 2008 a liquidez da organização se encontrava em um patamar excessivo. Nos anos seguintes ocorreu uma permanente queda deste índice, que foi mais evidente no ano de 2009. Observando os demonstrativos, nota-se que isto se deu tanto pela redução do ativo circulante quanto pelo aumento do passivo circulante. Apesar de proporcionar aumento do risco, este comportamento causa um incremento na rentabilidade. Além disso, o nível de liquidez mantido atualmente pela entidade garante sua solidez financeira, pois ainda que tenha sido reduzida, encontra-se em um nível seguro. O alcance deste grau de liquidez foi desejado pela instituição, considerando que sua redução se deu de maneira deliberada e mediante ações tomadas pela organização na administração do seu capital de giro. Quanto à liquidez corrente, entretanto, a análise por indicadores aponta que ela ainda se encontra em um patamar de excesso, sendo que para cada R\$ 1,00 de dívida a organização possui R\$ 3,20 para liquidar esta obrigação. O Einstein, porém, está ciente disto e pretende reduzir ainda mais o nível de liquidez, pois acredita que seu capital de giro continua excessivo.

A participação do capital de terceiros na estrutura de capital do Einstein manteve-se quase que inalterada, figurando na casa dos 30% em todo o período estudado, grau de endividamento que pode ser considerado como a estrutura ótima de capital, no julgamento da organização, já que mantém e deseja continuar mantendo este nível no decorrer dos anos. A evolução do passivo circulante, no entanto, fez com que a porcentagem de dívidas de curto prazo fosse aumentada consideravelmente, em 33,9%, tendo, no entanto, sido minimizada por um crescimento paralelo do realizável a longo prazo, em 2009. A manutenção da participação dos recursos de terceiros e o considerável aumento das contas de curto prazo, causa um incremento no risco financeiro, mas também na rentabilidade. Este risco, porém, ainda é pequeno quando comparadas as obrigações com os ativos disponíveis para seu pagamento. Quanto à imobilização do PL e dos recursos não correntes, as variações em ambos os índices foram principalmente causadas pela associação entre o incremento do ativo permanente, que teve um crescimento de 56,19% de 2008 a 2010, e um crescimento mais lento do PL, que foi de pouco mais de 13%. Este movimento segue a tendência do crescimento da participação de recursos de curto prazo, de aumentar o risco associado à obtenção e à remuneração dos fundos, mas ao mesmo tempo incrementar também a rentabilidade. Ainda que tenha ocorrido um crescimento do risco associado à estrutura de capital pelo aumento da imobilização do PL

e dos recursos não correntes, faz parte das ações estratégicas da organização este considerável incremento do seu ativo permanente, pela concretização do Plano Diretor.

A análise conjunta dos índices de liquidez, e de estrutura e endividamento, bem como a análise horizontal das demonstrações financeiras, mostram um movimento no sentido de aumento do risco, com a redução do ativo circulante e o aumento ainda maior do passivo circulante, e com a maior imobilização dos recursos não circulantes. Quando ocorre este comportamento, espera-se um incremento da rentabilidade, o que se percebe, com o auxílio dos indicadores de rentabilidade, que não ocorreu. Entretanto, já que as aplicações realizadas no ativo permanente em 2009 e 2010 foram a principal causa desta queda de rentabilidade, e sendo que este ativo proporciona maior retorno, mas somente ao longo prazo, espera-se que a organização tenha uma recuperação de rentabilidade já em 2011, como retorno dos investimentos concretizados.

Pode-se concluir, finalmente, que as variações encontradas na análise por indicadores, mesmo aquelas negativas, foram desejadas pela organização, já que são reflexos das políticas de gestão financeira adotadas com vistas à concretização de seu planejamento de longo prazo. E sendo que até as variações que podem ser consideradas negativas ainda estão dentro de um patamar aceitável, e que as demais representaram efetivamente uma melhoria na administração dos recursos financeiros, pode-se dizer que, do ponto de vista econômico e financeiro, a instituição possui boas práticas de gestão.

Embora a literatura especializada em Administração Hospitalar afirme que os hospitais costumam ter mais custos e despesas do que receitas, as demonstrações financeiras mostram que no HIAE ocorre o contrário. Em todos os anos pesquisados ocorreu superávit, o que pode ser explicado pelo fato do Einstein praticar uma política de preços que afirma ser condizente com a qualidade dos serviços oferecidos. Então, se por um lado oferece alta qualidade, com ótimos profissionais e instalações e utilizando equipamentos de ponta, também faz, junto aos pacientes e planos de saúde, uma precificação condizente com essa realidade.

Ainda contrariando a literatura, que afirma que a gestão dos hospitais no Brasil não costuma ser profissional e que desse modo pode apresentar erros, principalmente no que tange à sua gestão financeira, e apesar da carência de estudos científicos acerca desta área nos hospitais no país, o Einstein apresenta uma administração altamente profissionalizada, e no que diz respeito à administração financeira, parece utilizar avançadas técnicas de gestão financeira. Com isso, mantém uma gestão financeira profissional e uma posição econômica e financeira sólidas, o que contribuiu sobremaneira para o sucesso da instituição ao longo dos

anos passados e permite que a organização mantenha o patamar de qualidade nos serviços prestados e excelência médica pela qual é reconhecida pela sociedade brasileira.

5.2 RECOMENDAÇÕES

Pelo fato da organização considerar seu capital de giro excessivo, e sendo que não estabeleceu um nível máximo de recursos a serem mantidos em caixa, mostra-se importante verificar o custo de oportunidade de manter este saldo em excesso, que poderia estar trazendo retorno financeiro quando não demandado. Seria interessante atribuir um nível máximo, a partir do qual o excedente seria aplicado em outros ativos, o que traria um incremento à rentabilidade global de instituição.

Apesar de a Einstein atribuir o crescimento das despesas ao considerável processo de ampliação pelo qual vem passando a Sociedade, sugere-se a realização de um estudo aprofundado da composição destas despesas, para verificar a possibilidade de alternativas que levem à sua redução.

Outro fator que influenciou negativamente a rentabilidade foram as receitas financeiras, que apresentaram uma constante queda. Há que se verificar os motivos desta redução e, se for o caso, aplicar estes recursos em outros ativos.

Por meio da redução do prazo de recebimento de contas, a organização realizou ações no sentido de diminuir o volume de contas a receber, elemento este que afirma ser um dos responsáveis pelo excesso de recursos em giro. Entretanto, por ainda considerá-lo excessivo, é relevante que sejam pensadas outras estratégias para reduzir o montante de ativo circulante. Para isso, podem ainda ser feitas intervenções como aumentar o prazo de pagamento aos fornecedores e diminuir o tempo necessário para o giro dos estoques.

Pode-se realizar também uma análise detalhada dos prazos de exigibilidade e realização das contas do Balanço Patrimonial da Sociedade, para que se encontre com exatidão o grau de excesso da liquidez corrente.

Além disso, para verificar se a composição da estrutura de capital é a ideal, tanto em relação à participação de recursos de terceiros e de obrigações de curto prazo, quanto ao grau de imobilização do PL e dos recursos não correntes, poderá ser pesquisado o custo de capital associado a cada uma das fontes de capital.

Sugere-se, por fim, um estudo com demonstrações financeiras mais detalhadas, que permitam a realização da análise de indicadores de prazos médios e liquidez seca, de modo a

verificar a possibilidade e a necessidade de redução do ciclo de caixa e o aumento do giro dos estoques.

REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 171 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

ALMEIDA, Mario de Souza. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.

ALVES, Rodrigo Viega. **Fatores delimitantes na implementação de um sistema de gestão de custos em um hospital público do Rio Grande do Sul**. 105 p. Dissertação (Mestrado em Administração). Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

ASSAF NETO, Alexandre. **Estrutura e análise de balanços: um enfoque econômico-financeiro**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Finanças corporativas e valor**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BOEGER, Marcelo Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 04/06/2011.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 04/06/2011.

CALVO, Maria Cristina Marino. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no Estado do Mato Grosso em 1998**. 223 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHERCHIGLIA, M.L.; DALLARI, S. G. **Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público**. Revista de Administração de Empresas, v. 5, n. 2, jul/dez, 2006.

COBRA, Marcos. **Estratégias de marketing de serviços**. 2. ed. São Paulo: Cobra, 2001.

CORRÊA, Jessica Beth Sadie Sklair. **Relações de segregação: novas práticas filantrópicas entre a elite paulistana**. São Paulo, 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros: para gestores municipais de serviços de saúde**. Série Saúde & Cidadania, volume 10. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

EL KHOURI, Sumaia Georges. **Telemedicina: Análise da sua evolução no Brasil**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FEDERAÇÃO ISRAELITA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Hospital Israelita Albert Einstein completa 40 anos**. Disponível em: <<http://www.fisesp.org.br>>. Acesso em 01/11/2011

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira**. 12 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

GROPPELLI, A. A.; NIKBAKHT, Ehsan. **Administração financeira**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010 496p.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Departamento de Marketing da SBIBAE. **Hospital Israelita Albert Einstein: 40 anos**. Saúde/Educação/Boas Ações/Solidariedade. São Paulo: outubro de 2011. Ano I, nº 1.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas da Saúde. **Assistência Médico-Sanitária 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 06/06/2011.

KICH, Juliane Inês Di Francesco et al. **A influência do líder na condução do processo de implementação do planejamento estratégico**. Revista de Ciências da Administração, v. 10, n. 21, p. 122-146, mai/ago, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração e interpretação de dados**. 6. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

MARION, José Carlos. **Contabilidade empresarial**. 15. ed São Paulo: Atlas, 2009.

MATARAZZO, Dante Carmine. **Análise financeira de balanços: abordagem gerencial**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **Esfra Administrativa**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 06/06/2011.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Tipo de Estabelecimento**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em 06/06/2011.

_____. **Portaria n. 3.355, de 04 de novembro de 2010**. Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 05/06/2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Constitution of the World Health Organization**, de 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>>. Acesso em 05/06/2011.

PADOVEZE, Clovis Luís; BENEDICTO, Gideon Carvalho de. **Análise das demonstrações financeiras**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Centro Histórico da SBIBAE. **Gestão Jozef Fehér: Segundo Período 1990-1995**. São Paulo: SBIBAE, 2011. Livreto de Exposição. Visita em: 04/11/2011.

_____. **Hospital Israelita Albert Einstein**. Disponível em: <<http://www.einstein.br>>. Acesso em 02/10/2011

_____. **Relatório de Responsabilidade Corporativa 2008**. Disponível em: <<http://www.einstein.br>>. Acesso em 02/10/2011

_____. **Relatório de Responsabilidade Corporativa 2009**. Disponível em: <<http://www.einstein.br>>. Acesso em 02/10/2011

_____. **Relatório de Responsabilidade Corporativa 2010**. Disponível em: <<http://www.einstein.br>>. Acesso em 02/10/2011

SOCIEDADE BRASILEIRA DA HISTÓRIA DA MEDICINA. **Hospital Israelita Albert Einstein**. Disponível em: <<http://www.sbhm.org.br>>. Acesso em 30/10/2011

TOGNON, Ivanir Vitor. **Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do Custeio Baseado em Atividades**: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Administração) – Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2007.

APÊNDICE A

Memória de Cálculo dos Indicadores

RENTABILIDADE

a) Giro do Ativo

$$\text{Giro do Ativo} = \frac{\text{Vendas Líquidas}}{\text{Ativo}}$$

b) Margem Líquida

$$\text{Margem Líquida} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Vendas Líquidas}} \times 100$$

c) Rentabilidade do Ativo

$$\text{Rentabilidade do Ativo} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Ativo}} \times 100$$

d) Rentabilidade do Patrimônio Líquido

$$\text{Rentabilidade do PL} = \frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{PL Médio}} \times 100$$

e) Patrimônio Líquido Médio

$$\text{PL Médio} = \frac{\text{PL Inicial} + \text{PL Final}}{2}$$

LIQUIDEZ

a) Liquidez Geral

$$\text{Liquidez Geral} = \frac{\text{AC} + \text{Realizável a Longo Prazo}}{\text{PC} + \text{Exigível a Longo Prazo}}$$

b) Liquidez Corrente

$$\text{Liquidez Corrente} = \frac{\text{AC}}{\text{PC}}$$

c) Liquidez Seca

$$\text{Liquidez Seca} = \frac{\text{AC} - \text{Estoques}}{\text{PC}}$$

ESTRUTURA E ENDIVIDAMENTO

a) Participação do Capital de Terceiros

$$\text{Participação do Capital de Terceiros} = \frac{\text{Capital de Terceiros}}{\text{PL}} \times 100$$

b) Composição do Endividamento

$$\text{Composição do Endividamento} = \frac{\text{PC}}{\text{Capital de Terceiros}} \times 100$$

c) Imobilização do Patrimônio Líquido

$$\text{Imobilização do PL} = \frac{\text{AP}}{\text{PL}} \times 100$$

d) Imobilização de Recursos Não Correntes

$$\text{Imobilização do Recursos Não Correntes} = \frac{\text{AP}}{\text{PL} + \text{ELP}} \times 100$$

PRAZOS MÉDIOS

a) Prazo Médio de Recebimento de Vendas

$$\text{Prazo Médio de Recebimento de Vendas} = \frac{\text{Duplicatas a Receber}}{\text{Vendas Diárias}} \times 360$$

b) Prazo Médio de Pagamento de Compras

$$\text{Prazo Médio de Pagamento de Compras} = \frac{\text{Saldo Fornecedores}}{\text{Compras}} \times 360$$

c) Prazo Médio de Renovação de Estoques

$$\text{Prazo Médio de Renovação de Estoques} = \frac{\text{Estoques}}{\text{CMV}} \times 360$$

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Administração pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Título: ANÁLISE DA GESTÃO FINANCEIRA DE UMA ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE:
Estudo de caso do Hospital Israelita Albert Einstein.

Graduanda: Patricia Cristiana Belli

- 1) A instituição faz uso da análise por indicadores?
- 2) Há uma taxa mínima de rentabilidade a ser atingida? Qual seria?
- 3) Apesar do crescente incremento da receita no período de 2008 a 2010, a análise de três dos indicadores estudados indicou uma constante queda de rentabilidade, de aproximadamente 50%. A que fator pode ser atribuída esta diminuição?
- 4) Qual é o nível de liquidez desejado?
- 5) A redução da liquidez de 2008 para 2010 foi desejada?
- 6) A instituição tem definida uma participação ideal de recursos de terceiros na estrutura de capital? Qual seria?
- 7) Quanto à participação de obrigações de curto prazo na composição do passivo, existe um nível máximo e/ou mínimo definido?
- 8) Os financiamentos são captados apenas base nas necessidades do Plano Estratégico e Diretor ou ao longo do tempo podem surgir novas necessidades de financiamento?
- 9) São realizados investimentos não contemplados pelo Plano Diretor?
- 10) Existe um nível mínimo e/ou máximo de recursos que a instituição espera manter em caixa?

11) Quais ações são tomadas de modo a evitar a inadimplência?