

Revista Universo Contábil, ISSN 1809-3337
Blumenau, v. 9, n. 4, p. 128-143, out./dez., 2013

doi:10.4270/ruc.2013434

Disponível em www.furb.br/universocontabil



UM ESTUDO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO ESPÍRITO SANTO¹

A STUDY OF CORPORATE GOVERNANCE IN HOSPITALS CHARITABLE IN ESPÍRITO SANTO

UN ESTUDIO DE LA GOBERNANZA EMPRESARIAL EN HOSPITALES FILANTRÓPICOS DEL ESPÍRITO SANTO

Aloísio Calve

Mestre em Administração pela Fucape Business School
Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Administração e de
Financiamento da Atenção à Saúde.
Endereço: Rua Rio de Janeiro, nº 1371, Santa Inês
CEP: 29106-241 -Vila Velha - ES
E-mail: aloisocalve@saude.es.gov.br
Telefone: (27) 3349-4569

Valcemiro Nossa

Doutor em Controladoria e Contabilidade pela USP
Professor da FUCAPE Business School
Endereço: Av. Fernando Ferrari, 1358. Boa Vista
CEP: 29075-505 – Vitória - ES
E-mail: valcemiro@fucape.br
Telefone: (27) 4009-4444

Marcelo Sanches Pagliarussiⁱ

Doutor em Ciência e Engenharia de Materiais pela UFSCAR
Professor Doutor da Universidade de São Paulo - Faculdade de Economia
Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto – FEA-RP
Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre
CEP: 14040-905 - Ribeirão Preto – SP
E-mail: m31170@gmail.com
Telefone: (16) 3602-0670

Aridelmo José Campanharo Teixeira

Doutor em Controladoria e Contabilidade pela USP
Professor da FUCAPE Business School
Endereço: Av. Fernando Ferrari, 1358. Boa Vista
CEP: 29075-505 – Vitória - ES
E-mail: aridelmo@fucape.br
Telefone: (27) 4009-4444

¹ Artigo recebido em 29.11.2012. Revisado por pares em 29.09.2013. Reformulado em 18.12.2013. Recomendado para publicação em 26.12.2013 por Carlos Eduardo Facin Lavarda. Publicado em 30.12.2013. Organização responsável pelo periódico: FURB.

RESUMO

O presente estudo relaciona o nível de aderência às práticas de governança corporativa nos hospitais filantrópicos do Espírito Santo e a relação dessas práticas com os resultados operacionais, de acordo com a teoria de agência. A amostra compreendeu 21 hospitais filantrópicos, distribuídos em todas as regiões do Estado do Espírito Santo, que disponibilizam 2.029 leitos, representando 60,5% da estrutura de leitos dos hospitais filantrópicos do Espírito Santo. Os dados foram coletados por meio de questionário respondido pelos representantes dos hospitais, análise dos demonstrativos contábeis, do relatório anual de 2010 e consulta ao *web site* dos hospitais. Os resultados apontaram que apenas um hospital conseguiu ultrapassar 50% da pontuação máxima do Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos - IGHF. Quanto à análise dos indicadores de desempenho e sua relação com o IGHF, foi utilizado o teste de médias de Mann-Whitney, e os resultados indicam que os hospitais com maior índice do IGHF possuem médias diferentes dos hospitais com menor índice do IGHF para os indicadores de receita, ativos e internações, por leito hospitalar.

Palavras-chave: Governança Corporativa, Hospitais Filantrópicos, Desempenho.

ABSTRACT

This study relates the level of adherence to corporate governance practices in philanthropic hospitals of the Espírito Santo and the relationship of these practices with the operational results, according to the agency theory. The sample consisted of 21 non-profit hospitals, distributed in all regions of the state of Espírito Santo, which provide 2,029 beds, representing 60.5% of the structure of beds of charity hospitals of Espírito Santo. Data were collected through a questionnaire answered by the representatives of the philanthropic hospitals, analysis of financial statements, the 2010 annual report and consulting the web site of the hospitals. The results showed that only 01 (one) hospital was able to overcome 50% of the maximum score of Corporate Governance Index for Charitable Hospitals - IGHF. The analysis of performance indicators and their relationship with the IGHF, we used the mean test, Mann-Whitney test, and the results indicate that hospitals with the highest rate of IGHF have different mean of hospitals with the lowest rate of IGHF for indicators revenue, assets and admissions by hospital bed.

Keywords: Corporate Governance, Philanthropic Hospitals, Performance.

RESUMEN

El presente estudio se refiere al nivel de adhesión a las prácticas de la gobernanza empresarial en los hospitales filantrópicos del Espírito Santo y la relación de estas prácticas con los resultados operativos, de acuerdo con la teoría del agente. La muestra está formada por 21 hospitales sin fines de lucro, distribuidos en todas las regiones del estado de Espírito Santo, que proporcionan 2.029 camas, lo que representa el 60,5% de la estructura de las camas de hospitales de caridad del Espírito Santo. Los datos fueron coleccionado través de uno cuestionario respondido por los representantes de los hospitales filantrópicos, análisis de estados financieros, el informe anual de 2010, y tras consultar el sitio web de los hospitales. Los resultados mostraron que sólo uno hospital podría superar el 50% de la puntuación máxima del Índice de la Gobernanza Empresarial para Hospitales Filantrópicos - IGHF. El análisis de los indicadores de desempeño y su relación con el IGHF, se utilizó la prueba de medias, Mann-Whitney y los resultados indican que los hospitales con el mayor índice de IGHF tienen medias diferentes de los hospitales con el menor índice de IGHF para indicadores las receita, los bienes y los ingresos por cama de hospital.

Palabras-clave: Gobernanza Empresarial, Hospitales Filantrópicos, Performance.

1 INTRODUÇÃO

O tema governança tem sido discutido em estudos acadêmicos focados em organizações hospitalares, mas com ênfase na experiência dos gestores e consultores. Observa-se que trabalhos teóricos têm recebido poucas verificações empíricas produzindo resultados incompletos ou inconclusivos (ALEXANDER; LEE, 2006).

Há um crescente interesse dos doadores e voluntários, caracterizados como principais num contexto de relações de agência, em monitorar a utilização dos recursos, para reduzir a probabilidade de expropriação pelos gestores, ou agentes (Leal e Fama, 2007). Assim, o desenvolvimento de mecanismos de controle para manter os gestores dentro de limites aceitáveis de discricionariedade é um aspecto de grande interesse também para organizações sem fins lucrativos.

Coy e Dixon (2004) abordaram esse problema por meio da elaboração de um Índice de Governança Corporativa chamado *Public Accountant Index – PAI*. O índice foi desenvolvido a partir da análise dos relatórios anuais das faculdades, e seu foco abrange, além das dimensões de desempenho educacional e financeiro, também as atividades voltadas para os demais grupos com interesses nessas instituições. Rezende, Facune e Dalmácio (2009) adaptaram o índice e elaboraram o Índice de Governança Corporativa para Clubes de Futebol – IGCCF.

Alinhado a tais estudos, o objetivo do presente trabalho é mensurar o nível de aderência dos Hospitais Filantrópicos do Estado do Espírito Santo às Práticas de Governança Corporativa adaptadas a partir dos trabalhos de Coy e Dixon (2004) e Rezende, Facune e Dalmácio (2009). Complementarmente, visando a validar a adaptação realizada foi analisada a relação desse nível com a capacidade de prestar serviços hospitalares à população. Para tanto, foi desenvolvido no presente estudo um Índice de Governança Corporativa para os Hospitais Filantrópicos – IGHF. Posteriormente, foi analisada a relação entre a pontuação obtida no índice e os indicadores de desempenho, Receitas, Valor do Ativo Total, Valor do Imobilizado, Endividamento, Número de Internações e Resultado Líquido.

O presente estudo contribui com os estudos sobre governança hospitalar ao oferecer um conjunto de indicadores de governança formado por questões relacionadas às dimensões de: Evidenciação, Conselhos - estrutura e funcionamento, Ética e conflito de interesses, direitos e propriedade, retorno social, adaptados a partir do estudo de Rezende, Facune e Dalmácio (2009). Deste modo, o presente trabalho constitui uma aplicação empírica da Teoria de Agência para ampliar o conhecimento sobre governança nos hospitais filantrópicos, no sentido de reduzir a assimetria de informações entre agentes e principais na gestão da saúde.

2 TEORIA DE AGÊNCIA

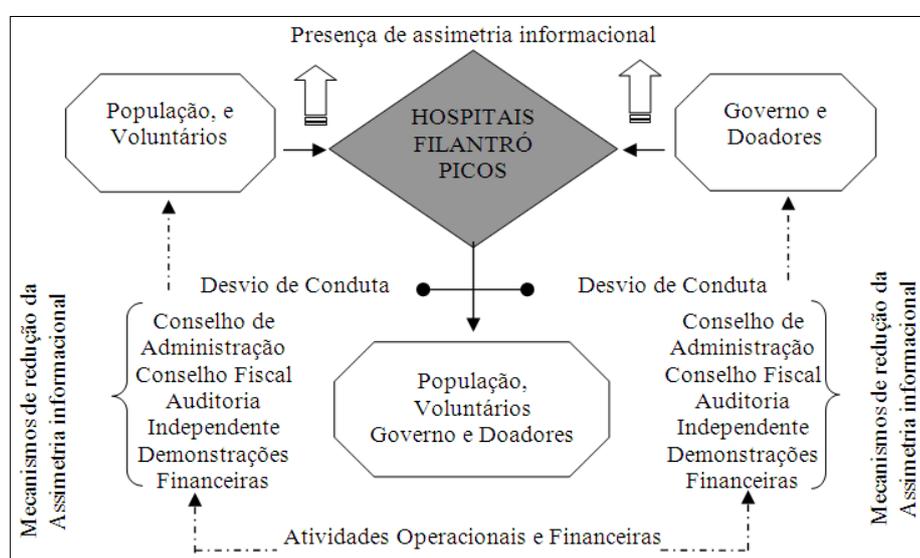
A teoria de agência modela relacionamentos entre proprietários e gestores de empresas como um arranjo principal-agente em que as partes apresentam divergência de interesses (Ross, 1973). De acordo com a teoria, os gestores irão demandar alguma forma de recompensa, usualmente monetária, para tomar decisões e agir no melhor interesse dos proprietários da firma (Grossman & Hart, 1983; Hart & Holmstrom, 1987). Quanto maior o desalinhamento de interesses, mais custoso se torna para o proprietário a indução de comportamentos pro organização nos gestores. A teoria de agência tem sido um dos principais quadros teóricos usados nas pesquisas em administração e economia em estudos que abordam risco moral, (Holmstrom, 1979), sistemas de compensação e motivação (Baker, Jensen, & Murphy, 1988; Lazear, 1991) e seleção adversa (Lazear & Rosen, 1981; MacLeod & Malcomson, 1988).

Os pressupostos da teoria de agência formam um arcabouço teórico para se entender as relações contratuais atribuídas às organizações filantrópicas: Governo, doadores, população e voluntários e outros (REZENDE; FACUNE; DALMÁCIO, 2009). Mesmo que os hospitais filantrópicos não distribuam lucros, observa-se no contexto apresentado, que existe uma relação de agência entre os *stakeholders*. Como agentes estão os dirigentes das instituições hospitalares,

que decidem onde e como aplicar os recursos recebidos. Como principais estão o governo que disponibiliza os recursos, a população que paga os tributos e utiliza os serviços, os doadores e os voluntários.

Na Figura 1, de um lado está o governo e os doadores, que disponibilizam recursos para os hospitais filantrópicos. O governo na forma de isenções tributárias, incentivos financeiros para contratualização de serviços ou investimentos em projetos estruturantes. Os doadores, pessoas físicas e jurídicas que colocam recursos nos hospitais em projetos para melhorar a assistência médica hospitalar ou para auxiliar na cobertura dos custos operacionais. Do outro lado os voluntários e a população. Os voluntários doam seu tempo e conhecimento no sentido de auxiliar os hospitais a prestar serviços humanizados aos pacientes. A população que se beneficia dos serviços prestados pelos hospitais e cada vez mais cobra por um serviço adequado às suas necessidades.

Figura 1: Teoria de Agência nos Hospitais Filantrópicos



Fonte: Adaptado de Rezende, Facune e Dalmácio(2009, p. 4).

Pode-se observar ainda, na Figura 1, que nas setas contínuas estão representados os desvios de conduta entre agentes, que são os gestores hospitalares, na aplicação dos recursos que foram disponibilizados pelo governo e doadores, os principais, para gerar serviços hospitalares em benefício da população. A assimetria de informação é representada pelas setas largas. A assimetria ocorre pela dificuldade do principal em monitorar os esforços financeiros disponibilizados e os resultados dos serviços gerados pelos hospitais filantrópicos. Nas setas tracejadas, estão as áreas de execução e geração de conflitos (atividades operacionais) e os mecanismos de redução de assimetria informacional (conselhos, auditorias e demonstrativos financeiros).

Conforme Rezende, Facune e Dalmácio (2009, p.6):

Nas setas tracejadas, têm-se, basicamente, os campos de execução, campo de geração dos conflitos (atividades operacionais e financeiras), bem como os mecanismos que podem ser implementados, pelo principal, como alternativa para a redução da assimetria informacional, esses mecanismos são: conselho de administração e fiscal, demonstrações financeiras e auditorias independentes.

A falta de indicadores e informações de desempenho organizacionais dificulta a eficiência dos mecanismos de controle nas Organizações do Terceiro Setor - OTS, e mesmo que os recursos sejam aplicados de forma transparente é complexo o monitoramento por parte dos doadores (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004).

Pelo fato de não ser remunerado, o principal em organizações sem fins lucrativos tem poucos incentivos para monitorar o gestor, dando a ele um poder discricionário, que o possibilita a realocar recursos em seu próprio benefício (MISORELLI, 2003). O fato de não existir incentivos e o conselho ser voluntário, faz com que os doadores assumam os riscos para alocação de recursos feitos nas organizações sem fins lucrativos, pois estes não possuem mecanismos para monitorarem os resultados dos serviços prestados (FAMA; JENSEN, 1983).

3 GOVERNANÇA EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

Os resultados organizacionais dos hospitais filantrópicos estão relacionados à capacidade de gerar benefícios à sociedade, com a participação desses hospitais nas ações sociais e educacionais que promovam a manutenção da saúde, o controle de epidemias e a participação nas estratégias governamentais em benefício da população, mantendo-se o equilíbrio econômico financeiro da instituição. A evidenciação ou *disclosure* corporativo nessas instituições não se limita às informações financeiras, pois a participação estratégica de governo, em ações sociais e educacionais, também deve ser considerada.

O fato de os hospitais filantrópicos não possuírem donos ou acionistas, faz com que os direitos de propriedade não sejam claros. O debate sobre estrutura de propriedade nas organizações filantrópicas é tema de debate na literatura, e necessita de maior aprofundamento conceitual e estudos empíricos (MENDONÇA; MACHADO FILHO, 2004). Mesmo os conselheiros sendo voluntários, altruístas, ou seja, preocupados com o bem-estar dos outros, não fazem deles agentes perfeitos e que vão agir em prol dos principais; na relação não deixa de existir o problema de agência (MISORELLI, 2003).

4 GOVERNANÇA E DESEMPENHO NOS HOSPITAIS

Alexander e Lee (2006), buscando avaliar a relação da configuração do conselho sobre o desempenho dos hospitais, concluíram que o modelo corporativo dos hospitais possui uma associação positiva com o desempenho.

Conforme Viacava et al. (2005), a governança nos hospitais sem fins lucrativos impacta no crédito das instituições, principalmente em época de crise. O autor afirma ainda que na avaliação da Moody's Investor Services, agência de classificação de riscos americana, os fatores de governança são avaliados nas organizações sem fins lucrativos, tais como: desenvolvimento da missão da organização, seleção e avaliação da gestão sênior, composição do conselho e desempenho, compreensão e interpretação dos relatórios financeiros, manutenção e construção de recursos financeiros da organização, entre outros.

Alam, Elshafie e Jarjoura (2008) investigaram o efeito da estrutura de propriedade sobre o desempenho dos hospitais Americanos de Washington (EUA). Os autores concluíram que a rentabilidade é maior nos hospitais sem fins lucrativos, a eficiência sobre os ativos são próximas, os hospitais do governo possuem melhor liquidez, assim constatou-se que o desempenho não financeiro foi melhor nos hospitais sem fins lucrativos.

O quadro teórico mais debatido nos trabalhos sobre governança nos hospitais sem fins lucrativos é a teoria de agência, cujos conselhos são tratados como principais e os gestores hospitalares como agentes; para outros interessados tais como: doadores, financiadores, governo, membros voluntários e funcionários, os estudos são quase ignorados; nessas organizações existem em todo o mundo funcionando em diferentes contextos institucionais, assim existe muito espaço para investigação teórica e empírica, com um olhar explícito sobre as partes interessadas e sua modelagem de interação (JEGERS, 2008).

5 PRESTAÇÃO DE CONTAS NOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

A Lei da Filantropia dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social e regulamenta os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade

social e dá outras providências. Para fazer jus à certificação, os hospitais filantrópicos precisam firmar a prestação de serviços ao SUS, por meio de convênios ou instrumento congênere. Conforme Art. 4º a entidade de saúde, que versa sobre o cumprimento de metas, percentual mínimo de atendimento ao SUS e prestação de contas dos serviços prestados ao Ministério da Saúde, para obterem o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)

O Conselho Federal de Contabilidade (CFC) estabelece critérios e procedimentos para registro dos componentes patrimoniais, estruturação dos demonstrativos e informações a serem divulgadas pelas entidades sem fins lucrativos, a qual se enquadram os hospitais filantrópicos. Orienta quanto ao cumprimento das exigências contábeis legais que devem ser cumpridas pelas entidades jurídicas de direito privado sem finalidade de lucros, isenta de impostos e contribuição para seguridade social. Estabelece demonstrações contábeis que devem ser elaboradas pelas entidades sem fins lucrativos, tais como: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido e a Demonstração dos Fluxos de Caixa e Notas Explicativas.

Observa-se que a Lei da Filantropia, estabelece algumas normas para certificação das entidades e prestação de contas das atividades operacionais. O CFC estabelece os critérios para registro dos eventos e divulgação das demonstrações contábeis.

6 METODOLOGIA

O desenvolvimento do trabalho se deu por meio de pesquisa empírica. A amostra da pesquisa foi composta por 21 hospitais de todas as regiões do Espírito Santo, de pequeno, médio e grande porte, com estrutura de internação acima de 30 leitos. Segundo a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo – FEHOFES (2010) existem 47 hospitais filantrópicos, que disponibilizam 3.353 leitos, que formam uma rede de assistência hospitalar e respondem por 60% do atendimento do SUS à população capixaba. Durante a pesquisa verificou-se, por meio de contato telefônico com o principal gestor dos hospitais filantrópicos, que 15 hospitais filantrópicos localizados no interior do Estado são mantidos pelos municípios. Devido a dificuldades financeiras e falta de recursos para investimentos, não possuem um modelo de gestão independente, seguindo a legislação municipal. Dessa forma não fizeram parte da amostra da pesquisa. Em 04 hospitais localizados no interior do Estado não conseguiu-se contato. Em outros 07 hospitais os gestores não responderam ao questionário e não disponibilizaram as informações contábeis, alegando a necessidade de autorização superior. Assim, a amostra compreendeu 21 hospitais filantrópicos, distribuídos em todas as regiões do Estado do Espírito Santo, que disponibilizam 2.029 leitos, representando 60,5% da estrutura de leitos dos hospitais filantrópicos do Espírito Santo.

A metodologia adotada no desenvolvimento deste trabalho foi adaptada a partir do estudo de Coy e Dixon (2004) voltado para as universidades da Nova Zelândia, e replicado por Rezende, Facune e Dalmácio (2009) na análise dos clubes de futebol brasileiros. Foram definidas cinco etapas para a realização do presente estudo, apresentadas nas subseções a seguir.

6.1 Identificação dos relatórios e informações de interesse sobre hospitais filantrópicos

Nesta etapa buscou-se identificar se os hospitais possuem demonstrativos contábeis que atendam as normas brasileiras de contabilidade e a forma de divulgação dessas informações, as ações para resolução de conflitos de interesses no conselho, conselho administrativo em funcionamento, planejamento estratégico e auditorias, ações sociais e a transparência dessas ações. Acredita-se que o nível de aderência às práticas de governança está evidenciado nas ações e na transparência para com os *stakeholders*. Para calcular o Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos - IGHF foi desenvolvido um instrumento de pesquisa, adaptado a partir dos trabalhos de Coy e Dixon (2004) e de Rezende, Facune e Dalmácio(2009), cujas questões foram distribuídas de acordo com as seguintes dimensões:

- Evidenciação: foi verificado se os hospitais possuem e divulgam os demonstrativos contábeis, relatórios de auditoria, relatórios administrativos e parecer de auditoria independente conforme legislação;
- Estrutura e Funcionamento do Conselho: foi verificado se os hospitais possuem Conselho Administrativo seu funcionamento e formação, se possuem planejamento estratégico formalizado e auditoria interna e independente em funcionamento;
- Ética e Conflito de Interesses: nesta dimensão foi verificado se o estatuto contempla ações para resolução de conflitos de interesses em votações, o endividamento com tributos estaduais e federais e a disponibilidade do código de ética ou conduta;
- Direitos e Propriedade: verificou-se nesta dimensão a autonomia da assembleia que compõe o conselho dos hospitais em tomar decisões e a divulgação da carta dos direitos dos usuários da saúde nos hospitais;
- Retorno Social: verificou-se o retorno social dos hospitais, as ações voltadas para a cultura, educação, meio ambiente, as certificações, referência em alguma especialidade na região e para o estado e retorno aos usuários por meio de ouvidoria.

6.2 Respostas às questões

O questionário para formulação do IGHF foi aplicado individualmente pelos pesquisadores de forma presencial junto aos representantes dos hospitais filantrópicos, em visita a cada instituição pesquisada e posteriormente com análise das informações disponibilizadas na *web site* de cada hospital pesquisado.

6.3 Atribuição da pontuação às questões

A pontuação de cada questão foi baseada nas indicações de Beattie, McInnes e Fearnley (2004), em que a pontuação igual a 1 (um) quando a prática de governança corporativa foi identificada plenamente; 0,5 (meio) quando esta prática foi verificada parcialmente; e 0 (zero) quando não havia ou não foi possível identificar a determinada prática. Esse modelo de pontuação das questões também foi utilizado por Coy e Dixon (2004) e Rezende, Facune e Dalmácio (2009). As dimensões do IGHF possuem número de questões diferentes umas das outras, dessa forma foi necessário atribuir pesos as dimensões de governança no sentido de não fazer uma análise enviesada do *score*, dando maior ênfase a uma dimensão em detrimento da outra.

O peso de cada questão foi determinado conforme Rezende, Facune e Dalmácio (2009) quanto maior o número de questões para avaliar uma dimensão, menor seria o peso individual de cada questão. Isso foi obtido por meio do inverso resultado, arredondado sem casas decimais, da razão entre o número de questões de uma dimensão e o número total de questões do índice. Esse é o resultado do peso da dimensão, o mesmo que foi atribuído a cada questão inerente àquela dimensão. Essa formulação está detalhada na Equação 1.

$$PD = \frac{N_QD}{TQ_IGHF} (1)$$

Onde: *PD* - representa o peso por dimensão; *N_QD* - representa o número de questões por dimensão do IGHF; *TQ_IGHF* - refere-se ao total de questões do IGHF.

Conforme o critério utilizado, as questões de cada dimensão receberam os seguintes pesos: Evidenciação (peso 2,83); Conselhos - Estrutura e Funcionamento (peso 3,92); Ética e Conflito de Interesses (peso 12,75); Direitos e Propriedade (peso 10,20); e Retorno Social (peso 4,64). Sendo assim, cada dimensão tem o mesmo peso total, cinquenta (51). A Equação 2 exemplifica o cálculo feito.

$$PD_Evidenciação = \frac{N_QD}{TQ_IGHF} = \frac{18}{51} = 0,34 \Rightarrow \frac{1}{0,35} = 2,83(Peso) (2)$$

Para Rezende, Facune e Dalmácio (2009, p. 8), “o objetivo do cálculo exemplificado na Equação 2 é extrair o viés sobre as dimensões que abrangiam um maior número de questões”. O Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos (IGHF) é composto por 51 questões, cujas respostas foram obtidas por meio de entrevistas com representantes dos hospitais e da análise dos relatórios e *web sites*.

Em relação ao questionário desenvolvido por Rezende, Facune e Dalmácio (2009), mantiveram-se as dimensões de governança, pois conforme o referencial teórico estudado essas dimensões são aplicáveis aos hospitais filantrópicos. Dessa forma as perguntas para compor o IGHF foram adaptadas de forma geral, onde faziam referência a clubes passaram a fazer referência a hospitais e algumas questões foram substituídas para atenderem a proposta de pesquisa, conforme a seguir: Nas dimensões de “Evidenciação”, “Ética e Conflito de Interesses” – mantiveram-se as questões e foram alteradas as referências a Clubes para Hospitais; Na dimensão “Conselho - Estrutura e Funcionamento” – foi inserida uma questão sobre planejamento estratégico, com intuito de mensurar a capacidade de planejar as ações na instituição; Na dimensão “Direitos e Propriedade” – a questão que fala de estatuto do torcedor foi substituída por questões que falam da carta de direitos do usuário da saúde, que conforme legislação vigente, o hospital é obrigado a deixá-la disponível aos usuários da saúde; Na dimensão que aborda sobre o “Retorno Social” – as questões que falavam sobre conquista de títulos, prática de esportes e atletas medalhistas em olimpíadas, foram substituídas por questões que representam retorno social nos hospitais filantrópicos, tais como: certificações de Qualidade, referência em Especialidade, Ações voltadas à manutenção da saúde da população fora do hospital, classificação de risco na urgência e serviço de ouvidoria.

6.4 Coleta de dados sobre indicadores de desempenho

Nesta etapa buscou-se identificar indicadores, com objetivo de mensurar a força de suas relações no desempenho organizacional e que possam ser influenciados pelo nível do IGHF. Para coletar os dados da pesquisa, no primeiro momento, foram encaminhadas aos representantes dos hospitais filantrópicos as questões do IGHF, menos as questões que se referem às informações disponíveis em *web site*. No segundo momento foram solicitados os relatórios contábeis publicados e o relatório da administração. Observou-se que muitos hospitais não fazem o relatório da administração, limitando-se as demonstrações contábeis exigidas pela lei do município, não disponibilizando essas informações para a sociedade. Os indicadores de desempenho, conforme propostos nos objetivos da pesquisa, foram calculados fazendo o cálculo da divisão dos dados levantados no Balanço Patrimonial e na Demonstração de Resultados pelo número de leitos de cada hospital.

Para investigar a relação do IGHF com os indicadores de desempenho foi feito o cálculo da correção entre as variáveis e o *p-valor*, com um nível de significância de 5%. O coeficiente de correlação mede a força de uma relação ou associação entre duas variáveis em uma amostra, os valores se estendem desde -1 para uma correlação perfeita negativa e +1 para uma correção perfeita positiva. Perfeita significa que todos os pontos poderiam ser interligados por uma linha reta em um diagrama de dispersão da amostra (LEVINE et al., 2005).

Conforme Alexander e Lee (2006), a variável leito indica o tamanho da estrutura, assim essa foi incorporada no modelo para controlar as diferenças de tamanho dos hospitais. Foram utilizados os seguintes indicadores:

- Receita por Leito (RecLei) – receita total dividida pelo nº de leitos. A principal fonte de fluxo de caixa dos hospitais são suas operações, a geração de receita deve financiar os custos e despesas operacionais, (VIACAVA et al., 2005). Assim, para mensurar a capacidade de geração de receita, considerando a variável tamanho da estrutura, analisamos o indicador receita por leito dos hospitais.

- Ativo por Leito (InvLei) – total do ativo dividido pelo nº de leitos. O volume de ativos relaciona-se com a capacidade de sobrevivência atual e em longo prazo dos hospitais (ALEXANDER; LEE, 2006).
- Imobilizado por Leitos (ImobLei) – total dos ativos imobilizados divididos pelo nº de leitos. Os hospitais necessitam de grandes volumes de recursos para manutenção e compra de equipamentos, para acompanhar as evoluções tecnológicas (VIACAVA et al., 2005). Busca-se com esse indicador mensurar a capacidade de prestação de serviços relacionados à estrutura física e tecnológica dos hospitais.
- Endividamento por Leito (EndLei) – total do endividamento dividido pelo nº de leitos. O endividamento é uma medida de desempenho que representa a solidez financeira do hospital, as informações podem ser usadas pelos membros do conselho e por outros *stakeholders* externos para avaliar os hospitais (VIACAVA et al., 2005).
- Internações por Leito (IntLei) – nº total de internações no ano dividido pelo nº de leitos. Na avaliação do desempenho, as internações ajustadas ao número de leitos é uma medida de eficiência hospitalar (ALEXANDER; LEE, 2006).
- Resultado Líquido por Leito (ResLei) - resultado líquido dividido pelo nº de leitos. O resultado líquido representa o excedente e deve ser reinvestido pelas instituições hospitalares em ações estratégicas (VIACAVA et al., 2005). O indicador busca mensurar a capacidade de reinvestimento dos hospitais ajustado ao número de leitos. Os indicadores foram coletados por meio de análise dos demonstrativos contábeis e do relatório anual de 2010 dos hospitais pesquisados.

6.5 Análise do desempenho hospitalar e da relação deste com o IGHF

Para desenvolver a análise dos indicadores de desempenho, no primeiro momento, foram analisadas as medidas estatísticas de dispersão, média, mediana, desvio padrão, correlação e *p-valor* das variáveis.

No segundo momento foi realizado o teste de médias não paramétrico de Mann-Whitney, com objetivo de avaliar se as médias dos indicadores de desempenho dos hospitais que tem os maiores índices do IGHF são diferentes das médias dos indicadores de desempenho dos hospitais que tem menores índices do IGHF. Para realizar o teste a amostra foi dividida em dois grupos: 1 – os dez hospitais com os menores índices do IGHF e 2 – os dez hospitais com os maiores índices do IGHF, assim o hospital L que encontra-se no centro da amostra não participou do teste evidenciado na Tabela 2. A estatística de teste é calculada como se descreve a seguir:

- As observações das duas amostras são combinadas numa única variável de tamanho $N_1 + N_2$, sendo identificadas as respectivas proveniências;
- O conjunto de observações assim constituído pela junção das duas amostras é ordenado por ordem crescente, atribuindo o número de ordem 1 à observação menor e o número de ordem $N_1 + N_2$ à observação maior. Caso haja “empates” a cada uma das observações “empatadas” é atribuído o número de ordem médio que essas observações teriam se não estivessem “empatadas”;
- Em seguida, calcula-se as somas dos números de ordem das observações de cada amostra:
 - W_1 : soma dos números de ordem das observações da amostra 1;
 - W_2 : soma dos números de ordem das observações da amostra 2;
- Calcula-se a estatística de teste:

$$U_1 = N_1 \cdot N_2 + \frac{N_2(N_2+1)}{2} - W_2 \quad (1)$$

$$U_2 = N_1 \cdot N_2 + \frac{N_1(N_1+1)}{2} - W_1 \quad (2)$$

$$U = \min(U_1, U_2) \quad (3)$$

Para realizar os testes dividiu-se a amostra em dois grupos de dez (10) hospitais: grupo 1, formado pelos hospitais com menores índices do IGHF, e grupo 2, formado pelos hospitais com maiores pontuações no índice de governança. A hipótese nula testada foi a de que a média dos indicadores dos hospitais com maior índice do IGHF, do grupo 2 é igual a média dos indicadores dos hospitais com menor índice do IGHF, grupo 1. O teste foi realizado a um nível de significância de 5%.

Conforme Levine et al., (2005), o *p-valor* representa o nível descritivo do teste de significância, que representa o valor da probabilidade de se obter o efeito observado, dado que a hipótese nula é verdadeira, se o valor do *p-valor* for menor que o nível de significância estipulado, rejeita-se a hipótese nula. Ao contrário, se o *p-valor* for maior, aceita a hipótese nula.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identifica-se a instituição na análise de dados conforme as letras do alfabeto de A até U. Verifica-se que apenas um hospital conseguiu ultrapassar 50% da pontuação máxima que poderia ser alcançada no IGHF. Dentre os hospitais analisados, o hospital A obteve o melhor desempenho, com *score* de 144,2 pontos, ou seja, aproveitamento de 56,5% da pontuação máxima conforme Tabela 1. O menor desempenho ficou com o Hospital U, com *score* de 18,9 pontos, com aproveitamento de 7,4% da pontuação máxima. Com relação às dimensões de governança destacam-se positivamente Direitos e Propriedade com 38,1% de aproveitamento da pontuação. Por outro lado destaca-se negativamente a dimensão de Ética e Conflito de Interesses com 20,2% de aproveitamento da pontuação máxima.

Na dimensão “Evidenciação” verificou-se que os maiores pontuadores nesta dimensão foram os hospitais: A com *score* de 32,6 pontos, alcançando 63,9% de aproveitamento; B, C e D com *score* de 28,3 pontos, alcançando 55,6% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com o hospital S, com *score* de 4,3 pontos, um aproveitamento de apenas 8,3% dos pontos na dimensão, conforme observado na Tabela 1.

Em “Conselho e Estrutura de Funcionamento” verificou-se nesta dimensão que a maior pontuação observada foi do hospital A, com *score* de 37,3 pontos, o que representa 73,1% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com o hospital Q, S e T com *score* de 3,9 pontos. Destaca-se que poucos hospitais adotam os princípios dessa dimensão, pode-se observar um baixo desempenho médio, com *score* de 14,7 pontos, representando 28,8% de aproveitamento na Tabela 1.

Na dimensão “Ética de Conflito de Interesses” verificou-se que o melhor desempenho foi obtido pelos hospitais B e F, com *score* de 25,5 pontos, que representa 50% de aproveitamento. Em relação ao menor desempenho destacam-se os hospitais I, K, M, O, R, T e U com *score* 0,0. Pode-se destacar o baixo desempenho médio dos hospitais nessa dimensão, da pontuação máxima de 51,0 que poderia ser atingida, apenas 10,3 foram conseguidos.

Em “Direitos e Propriedade” verifica-se que os maiores desempenhos ficaram com os hospitais B, G, K e M, cada um com *score* de 30,6 pontos que representa 60% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com os hospitais Q e U com *score* de 0,0 pontos. O desempenho médio em 38,1% da pontuação total da dimensão. Pode-se destacar o alto desempenho médio dos hospitais nessa dimensão, da pontuação máxima de 51,0 que poderia ser atingida, 19,4 pontos do *score* foram conseguidos.

Tabela 1: Ranking dos hospitais pelo score do IGHF

Posição	ID	Em % de aproveitamento										Total Score	IGHF
		Score por Dimensão											
		1	1%	2	2%	3	3%	4	4%	5	5%	Com pesos	%
1°	A	32,6	63,9	37,3	73,1	19,1	37,5	20,4	40,0	34,8	68,2	144,2	56,5
2°	B	28,3	55,6	11,8	23,1	25,5	50,0	30,6	60,0	32,5	63,6	128,7	50,5
3°	C	28,3	55,6	19,6	38,5	12,7	25,0	25,5	50,0	39,4	77,3	125,6	49,3
4°	D	28,3	55,6	27,5	53,8	12,8	25,0	25,5	50,0	30,1	59,1	124,2	48,7
5°	E	21,3	41,7	29,4	57,7	12,8	25,0	20,4	40,0	18,5	36,4	102,4	40,1
6°	F	19,8	38,9	11,8	23,1	25,5	50,0	10,2	20,0	18,5	36,4	85,8	33,7
7°	G	19,8	38,9	7,8	15,4	12,8	25,0	30,6	60,0	9,3	18,2	80,3	31,5
8°	H	22,7	44,4	11,8	23,1	12,8	25,0	10,2	20,0	16,2	31,8	73,6	28,9
9°	I	12,8	25,0	27,5	53,8	0,0	0,0	25,5	50,0	7,0	13,6	72,7	28,5
10°	K	18,4	36,1	18,5	36,3	0,0	0,0	30,6	60,0	0,0	0,0	67,5	26,5
11°	L	17,0	33,3	7,8	15,4	6,4	12,5	25,5	50,0	9,3	18,2	66,0	25,9
12°	M	12,8	25,0	11,8	23,1	0,0	0,0	30,6	60,0	9,3	18,2	64,4	25,3
13°	N	14,2	27,8	7,8	15,4	12,8	25,0	20,4	40,0	7,0	13,6	55,7	24,4
14°	J	8,5	16,7	11,8	23,1	19,1	37,5	20,4	40,0	2,3	4,5	62,1	24,4
15°	O	17,0	33,3	15,7	30,8	0,0	0,0	20,4	40,0	4,6	9,1	64,1	22,6
16°	P	14,2	27,8	19,6	38,5	12,8	25,0	10,2	20,0	0,0	0,0	50,4	22,2
17°	Q	11,3	22,2	3,9	7,7	19,1	37,5	0,0	0,0	7,0	13,6	41,3	16,2
18°	S	4,3	8,3	3,9	7,7	12,8	25,0	20,4	40,0	0,0	0,0	41,3	16,2
19°	R	9,9	19,4	7,8	15,4	0,0	0,0	20,4	40,0	2,3	4,5	40,5	15,9
20°	T	8,5	16,7	3,9	7,7	0,0	0,0	10,2	20,0	0,0	0,0	22,6	8,9
21°	U	7,1	13,9	11,8	23,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,9	7,4
Média		17,0	33,3	14,7	28,8	10,3	20,2	19,4	38,1	11,8	23,2	73,0	28,7

1 - Evidenciação 2 - Conselhos - Estrutura e Funcionamento 3 - Ética e Conflito de Interesses 4 - Direitos e Propriedade 5 - Retorno Social

Fonte: Adaptado de Rezende, Facune e Dalmácio (2009, p. 9)

Na dimensão “Retorno Social” verificou-se nesta dimensão que a maior pontuação foi do hospital C, com *score* de 39,4 pontos, o que representa 77,3% de aproveitamento. O menor desempenho ficou com os hospitais K, P, S, T e U com nenhum ponto no *score*. Pode-se observar um baixo desempenho médio, com *score* de 11,8 pontos, representando 23,2% de aproveitamento.

7.1 Análise dos indicadores de desempenho

A outra vertente do trabalho foi verificar a associação entre o IGHF e os indicadores de desempenho. Os resultados foram classificados por ordem decrescente do IGHF, conforme Tabela 2.

Observa-se que o hospital A com índice do IGHF de 56,6% apresenta os melhores indicadores de ImobLei, AtivLei e ResLei; o hospital C com IGHF de 49,3% apresenta a melhor RecLei; o hospital H com IGHF de 28,9% apresenta a maior IntLei. Destaca-se o hospital U com o menor IGHF de 7,4% apresenta o menor desempenho em: AtivLei, ImobLei, IntLei. O hospital U apresenta o menor EndLei; a menor RecLei foi do hospital I que apresenta um IGHF de 28,5% e a menor ResLei aparece com o hospital H que apresentou um IGHF de 28,9%, conforme Tabela 2.

Para explicar a associação entre o IGHF e os indicadores de desempenho foi utilizada a medida de correlação e o p-valor conforme Tabela 3.

Verifica-se que os indicadores RecLei e AtivLei apresentam uma forte correlação com o IGHF, 0,88 e 0,78 respectivamente; os indicadores ImobLei, ResLei e IntLei apresentam uma correlação moderada com o IGHF. Observa-se que o *p-valor* das variáveis é menor que o nível de significância de 0,05 indicando que o Z das observações está na região crítica, rejeitando a hipótese nula, de que os indicadores de desempenho não são significantes para o IGHF. Isto é,

aceita-se a hipótese de que há uma grande probabilidade dos indicadores de desempenho serem significantes para o IGHF.

Tabela 2: Indicadores de desempenho hospitalar

ID	Grupo	IGCHF	RecLei	AtivLei	ImobLei	EndLei	IntLei	ResLei
A	2	56,5%	400.484	493.558	295.182	174.344	62,0	77.422
B	2	50,5%	295.285	125.594	66.237	58.666	57,1	-7.086
C	2	49,3%	452.169	195.540	75.501	156.780	36,5	9.874
D	2	48,7%	259.429	247.007	196.824	192.638	65,8	22.337
E	2	40,1%	152.369	142.367	85.690	63.011	40,0	8.562
F	2	33,7%	208.520	260.465	188.218	158.785	51,8	9.045
G	2	31,5%	115.947	50.780	20.977	21.596	55,2	-7.701
H	2	28,9%	122.542	71.484	8.233	58.044	91,6	-11.862
I	2	28,5%	21.991	62.103	10.817	62.103	38,6	-729
K	2	26,5%	36.092	14.788	14.915	2.617	33,4	1.829
L	-	25,9%	62.190	21.094	16.605	14.045	24,6	5.658
M	1	25,3%	60.936	19.521	15.322	25.330	55,7	5.218
N	1	24,4%	68.014	30.360	144.062	44.433	34,6	-4.028
J	1	24,4%	50.160	35.659	45.236	53.258	38,0	-5.231
O	1	22,6%	61.026	20.652	12.020	13.160	62,3	-1.551
P	1	22,2%	80.638	122.275	62.768	11.704	47,3	3.867
Q	1	16,2%	51.175	18.091	14.132	34.389	32,9	-1.122
S	1	16,2%	38.824	39.525	26.784	252.381	14,0	-6.353
R	1	15,9%	25.660	50.967	49.151	17.315	15,7	-4.700
T	1	8,9%	34.514	24.421	9.336	76.654	10,6	-9.653
U	1	7,4%	48.311	1.975	773	93	10,3	1.034

Fonte: Elaborado pelo Autor

Observa-se na RecLei uma diferença considerável entre a média e a mediana, ou seja, um número menor de hospitais com receitas maiores que a grande maioria, o que pode ser também observado na diferença entre o mínimo e o máximo; dessa forma o desvio padrão apresenta-se com a maior dispersão em relação a média, com um coeficiente de variação de 99,76%. No indicador AtivLei pode-se observar uma grande diferenças entre os valores, o valor mínimo e máximo dão exata noção das diferenças estruturais dos hospitais. O desvio padrão de 118.787 demonstra a grande dispersão que há nos valores dos ativos dos hospitais, com um coeficiente de variação de 121,79%.

Tabela 3: Correlação do IGHF e os indicadores de desempenho

Índice Governança	Correlação	Indicadores	P-valor
IGHF	0,88	RecLei	1,56E-07
IGHF	0,78	AtivLei	3,24E-05
IGHF	0,67	ImobLei	0,00086
IGHF	0,61	ResLei	0,00354
IGHF	0,59	IntLei	0,00476
IGHF	0,44	EndLei	0,04388

Fonte: Elaborado pelo Autor

Demonstra-se nos valores do indicador ImobLei médio e mediano grandes diferenças de valores, reflexo das estruturas físicas dos hospitais, o que pode ser comprovado no valor mínimo e máximo do indicador, o desvio padrão é maior que a média geral o que representa uma dispersão acentuada, com coeficiente de variação de 120,94%. Verifica-se no EndLei que a média e mediana estão próximas não havendo grandes diferenças; a distribuição mínima e máxima apresenta uma grade diferença no endividamento; o que pode ser também observado no desvio padrão de 71.942 acima da média geral e coeficiente de variação de 101,30%.

Tabela 4: Média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão e coeficiente de correção dos indicadores

Variáveis	Média(R\$)	Mediana (R\$)	Mínimo (R\$)	Máximo (R\$)	Desvio Padrão (R\$)	Coeficiente de Variação
RecLei	126.013	62.190	21.991	452.169	125.714	99,76%
AtivLei	97.535	50.780	1.975	493.558	118.787	121,79%
ImobLei	64.704	26.784	773	295.182	78.254	120,94%
EndLei	71.016	53.258	93	252.381	71.942	101,30%
IntLei	41,8	38,6	10,3	91,6	20,7	49,52%
ResLei	4.040	(729)	(11.862)	77.422	18.622	460,94%

Fonte: Elaborado pelo Autor

No indicador IntLei não há um grande deslocamento dos valores da mediana em relação a média, mas podemos observar uma grande diferença entre o mínimo e o máximo, indica a diferença de giro de leitos, ou seja, a diferença do número de internações geradas por leito hospitalar. Observa-se no ResLei um distanciamento da mediana, com valores negativos em relação a média com valores positivos, também observado no valor mínimo (- 11.862) e máximo (+ 77.422) e desvio padrão com dispersão acentuada de 18.622 e coeficiente de variação de 4602,94%. Os valores indicam a diferença na capacidade de geração de resultados dos hospitais.

7.2 Teste de médias de Mann-Whitney

As Tabelas 5 e 6 apresentam os resultados do teste de Mann-Whitney aplicado para comparar as médias dos grupos em relação às variáveis de desempenho selecionadas.

Tabela 5: Ranks do teste de Mann-Whitney

Indicadores	Grupo IGHF	N	Rank Médio	Soma dos Ranks
RecLei	1	10	7,3	73
	2	10	13,7	137
	Total	20		
AtivLei	1	10	6,8	68
	2	10	14,2	142
	Total	20		
ImobLei	1	10	8,6	86
	2	10	12,4	124
	Total	20		
EndLei	1	10	8,2	82
	2	10	12,8	128
	Total	20		
IntLei	1	10	7,6	76
	2	10	13,4	134
	Total	20		
ResLei	1	10	8,8	88
	2	10	12,2	122
	Total	20		

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Tabela 6: Resultados Do Teste Estatístico De Mann-Whitney

	RecLei	AtivLei	ImobLei	EndLei	IntLei	ResLei
Mann-Whitney U	18	13	31	27	21	33
Z	-2,419	-2,797	-1,436	-1,739	-2,192	-1,285
P-valor	0,016	0,005	0,151	0,082	0,028	0,199

Fonte: Elaborado pelo Autor

Observando a linha *P-valor*, na Tabela 6, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significantes entre as médias do grupo 1 e grupo 2 em relação às variáveis receita por leito, ativos por leito e internações por leito. De acordo com os resultados, a maior aderência às práticas que constituem o Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos está associada a medidas superiores nessas variáveis.

Complementarmente, o Índice de Governança Corporativa para Hospitais Filantrópicos parece não ter captado diferenças significativas nas variáveis imobilizado por leito, endividamento por leito e resultado líquido por leito.

8 CONCLUSÃO

Com base nos pressupostos de governança corporativa desenvolveu-se o Índice de Governança para os Hospitais Filantrópicos e calculou-se um nível médio de 28,7% do *score* total que poderia ser alcançado. Assim demonstra-se que nem todos os hospitais adotam práticas de governança adequada, o que pode contribuir com as dificuldades financeiras vividas pelo setor.

Na análise da relação do IGHF com indicadores de desempenho, observa-se uma forte correlação, 0,88 e 0,78 dos indicadores RecLei e AtivLei respectivamente, ou seja, o quanto as variações do IGHF podem ser acompanhadas por alterações na receita e nos ativos do hospitais. Nesse sentido a aderência às práticas do IGHF indica para uma maior estrutura de ativos e maior geração de receita por leito. Essa correlação demonstra que os hospitais com maior IGHF possuem maior capacidade de prestação de serviços e geração de receitas, para cobrir os custos e despesas e fazer reinvestimentos na instituição.

No teste de médias verificou-se que ao nível de significância de 0,05 rejeita-se a hipótese nula, para os indicadores: RecLei, AtivLei, IntLei. Os resultados indicam que há evidências de que o índice do IGHF é significativo para a receita, ativo e internações por leito hospitalar. Ao nível de significância de 0,05 aceita-se a hipótese nula, para os indicadores de: ImobLei, EndLe, ResLei. Os resultados indicam que não há evidências de que o índice do IGHF é significativo para o imobilizado, endividamento e resultado por leito hospitalar.

O IGHF foi desenvolvido sob a ótica da teoria de agência, como forma de mensurar o nível de aderência às boas práticas de governança corporativa e reduzir a assimetria de informação entre agentes (gestores hospitalares) e principais (governo, doadores, voluntários e população). Os resultados indicam que a aderência às boas práticas de governança corporativa podem contribuir para melhores indicadores de AtivLei, RecLei e IntLei. Dessa forma há evidências de que um maior índice do IGHF reduz a assimetria de informações e pode fazer com que os recursos disponibilizados pelos principais sejam aplicados pelos agentes de forma mais eficiente, na estrutura de ativos, geração de receita e volume de internações por leito hospitalar.

Considerando a relevância dos hospitais filantrópicos no contexto da saúde da população, a pesquisa contribui com os gestores, governo, acadêmicos e outros *stakeholders* hospitalares, no sentido de refletir sobre as boas práticas de governança corporativa que podem ser aplicadas na gestão dos hospitais filantrópicos, como forma de melhorar o desempenho.

A realização desta pesquisa abriu novas perspectivas para realização de trabalhos sobre os problemas de agência em torno da governança corporativa nos hospitais filantrópicos. Como sugestão para pesquisas futuras: a realização de uma pesquisa comparativa com hospitais filantrópicos de outros estados, pesquisar o IGHF em hospitais filantrópicos que desenvolvem atividades hospitalares semelhantes.

REFERÊNCIAS

ALAM, Pervaiz; ELSHAFIE, Essam; JARJOURA, David. The Effect of Ownership Structure on Performance of Hospitals. **Academy of Accounting and Financial Studies Journal**, v.12, n. 3, p. 37-51, 2008.

ALEXANDER, J. A.; LEE, Shoou-Yih D. Does Governance Matter? Board Configuration and Performance in Not-for-Profit Hospitals. **The Milbank Quarterly**. v. 84, n. 4, p. 733–758, 2006. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00466.x>

BEATTIE, V.; MCINNES, W.; FEARNLEY, S. A methodology for analyzing and evaluating narratives in annual reports: a comprehensive descriptive profile and metrics for disclosure quality attributes. **Accounting Forum**, v. 28, n. 3, p. 205-236, 2004. <http://dx.doi.org/10.1016/j.accfor.2004.07.001>

CFC. Conselho Federal de Contabilidade. Disponível em: <<http://www.cfc.org.br/uparq/Entidadesemfinalidadedelucro.pdf>>. Acesso em: 04 de setembro de 2011.

COY, D.; DIXON, K. The public accountability index: crafting a parametric disclosure index for annual reports. **The British Accounting Review**. v. 36, n. 1, p. 79-106, 2004. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bar.2003.10.003>

FAMA, E.; JENSEN, M. Separation of ownership and control. **Journal of Law and Economics**, v. 26, n. 2, p. 301–325, 1983. <http://dx.doi.org/10.1086/467037>

FEHOFES. Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Espírito Santo (2010). **Boletim Informativo Anual**, Espírito Santo.

FERREIRA, A. Mateus. **Métodos Estatísticos e Delineamento experimental**: Testes não Paramétricos. Escola Superior Agrária Castelo Branco, 2004-2005, (Apostila de aula). Disponível em: <http://docentes.esa.ipcb.pt/mede/apontamentos/testes_ao_parametricos.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GROSSMAN, S. J. e HART, O. An analysis of the principal-agent problem. **Econometrica**, 51, 7–45, 1983. <http://dx.doi.org/10.2307/1912246>

HART, O., e HOLMSTROM, B. The theory of contracts. In: **Advances in Economic Theory, Fifth World Congress**, edited by T. Bewley. New York: Cambridge University Press, 1987.

JEGERS, Marc. “Corporate” Governance in Nonprofit Organizations: A Non-Technical Review of the Economic Literature. In: ISTR International Conference, 8, 2008, Barcelona. **Anais...** Barcelona (Spain): ISTR, 2008.

JENSEN, M. C.; MECKLING, W. H. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. **The Journal of Financial Economics**, v. 3, n. 4, p. 305-360, 1976. [http://dx.doi.org/10.1016/0304-405X\(76\)90026-X](http://dx.doi.org/10.1016/0304-405X(76)90026-X)

LEAL, E. A.; FAMA, R. Governança nas Organizações do Terceiro Setor: um estudo de caso. In: SemeAd - Seminário em Administração, 10., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA/USP, 2007.

LEVINE, D.M.; STEPHAM, D.; KREHBIEL, T. C.; BERENSON, M. **Estatística: Teoria e Aplicações usando o Microsoft Excel em português**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

MANN, H. B.; WHITNEY, D. R. On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. **The Annals of Mathematical Statistics**. v.18, n.1, p. 50-60, 1947.

MENDONÇA, L. Rocha de; MACHADO FILHO, C. A . Governança corporativa nas Organizações do Terceiro setor: considerações teóricas. **RAUSP**. v. 39, n. 4, p. 302-308, out./dez. 2004.

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

REZENDE, Amaury J.; FACURE, Carlos E. F.; DALMACIO, Flávia Z. Práticas de Governança Corporativa em Organizações Sem Fins Lucrativos. In: Congresso USP Controladoria e Contabilidade, 9., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: 2009.

ROSS, S. The economic theory of agency: the principal's problem. **American Economic Review**, v. 63, p. 134–139, 1973

SIEGEL, S.; CASTELLAN JUNIOR, N. J. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

STEVENSON, William J. **Estatística aplicada à administração**: tradução Alfredo Alves de Farias. São Paulo: Harper e Row do Brasil, Ed. 2001.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2004.

VIACAVA, Diane F.; GORDON, Bruce; GOLDSTEIN, Lisa; NELSON, John. **Governance of Not-For-Profit Healthcare Organizations**. American Health Lawyers Association. New York, June, 2005.

ⁱ Marcelo S. Pagliarussi agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pelo apoio financeiro recebido.