

1. Introdução;
2. Inovações no Centro Médico Infantil;
3. Objetivos do Centro;
4. A estrutura organizacional do Centro;
5. A estrutura administrativa do Centro;
6. Qualidade do atendimento;
7. Conclusões e resumo.

*Claude Machline**
*Alícia Garcia Bates**
*Luis Felipe Vale da Silva**

* Os autores agradecem a colaboração dos Drs. Luis Arcon e Marcos Kisil, bem com o apoio recebido por parte dos Profs. Drs. Humberto de Moraes Novaes e Carlos J. Malferrari.

O subsídio financeiro foi proporcionado pela Fundação W. K. Kellogg e pelo Núcleo de Pesquisas e Publicações da EAESP/FGV, na pessoa do seu chefe, Prof. Luis Antonio de Oliveira Lima.

A fim de proteger o anonimato da instituição onde foi realizada a pesquisa que facultou esse artigo, deixamos de citar nominalmente seus Diretores e funcionários, mas eles são credores de nossa gratidão e de todo o mérito das inovações organizacionais e administrativas aqui relatadas. Manifestamos nosso apreço à Srta. Yung Ting Ting, estagiária-acadêmica, pela tabulação dos dados do questionário.

Os autores são professores e pesquisadores do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROAHSA) da EAESP/FGV – HCFMUSP.

UMA NOVA FORMA DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

1. INTRODUÇÃO

A doutrina de atendimento integrado de saúde consiste em proporcionar ao paciente tratamento globalizado, cuidando-se a um tempo dos aspectos médicos, psicológicos e econômico-sociais do enfermo. Contrasta com a prática, atualmente mais difundida, de tratamento especializado, focalizado no órgão enfermo. Entre as diversas maneiras de se concretizar a doutrina de atendimento integrado, sobressai a de ação por intermédio de equipe multiprofissional, composta de especialistas de diversas áreas médicas e paramédicas.

É voz corrente ser difícil efetuar mudanças organizacionais. Ainda mais no Brasil. Sobretudo em entidades públicas. E, principalmente, no setor de saúde. Contrariamente à opinião geral, a experiência, aqui contada, de um centro médico, nacional, na área pública, que empreendeu profunda reforma organizacional-administrativa, demonstra que, pelo menos neste caso, a tão decantada resistência à mudança não se verificou, observando-se, ao contrário, a implantação de alterações radicais em todos os aspectos da instituição em foco.

É objetivo deste artigo descrever o modelo organizacional peculiar adotado no hospital em apreço e debater as implicações administrativas da atuação das equipes multiprofissionais. Pesquisa-se a adequação das soluções organizacionais e administrativas do hospital às condições internas existentes e às restrições do meio externo.

2. INOVAÇÕES NO CENTRO MÉDICO INFANTIL

O Centro Médico Infantil é parte do Conjunto Hospitalar da Escola Médica Federal.¹ Adotou, desde o início de seu funcionamento, em 1975, novo modelo organizacional.

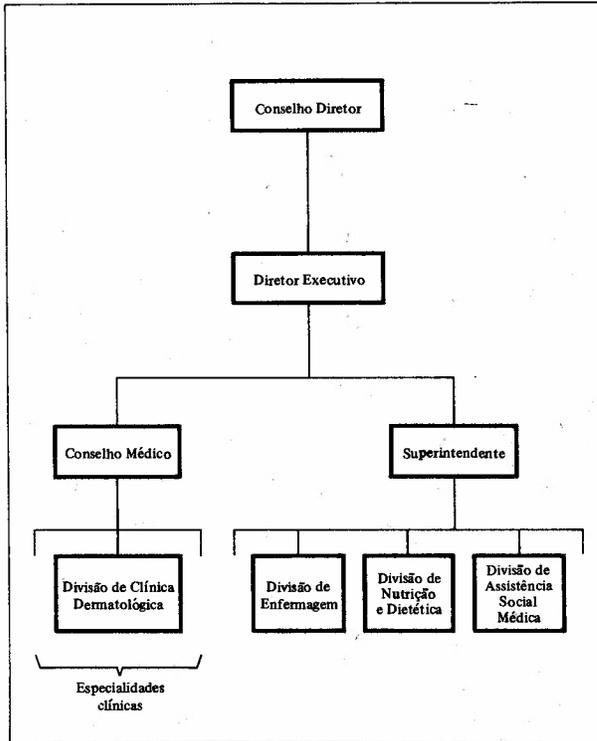
No hospital tradicional, o médico, mesmo quando chefia um departamento, não é um administrador; clínica, isto é, diagnostica o estado de saúde de um paciente e propõe um tratamento; efetua pesquisas; e se dedica a atividades de ensino e orientação de alunos. A função de solicitar, executar ou controlar as tarefas administrativas, de compras, manutenção, pessoal, documentação e outras é confiada à enfermeira, ou a administradores profissionais (médicos ou não-médicos). Os médico-clínico ou médico-chefe permanece geralmente poucas horas na instituição, ao passo que o grupo de enfermeiras, por rodízio, está efetivamente presente 24 horas, assumindo o poder decisório a nível operacional, sob a orientação geral de um superintendente administrativo e "tocando" realmente o dia-a-dia da instituição. Os demais profissionais "paramédicos"* como a assistente social e a nutricionista, estão em contato com a enfermeira, que se situa no centro das comunicações. As enfermeiras estão lotadas numa Divisão de Enfermagem e subordinadas linearmente à enfermeira-chefe, por sua vez ligada ao superintendente administrativo.

O relacionamento hierárquico da enfermeira com o médico é, quando muito, uma ligação "funcional". As

providências relativas a pias rachadas, limpeza de banheiros, requisições de termômetros, horários de alimentação, cuidados com mamadeiras, disposição de camas na internação, além dos cuidados de cabeceira propriamente ditos, são afetas às enfermeiras. O médico ignora esses problemas e, muito menos, providencia sua solução. A figura 1 mostra, de maneira esquemática, as linhas hierárquicas do hospital tradicional.

Figura 1

Forma de organização tradicional de hospital



8

Essa estrutura corresponde à filosofia médica vigente. A atenção predominante da medicina volta-se mais à doença em si que ao órgão enfermo; e mais ao órgão enfermo que ao paciente.

O médico especializa-se em um ramo e realiza-se profissionalmente na medida em que se torna uma sumidade em, digamos, distúrbios cardiovasculares. Seu status na comunidade médica, sua carreira e remuneração dependem de sua proficiência numa especialidade. A medicina, em decorrência, torna-se curativa, organicista, sofisticada, elitista, cara.

O Conjunto Hospitalar da Escola Médica Federal, como a maioria dos hospitais nacionais, à exceção do Centro Médico Infantil, está organizado segundo a concepção descrita.

Com os objetivos de melhorar a qualidade do atendimento, reduzir seu custo e tornar o hospital um melhor local de trabalho, nova modalidade de administração e novo formato organizacional foram adotados, de forma pioneira, pelo Centro Médico Infantil, desde o início do seu funcionamento, em 1975.²

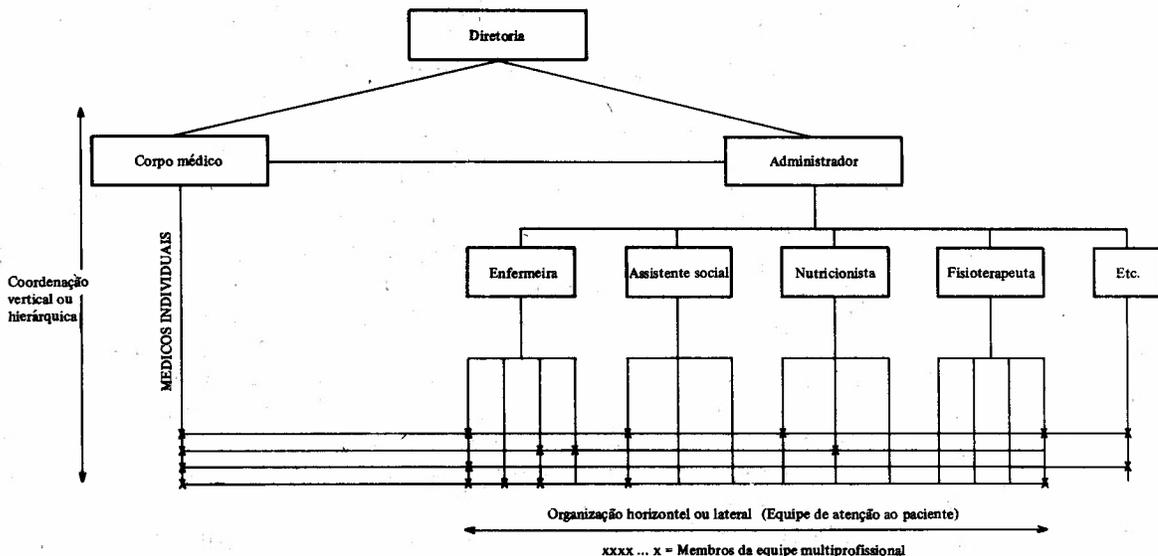
As inovações foram as seguintes:

1. Atendimento por equipes multiprofissionais. A célula básica do novo sistema é uma equipe constituída de médico, enfermeira, assistente social e nutricionista. Na maior parte das vezes, mas não obrigatoriamente, a "coordenação" da equipe – evite-se o termo "chefia" – é confiada ao médico (figura 2).

O diagnóstico é feito pela equipe, que traça, em conjunto, a "conduta", isto é, o tratamento a ser dispensado ao paciente, visto como um sistema. A medicina torna-se "integral".

Figura 2

Organização de equipes multiprofissionais



2. O Centro está estruturado, da base ao ápice, em setores, seções, serviços, divisões e diretoria. Em cada setor militam algumas equipes multiprofissionais de atendimento. O setor é chefiado por um médico. O retângulo que ele ocupa no organograma é apelidado, no Centro, de *quadrado*. Cada chefia tem uma assessoria, constituída de três profissionais paramédicos: enfermeira, assistente social e nutricionista. Essa estrutura de assessorias aos *quadrados* reproduz-se a níveis de seção, serviço, divisão e diretoria.

O diagnóstico é “sistêmico”; o médico beneficia-se da visão integral do paciente, através do aporte dos demais profissionais; esses sentem-se mais realizados, pelo menos em teoria, que na instituição tradicional. O custo total do atendimento poderia ser, em princípio, menor, pois libera o médico de algumas tarefas, tais como explicar ao paciente cuidados elementares de higiene.

3. No nível da diretoria, existem “assessores técnicos”, um de cada especialidade profissional — médico, enfermeiras, assistente social, nutricionista — que exercem certa autoridade “funcional” sobre o seu profissional de assessoria do *quadrado* imediatamente inferior. Seria uma autoridade puramente profissional, técnica, bastante tênue. Toda a autoridade administrativa, operacional, flui segundo a linha dos *quadrados*.

4. As decisões não deveriam, na forma nova de organização, vir de cima para baixo. Ao contrário, encorajam-se o debate e a formulação de sugestões nos níveis inferiores das equipes, sendo que os *quadrados* aceitariam as sugestões, encaminhariam-nas para cima e desempenhariam funções de orientação, coordenação e controle. A participação nas decisões aumentaria o grau de satisfação dos membros.

5. As experiências das equipes, dos *quadrados* e das suas assessorias seriam trocadas e comunicadas através de reuniões “administrativas”, congregando múltiplos profissionais, e “técnicas”, congregando membros da mesma profissão, tanto horizontal quanto verticalmente.

6. A administração do hospital é efetuada pelo pessoal dos *quadrados*, em geral, médicos, que se devem inteirar dos problemas trazidos pelas equipes, ou observados a seu próprio nível de assessoria, e solucioná-los.

7. A departamentalização, em vez de ser feita por especialidades médicas, é efetuada por natureza de serviço, de acordo com o grau de urgência de atendimento ao paciente: divisões de pronto-socorro, atendimento externo e atendimento interno. Dentro dessas divisões, ocorre uma segunda departamentalização, também por serviços, e não por especialidades. Assim, por exemplo, no Centro Médico Infantil, a Divisão de Atendimento Interno é dividida em serviços de pediatria clínica, pediatria neonatal e cirurgia pediátrica. A Divisão de Atendimento Externo é dividida em serviços de ambulatório, assistência comunitária e higiene mental.

8. A presença, na equipe, dos profissionais “paramédicos”, de enfermagem, assistência social e nutrição, revela ênfase na prevenção da doença e na atenção à imunidade e ao meio ambiente. A filosofia médica evoluiu para conceitos sistêmicos, que suplantam as teses organicistas.

9. A nível do paciente, a organização é do tipo “por projetos”. Terminado o tratamento do doente, está encerrado esse projeto. A equipe, entretanto, ao contrário do que ocorre na organização “matricial” pura, não se desmancha ao término do projeto, mas assume outro, isto é, atende a novo paciente. Cada equipe trabalha, obviamente, em diversos projetos simultaneamente. Ocorre que muitos profissionais participam de mais de uma equipe, mesmo em divisões diferentes, uma característica de organização matricial, o que complica o estudo da instituição.

A figura 3 mostra a nova forma de organização de hospital.

3. OBJETIVOS DO CENTRO

Um documento oficial do Centro Médico Infantil assim define os objetivos da instituição:

“O Centro Médico Infantil é uma casa de ensino da pediatria em seus diferentes níveis. As atividades assistenciais levadas a cabo no Centro, além do seu valor intrínseco de prestação de serviço à comunidade, permitem à instituição o desempenho necessário para atingir seus dois objetivos primordiais:

1. ensino de assistência à criança;
2. investigação sobre aspectos da saúde e da doença da criança.

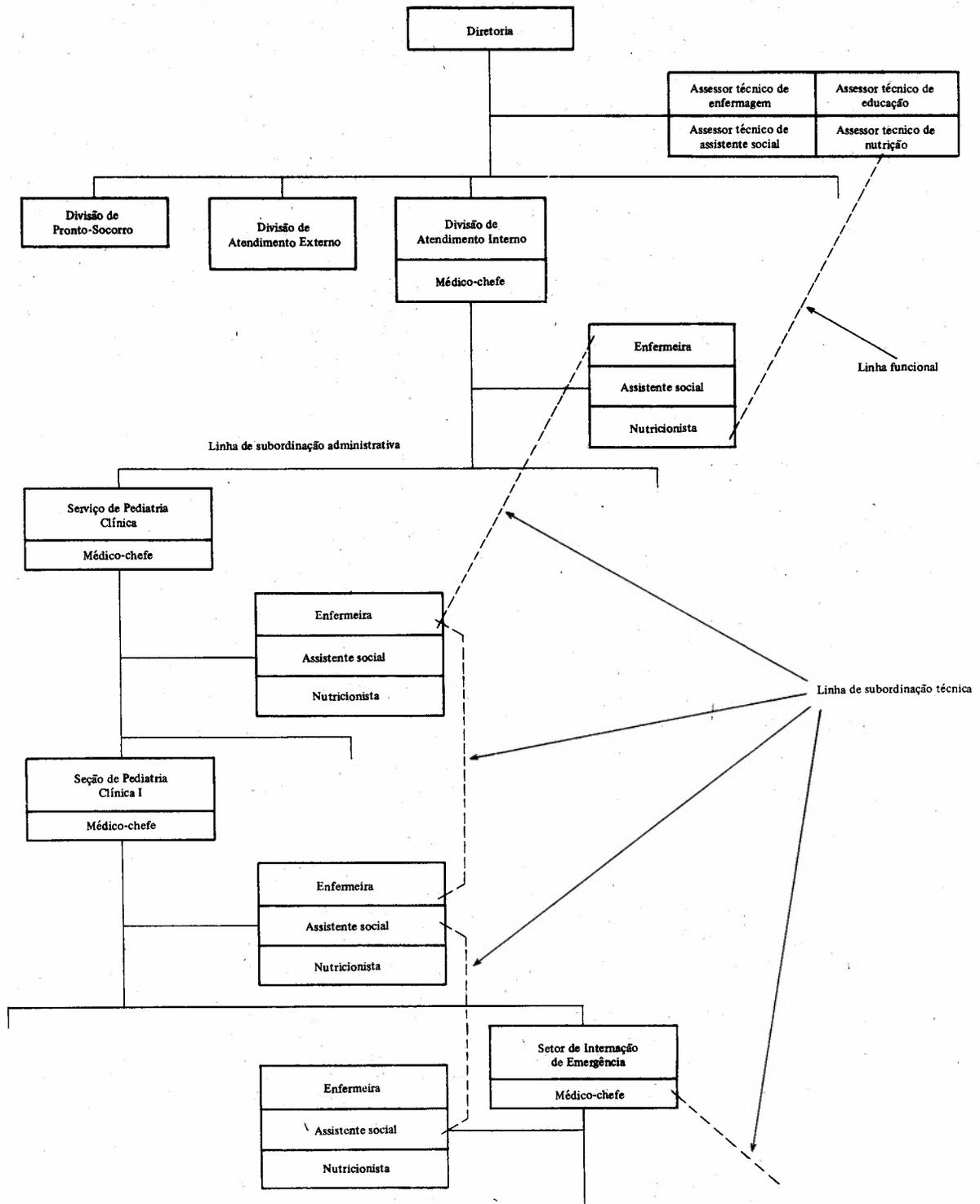
Ambos desenvolvem-se nas áreas de: medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, administração hospitalar, educação física, educação para a saúde, enfermagem, nutrição, odontopediatria, psicologia, serviço social e outros. Prestigiar-se-á, também, a investigação sobre aspectos referentes ao próprio ensino. O Centro é, pois, uma agência formadora de recursos humanos no campo da assistência à criança.”

O Centro é um hospital-escola que se deve estruturar e administrar em função de objetivos principais de ensino e pesquisa e do objetivo secundário de atendimento ao paciente, agindo conforme a doutrina de atendimento global, por meio de equipes multiprofissionais.

Os objetivos do grupo inicial eram os seguintes:

“Não (estávamos) satisfeitos com o atendimento tradicional.” “Embora pequeno, o grupo tinha grandes ambições. Queríamos provar, essencialmente, a validade

Forma de organização nova de hospital



do atendimento multiprofissional.” “Queríamos um trabalho piloto para demonstrar a nova forma de atendimento.” “A equipe multiprofissional seria a base de todo o Centro. Queríamos desenvolver um trabalho novo, mais dinâmico, mais humano, sem as acomodações antigas.” “Somos idealistas. Lutamos por um ideal.” “Queríamos voltar-nos para o paciente, centrar no paciente; e não centrar no profissional.”

No questionário, respondido por 158 elementos do Centro, havia uma pergunta sobre seus objetivos: “Existe, no seu entender, clara definição dos *objetivos* a serem alcançados pelo Centro? Você já entrou em contato com algum documento que os explicita?”

À primeira parte desta pergunta, houve 117 (74,5%) respostas afirmativas, 28 (17,72%) negativas e 13 (8,22%) entrevistados que não responderam.

À segunda parte, 42 (26,6%) vozes se manifestaram afirmativamente e 22 (13,92%) negativamente, sendo que 94 (59,49%) deixaram esta questão em branco.

Muitos respondentes frisaram que foram instruídos, na ocasião da admissão, quanto aos objetivos da entidade. Pequena porcentagem disse ter recebido um documento escrito sobre os objetivos da instituição.

Maior proporção de assistentes sociais e nutricionistas que de outras profissões declarou ter conhecimento dos objetivos da instituição. Chefias e funcionários não se diferenciaram a esse respeito.

As contradições entre os objetivos de ensino e de atendimento foram percebidos por um entrevistado, que sugeriu a seguinte solução:

"Aqui, o ensino deve ser da assistência, a pesquisa deve ser a pesquisa da assistência . . . nossos objetivos são claros: assistência, ensino, pesquisa . . . Já a finalidade do Centro de Saúde é dar assistência à população . . . Objetivo, em conclusão, é assistência; o ensino e a pesquisa devem ser relacionados com assistência. Nossa triagem deve funcionar de acordo com o que devemos ensinar (. . .) Nosso objetivo básico deve ser a assistência, desde a atenção da criança até a Unidade de Tratamento Intensivo."

Outro conflito potencial de objetivos, não mencionado explicitamente pelos profissionais do Centro, é o de quantidade *versus* qualidade de atendimento. A solução dada pelo Centro a esse dilema, aliás a mesma alternativa escolhida pelo Conjunto em geral, consiste em proporcionar excelente atendimento, mas restrito ao pequeno número de pacientes admitidos. É possível que essa seja a melhor maneira de conciliar os objetivos de atendimento, ensino e pesquisa. Essa opção permite fazer gravitar a instituição simultaneamente em volta do paciente e do profissional de medicina.

A maior parte dos hospitais, de qualquer forma, privados ou públicos, de ensino ou de atendimento, tem conflito de objetivos e deve ajustar-se à ambigüidade de suas finalidades. Não existe hospital que tenha exclusivamente um objetivo; todos, em maior ou menor grau, visam à sobrevivência econômica; ao atendimento, pago e beneficiante; ao ensino e à pesquisa. Permanece em nosso espírito séria dúvida sobre a conveniência de se considerar o atendimento como meio de ensino e não um fim em si mesmo. Será que, paradoxalmente, o atendimento multiprofissional, de doutrina comunitária, acaba dando menos assistência à comunidade que o atendimento tradicional, de fundo individualista?

4. A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CENTRO

É generalizada entre os entrevistados a opinião de que a organização do Centro é complexa, ambígua, difícil de ser entendida. "A organização tradicional é bem mais simples, é líquida." "A estrutura é muito complexa e cria necessidades de muitas reuniões." "Devemos esclarecer dúvidas semânticas sobre equipes e organização."

"É difícil entender nossa organização; é muito complexa. É difícil aplicar na prática os conceitos complexos. Será o modelo adequado à nossa realidade? É utópico? Acaba sendo elitista?" "É um pouco complicado, surgem dúvidas, é sistema novo, em fase de adaptação."

O fato de muitas pessoas ocuparem diversas posições foi apontado como fator agravante: "Muitas vagas não foram preenchidas, de modo que algumas pessoas têm que ocupar diversas posições, tendo, pois, 'encarnações' múltiplas e, mesmo, contraditórias. Assessor técnico é chefe em outro local, faz atendimento médico. Isso parece ir em sentido oposto ao espírito de equipe." "Existe um duplo papel do médico-chefe, como chefe do *quadrado* e como assessor do *quadrado*." "Pessoas assumem três ou quatro papéis simultaneamente. É esquizofrênico." "Estaticamente, no papel, é simples. Dinamicamente, na prática, nossa organização é complexa demais."

Os entrevistados perceberam, em sua maioria, que a organização do Centro é muito diferente da existente tradicionalmente nos hospitais: "Experiência é novidade muito grande."

Entendem que há uma dupla subordinação dos servidores, uma subordinação administrativa às chefias dos *quadrados* e outra, profissional, às assessorias técnicas dos *quadrados*. Porém, declararam, "é difícil distinguir entre os assuntos administrativo e técnico, que se confundem freqüentemente".

Essa estrutura é precisamente oposta à que existe nos hospitais tradicionais. Por atavismo, as pessoas acabam levando os problemas nas linhas erradas de subordinação, pois "os caminhos antigos são asfaltados, enquanto os novos são de terra".

Alguns entrevistados observaram também que o número de níveis organizacionais é elevado e propuseram a eliminação de alguns níveis: "Meu cargo é inútil. Meu cargo é desnecessário. No momento atual estou sobrando . . . Não sei se meu cargo é importante e se deve ser banido ou ocupado por administrador profissional."

O questionário forneceu o seguinte resultado às perguntas relativas à organização:

— "Existem problemas decorrentes do novo modelo de organização (organograma) adotado pelo Centro?"

	N.º	%
Sim	64	40,51
Não	8	5,06
Não sabe	84	53,17
Outra resposta	1	0,63
Em branco	1	0,63
Total	158	100,00

— Dois terços dos respondentes acharam problemas decorrentes de falta de definição, delimitação, superposição ou duplicação de funções e/ou tarefas, jurisdição ou autoridade.

— Menos de um terço respondeu que os órgãos de assessoria e as comissões cumpriam o propósito para os quais foram criados, e que existia necessidade de se criar, expandir ou desmembrar novos serviços no Centro; ou, pelo contrário, de se fundir, consolidar, ou eliminar serviços ou funções já existentes.

— Metade considerou que havia problemas decorrentes da excessiva centralização ou descentralização de autoridade no Centro.

As assistentes sociais encontravam mais problemas no modelo novo de organização que as enfermeiras; e as chefias que os subordinados.

As assistentes sociais, seguidas pelas nutricionistas, são as profissionais que mais sentem falta de definição de funções na organização. Esse problema é sentido quase igualmente nos níveis de chefia e de operações.

Todos os tipos de profissionais reagem da mesma forma à pergunta sobre a adequação dos órgãos de assessoria e comissões.

Não há sensível diferença, nem entre profissões, nem entre níveis, na reação à pergunta sobre a necessidade de criação ou fusão de serviços.

No que tange à necessidade de maior centralização ou descentralização, as nutricionistas foram mais vocais. As chefias foram apenas um pouco mais afirmativas a esse respeito que seus subordinados.

12

Em conclusão, não há substanciais diferenças nas reações dos diversos corpos profissionais aos problemas organizacionais; o corpo menos satisfeito com o novo tipo de organização é o das assistentes sociais e o mais satisfeito é o das enfermeiras. Esse achado é paradoxal, pois as assistentes sociais e as nutricionistas deveriam apreciar o modelo organizacional do Centro, que as valoriza mais que as enfermeiras, às quais tira o poder tradicional. Quanto aos médicos, suas respostas estão em geral situadas na média das opiniões. Os chefes, como seria de se esperar, têm maior sensibilidade para os problemas organizacionais que os subordinados. Em muitas perguntas, a proporção de respostas “não sabe” é elevada.

O organograma do Centro foi construído para espelhar a doutrina da instituição. A departamentalização básica se fundamenta no critério de urgência de atendimento, desenfaticando as especialidades médicas. As assessorias multiprofissionais, em todos os níveis, refletem o desejo de se montar uma organização participativa, harmoniosamente cooptada por todas as profissões da área de saúde. Se o dogma do atendimento em equipes multiprofissionais é o lema do Centro, o organograma é a sua bandeira.

O papel das assessorias não está totalmente claro. Trata-se de assessorias funcionais, no sentido que cada assessor, na sua especialidade, é chefe funcional dos profissionais da mesma especialidade.

Ao mesmo tempo, os assessores funcionam como conselhos, colegiados de assessoramento.

Seu terceiro papel é de agente tomador de decisões, isto é, de participante ativo da decisão tomada pelo assessorado.

Seria necessário definir com rigor as atribuições das assessorias, em todos os níveis, procurando-se discriminar os assuntos administrativos dos profissionais, a fim de que as áreas de jurisdição entre linha e assessoria fiquem delimitadas; e esclarecer o papel exato das assessorias, se de conselheira ou de co-responsável pela decisão.

5. A ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO CENTRO

Observação constantemente ouvida no Centro foi a insuficiência de conhecimentos administrativos por parte dos chefes dos *quadrinhos*. A falta de treinamento administrativo das chefias foi freqüentemente mencionada como causa de disfunções na máquina institucional.

Tornou-se evidente também a falta de pessoal administrativo, em número suficiente, para cuidar, cabalmente, dos problemas de material, pessoal e manutenção. “Falta um sistemão administrativo”, foi uma das conclusões, indicando que o reforço de recursos na área administrativa se fazia necessário.

Os aspectos administrativos mais comentados foram os seguintes:

5.1. Tempo parcial das chefias

“Se o médico, aquele que chefia o *quadrinho*, só fica duas horas por dia, o sistema não funcionará.” “O não cumprimento do horário por parte do médico é fatal.” “Os horários dos paramédicos também não são cumpridos.” “Médico de tempo integral deveria ficar oito horas, mas fica três. E médico de quatro horas fica duas. Os outros multiprofissionais ficam. Sem tempo integral, não vai.” “Acho que minha posição devia estar ocupada por alguém que trabalhe tempo integral.” “Nos fins de semana, a equipe se desmancha e eu fico ilhada aqui.” “O novo sistema requer mais dedicação.” “Falta de interesse dos chefes dos *quadrinhos* frustram os demais elementos.” “Médico tem outros hospitais, outros interesses.” “O tipo de organização em que médicos assumem o serviço administrativo depende do médico.”

5.2. Treinamento e vocação das chefias

“Falta conhecimento de administração em geral.” “O gerente do *quadrinho* tem que ser uma pessoa excepcional.” “Não sei minhas funções.” “Falta o administrador hospitalar. Eu sou um médico prático. Não me interesso pela rotina (administrativa), me dá conflito de consciência.” “O que é administrar?” “Médico é rebelde, não gosta de administração. É incontrollável. Não precisa da instituição, toma sozinho decisões de vida e morte.”

“Qual o papel de um coordenador de equipe?” “O que fazer com minha equipe?” “O que fazer com as pessoas não recuperáveis?”

5.3 Distribuição de funções e de papéis (Roles)

“Não se sabe bem realmente o que é de cada um. Deve-se sentar e distribuir tarefas.” “A enfermeira aprendeu administração no seu curso; então tem que aplicar o que aprendeu.” “Acham que enfermeira deve correr no corredor, não ficar sentada.” “Papéis de cada um, estamos procurando ainda. Cada um atua de um jeito.” “É difícil dizer quais funções temos.”

5.4 Supervisão e controle

“Há pouca avaliação e reduzido controle do trabalho da equipe. O trabalho deveria ser avaliado.” “Se eu não aparecer no trabalho, ninguém cobra. Claro que, se algo estourar, então vão achar ruim. Eu exigiria relatórios diários das seções.” “Legisla-se muito, não se executa tanto.” “Os omissos não são criticados. Os chatos, que gostam da instituição, são sempre criticados e acusados de querer destruir. Os mais exigentes é que são criticados.”

Frequentes referências foram feitas por entrevistados a pessoas, sobretudo chefes, que “não assumem seu papel.”

5.5 Relacionamento do Centro com o ambiente externo

Os entrevistados, em sua maioria, estão conscientes das restrições impostas pelo ambiente externo no qual o Centro está imerso: “Os diretores lutam com muitas dificuldades. Eles também dependem das autoridades.” “(Sofremos dos) vícios anteriores.” “O futuro do Centro vai depender muito do INAMPS, que tende a reforçar o sofisticado sistema intra-hospitalar.” “O problema de diferenciais de salários entre categorias vem de cima.” A própria fama do Centro ocasiona problemas: “Muitos casos ‘fechados’ são recebidos aqui.” “Muitos casos que vêm no Pronto-Socorro não são de emergência.” “As filas demonstram preferência pelo Centro. Há um desconhecimento de atendimento por centros e postos de saúde por parte do povo.” “Temos repositório de doentes insólveis e crianças com problemas sociais sérios.”

Quanto ao ambiente econômico-social, foram mencionados “a falta de recursos comunitários, ao contrário do que existe em outros países”, “os bloqueios psicológicos das famílias dos doentes”, e “a falta de cultura e de condições sanitárias, que limitam muito.” “O povo não tem mentalidade preventiva, só curativa. As famílias às vezes não gostam que acabemos conhecendo toda a sua intimidade.”

5.6 Processo decisório

“A organização tem uma estrutura democrática.” “Não tomo decisões sozinho. É minha equipe.” “A maioria das

decisões vem de baixo para cima. Vem como sugestões e muitas vezes acatamos. A nível de seção não se tomam tantas decisões; maior parte vem de baixo ou de cima. A diretoria de serviço também toma muitas decisões.” “Chefe é termo proibido aqui. Coordenador é o oficial.” “Muitas idéias vêm de cima, muitas reclamações de baixo, eu não tenho autonomia (como chefe). Sou receptor de ordens e receptáculo de lamúrias.” “Tenho pouco poder de decisão. O grande número de chefes impõe medo de decidir.” “Quem deve decidir o que sobre o quê?” “Há muitos níveis para tomada de decisão, para assinatura de papéis, cinco ou seis níveis.” “Não enfrentamos os problemas reais que existem. Nem são discutidos.” “Os problemas demoram para ser colocados. Aí são jogados violenta, emocionalmente. A implantação, nessa altura, tem que ser imposta. Não há (mais tempo para) consultas. As decisões são sempre de impacto.” “Não tocamos as decisões para frente... Esbarramos na implantação. É a barreira da implantação. Os projetos não se implantam. Certas normas estão prontas há anos, mas não foram ainda implantadas... Ademais, depois da implantação, a gente esquece, e não há controle.” “Há muitas decisões de corredores. Um quer passar em cima do outro, no espírito nacional. Compra de aparelhos, contratações, não são decisões racionais.”

O elevado grau de liberdade democrática reinante no Centro, combinado com o moderado aproveitamento prático da mesma, pode ser apreciado pelas respostas obtidas às seguintes perguntas do questionário:

— É dada aos funcionários a oportunidade de apresentar sugestões e discutir problemas e reivindicações?”

	N.º	%
Sim	110	69,62
Não	13	8,23
Não sabe	19	12,03
Outra resposta	12	7,59
Em branco	4	2,53
Total	158	100,00

— “Essa participação tem conduzido ao aproveitamento das propostas ou sugestões em um plano concreto e num tempo medianamente próximo?”

	N.º	%
Sim	48	30,39
Não	37	23,42
Não sabe	45	28,48
Outra resposta	19	12,02
Em branco	9	5,69
Total	158	100,00

Os médicos e as chefias se encontram tão certos quanto os demais funcionários de que existe elevado grau de liberdade para apresentação de sugestões e para

debates no Centro. Em todas as categorias são poucos os que disseram *não* haver essa liberdade.

As enfermeiras acreditam um pouco mais num aproveitamento prático das propostas feitas que os outros grupos de profissionais. Chefias e subordinados não se diferenciam, sob esse ângulo.

5.7 Comunicações

“Os grandes problemas são realmente de intercomunicação.” “Há falta de *feedback*.” “Chefes estão muito distantes de nós.” “Problemas reais não chegam em cima.” “Eu, o chefe, sou o último a saber das coisas. Soube na última hora (mudanças de sala).” “Nós não recebemos muito em tempo as informações e não participamos das decisões de cima, não somos consultados, e faço críticas porque nós sentimos os problemas mais de perto. É muito demorado o problema da comunicação vertical, há muitos quadradinhos. Eu fico tão longe das decisões.” “As informações vêm de baixo, da enfermaria, o que é uma inversão.” “Muitas informações não fluem pela via normal, e isso cria problemas.” “Problemas pulam por cima dos encarregados, direto para o nível seguinte.” “Grande problema é subida de informação.” “O pessoal não respeita a escada.” “Furam frequentemente a hierarquia.”

5.8 Atendimento

Além do debate ideológico entre as duas filosofias médicas, dois problemas em particular têm causado conflitos de opiniões e autoridade:

— o papel da mãe da criança internada, seu grau de participação no tratamento, o nível de informações que deve receber; seu direito a acompanhar o filho e a receber alimentação e conforto físico;

— a decisão de internar. Deve ser atribuição do pronto-socorro ou do setor de especialidade? Quem deve ser o “dono do leito”? A internação fora de hora é sério problema, pois as diversas partes interessadas na tomada de decisão não estão presentes.

5.9 Ambiente de trabalho

Examinaremos aqui alguns aspectos relativos ao ambiente de trabalho, componente importante do sistema de recompensas, pois muita influência tem na satisfação pessoal do funcionário.

Dos 31 elementos entrevistados, 17 manifestaram satisfação pessoal no trabalho, com os seguintes comentários:

“Crescimento profissional é uma realidade.” “Grande realização profissional.” “Abriu a visão.” “A gente aprende muito.” “Satisfação idealística.” “Estou entusiasmada com meu trabalho.” “Pessoalmente, tudo

bem.” “Sou funcionário(a) satisfeito(a).” “Bom ambiente de trabalho.” “Todo mundo se esforça.” “O Conjunto é bom lugar para trabalhar, a gente aprende, ambiente é gostoso, há boa-vontade, tenho muitos amigos aqui. Podia ser bem melhor.” “Estou lutando. Consigo muita coisa.” “Dedico-me corpo e alma a isto aqui.” “Quero investir nisso aqui.” “Apoio, contentamento.” “Tenho muito apoio de minha equipe multiprofissional.” “Tenho apoio do meu grupo profissional.”

Um número menor de respostas — seis — foram ouvidas evidenciando insatisfação pessoal:

“Não vejo futuro na carreira.” “Não me sinto realizado.” “Sinto-me frustrado.” “Sinto frustração. Provém da demora de conseguir as coisas.” “Há desencanto.” “Há angústia. A esperança está diminuindo.”

Quatro outras respostas referiam-se a “tensões, desencantos, traumas, irritações, frustrações” existentes no Centro, decorrentes do contraste entre o ideal vislumbrado para a instituição e a realidade. Algumas observações feitas nesse sentido seguem:

“Nossos chefes estão muito distantes de nós. Não têm tempo para nós, nem para dar alô.” “Meu pessoal está meio zangado e tem razão. Não houve vantagem na mudança.” “Algumas coisas a gente não entende aqui no Centro. Alguns médicos não acreditam nesse tipo de trabalho. Não sei como as pessoas são escolhidas. Declaradamente, alguns são contra. São forçados a seguir. Atitude negativa deles dificulta.” “Deveríamos só trabalhar com pessoas que têm a formação correta.”

“Estamos na linha de fogo . . . Somos meio abandonados . . . Nosso serviço é desumano . . . Nossa atividade é estafante . . . Tem que se dar um jeitinho o tempo todo.” “Quem não é mestre ou doutor, quem se dedica administrativamente, é sacrificado.” “Existem brigas entre paramédicos. Algumas categorias não respeitam horário, nem usam uniformes, nem deixam as outras categorias assumir nenhuma função. É difícil se posicionar.” “Existe rivalidade entre psicólogos, psiquiatras, educadores e assistentes sociais.” “O grupo inicial é fechado. Encapsulou-se. Talvez por ter sido agredido muito tempo. Tem dificuldade em trabalhar com os outros, em enxamear.” “Me sinto um pouco sozinho hoje na sustentação desses pontos de vista.” “Em teoria, muito bem; na prática não é fácil. O desencanto no trabalho diário é grande.” “Como executar é difícil!”

6. QUALIDADE DO ATENDIMENTO

As seguintes respostas ao questionário indicam claramente que, na opinião da maioria, o atendimento prestado no Centro é diferente do tradicional; é de melhor qualidade; a equipe é democrática e funciona satisfatoriamente mesmo quando desfalcada de um dos seus membros.

— “Na sua opinião, o atendimento que se faz no Centro é diferente do que era feito no Conjunto?”

	N.º	%
Sim	94	59,49
Não	4	2,53
Não sabe	51	32,28
Outra resposta	4	2,53
Em branco	5	3,16
Total	158	100,00

— “As alterações no atendimento implantado no Centro beneficiam de fato o paciente?”

	N.º	%
Sim	73	46,20
Não	6	3,80
Não sabe	57	36,08
Outra resposta	14	8,86
Em branco	8	5,06
Total	158	100,00

— “Todos os membros de uma equipe têm igual oportunidade de se manifestar durante as reuniões?”

	N.º	%
Sim	130	82,28
Não	7	4,43
Não sabe	9	5,69
Outra resposta	11	6,97
Em branco	1	0,63
Total	158	100,00

— “Na ausência de um membro de uma equipe multiprofissional, os demais componentes têm condições de se reunirem e obterem um rendimento não inferior ao habitual?”

	N.º	%
Sim	71	44,94
Não	38	24,05
Não sabe	18	11,39
Outra resposta	24	15,19
Em branco	7	4,43
Total	158	100,00

Os médicos e as assistentes sociais identificam maior diferença e melhor qualidade de atendimento que as demais profissionais. Apenas oito por cento dos médicos e 12% das assistentes sociais rejeitam o modelo de atendimento multiprofissional, sob ambos os aspectos de inovação e melhoria. Enfermeiras e sobretudo nutricionistas são as menos convencidas da superioridade do modelo. Há, em geral, maior concordância quanto à novidade que quanto à melhoria da qualidade.

Trata-se de modelo democrático de atendimento médico, na opinião unânime das categorias consultadas. A perfeita integração da equipe, cuja pedra de toque é a intercambialidade dos profissionais, é admitida por quase metade dos entrevistados de todas as categorias.

a) *Justificativas do atendimento por equipes.* As justificativas terapêuticas foram as seguintes: “As equipes são (estruturadas) em volta do paciente, não do médico.” “(A equipe) . . . permite o enfoque global da criança doente.” “Não existe criança dividida, é uma só.” “É filosofia correta, que a criança é uma só.” “Algumas doenças simplesmente exigem tratamento multiprofissional.” “A equipe multiprofissional é indispensável para a nutrição, a dieta, a preparação à internação e à morte e o amparo à família.” “Permite adaptar melhor mãe e filho ao trauma da internação, para não deixar seqüela.” “O paciente volta menos vezes.” “Permite alta mais rápida, menos reinternação.” “A premissa é apenas atender às necessidades da criança, essa é a mística, não atendê-la isoladamente, mas, sim, dentro do seu ambiente, de onde veio e para onde voltará.” “Nesta concepção, importa ao médico se a criança morre ou sofre.” “Esse tipo de atendimento vai além do biológico.” “Os aspectos sociais são incorporados no raciocínio do pediatra, que terá visão maior, multiprofissional.” “Acima de tudo, queremos passar um tipo de raciocínio para o médico.” “Dá uma ampliada de visão no médico.” “A área ambiental é fundamental, nos seus aspectos físicos, sociais, recreativos, financeiros, nutricionais.”

Ouvimos as seguintes justificativas, de natureza profissional:

“(Esse sistema de atendimento) permite que os outros profissionais também existam.” “Permite usar profissionais não utilizados em nossa sociedade.” “Dá status a outros profissionais. Faz emergir.” “A equipe permite que cada profissional exiba seu talento. Dá-lhe preocupação de fazer um bom serviço.” “Poupa tempo do médico em dar explicações à família.” “O médico não precisa explicar os mesmos detalhes de nutrição numerosas vezes ao paciente.” “Se não tivéssemos equipe multiprofissional, perderíamos muito tempo.” “Permite à enfermeira voltar aos cuidados de cabeceira.” “O paramédico é puramente auxiliar, serve para enriquecer o trabalho do médico.” “O paramédico é multiplicador do médico.” “O paramédico libera o clínico de cuidar dos aspectos não-médicos.” “Nossa função (de paramédicos) é mostrar a situação social de cada criança.” “As áreas não são mais estanques.” “Os problemas sócio-econômicos são devidamente levados em conta.” “A discussão de casos permite transferência de experiência para todo o grupo. Procedimentos inadequados podem ser corrigidos.” “Havia paredes entre profissionais, eram todos congelados em suas áreas, sem entrosamento. Com esse novo sistema, não são mais estanques.” “Há um efeito multiplicativo do ensino na comunidade.” “O sistema permite educar a mãe. Se não voltará daqui a pouco com a criança doente de novo. Porém, quanto dá para reabilitar

a mãe?" "O custo social do sistema acaba sendo bem menor do que no tradicional." "É medicina pé-no-chão. Adequada à realidade brasileira. Medicina aberta, comunitária."

b) *Desvantagens do atendimento multiprofissional.* As seguintes restrições gerais ao sistema de atendimento multiprofissional foram ouvidas:

"Todo o êxito depende de o médico aceitar o conceito, e isso não é fácil, principalmente para os médicos treinados no outro sistema." "Tudo depende do médico. Quando respeita a equipe, ele cresce." "É difícil mudar o egoísmo básico do médico. Tem formação patológica, organicista." "O fator básico é a receptividade do médico." "Os médicos são muito imbuídos de sua superioridade. Os paramédicos são jovens demais e não têm o mesmo nível." "Acredito em trabalho de equipe, mas é difícil, envolve o individual da pessoa junto com o grupo. Temos tentado conquistar o médico, que mais vê o físico. Temos tentado mostrar o que nós sabemos e podemos fazer, os paramédicos." "Ainda não deu para medir a melhoria da qualidade obtida nesse atendimento. É um jogo de paciência, a longo prazo. Levará mais dois, três anos." "É um método pouco produtivo, caro, elitista." "Oneroso para a realidade brasileira." "A permanência da criança é pequena na internação, não permitindo a aplicação do conceito multiprofissional." "É difícil às mães identificar o papel dos diversos membros da equipe multiprofissional." "Esse tipo de atendimento exige muito das mães." "O perigo no atendimento em equipe é a intromissão na área do outro. Por outro lado, cada um tem maior interesse na própria área."

Outras críticas, relativas ao tratamento multiprofissional, tal como é aplicado no Centro, foram feitas:

"Existe muita rotatividade do residente; os assistentes, e não os residentes, é quem deveriam chefiar as equipes de atendimento." "As mães não se conformam com a mudança constante do residente." "Cada equipe teve que inventar seu papel, pois não houve treinamento para trabalho em equipes multiprofissionais." "Tivemos todos que inventar o papel." "Não há controle do trabalho das equipes. Não há *feedback* do nosso trabalho. Há um *feedback* indireto, porque as equipes bem-sucedidas são muito prestigiadas." "Não se consegue de um dia para outro trabalhar em equipes, embora a finalidade seja essa; nada foi feito para ensinar, ninguém ensinou, disse quais os problemas. Só se jogou para nós." "Não é só juntar quatro pessoas."

Embora não tenhamos encontrado profissional, no Centro, que se tenha manifestado contra o atendimento multiprofissional, tampouco encontramos quem tenha dito se tratar, na prática, de irrestrito êxito. A maioria reconheceu as dificuldades teóricas e práticas dessa forma de atendimento. É de se notar que alguns atribuem as dificuldades à não aceitação da doutrina por outros, especialmente por elementos do DACI.³ Entretanto, um levantamento sugere que, no próprio DACE,

na prática, é reduzida a aplicação da metodologia multiprofissional, sendo que os médicos realizam muito maior número de consultas que os outros profissionais, conforme a seguinte proporção:

Profissionais	Proporção de consultas
Médicos	6
Enfermeiras	3
Nutricionistas	2
Assistentes sociais	1

A qualidade do atendimento multiprofissional parece elevada, mas, a sua eficiência na utilização de recursos, baixa.

7. CONCLUSÕES E RESUMO

Este trabalho é uma sinopse dos resultados alcançados por uma equipe de pesquisadores que permaneceram cerca de seis meses, em 1978 e 1979, no Centro Médico Infantil, procedendo a levantamentos e estudos, por meio de entrevistas, questionários, observações e mesas-redondas, investigando os aspectos administrativos e organizacionais da entidade.

Os tópicos abordados incluem os objetivos e a doutrina da instituição, o atendimento multiprofissional, a estrutura hierárquica e aspectos administrativos do Centro.

O Centro Médico Infantil introduziu, desde sua criação, em 1975, conceitos originais em sua metodologia e estrutura organizacional administrativa.

a) A primeira inovação consiste no atendimento do paciente por meio de uma *equipe multiprofissional de atenção médica*, constituída de médico, enfermeira, assistente social e nutricionista, reforçada, ocasionalmente, por psicóloga, educadora e outros técnicos. Esse método, lastreado na doutrina de atendimento integral do paciente, contrasta com o atendimento tradicional, feito predominantemente pelo médico, que transmite instruções detalhadas à enfermeira, a qual as repassa à assistente social e à nutricionista — caso esses profissionais sejam chamados a intervir, o que não é a regra.

b) O novo formato de consulta traz profundas implicações estruturais, decorrentes da alteração dos papéis desempenhados pelos profissionais. Sobreposta à tradicional divisão vertical, por setores funcionais, surge nova rede horizontal, formando, o conjunto, uma *matriz*. A linha horizontal lembra a de um "projeto": o médico é o chefe, ou melhor, líder ou coordenador, do "projeto paciente", em que orienta uma equipe de técnicos de diversas profissões, funcionalmente subordinados aos seus respectivos chefes profissionais.

c) A terceira inovação substancial refere-se às chefias de diretorias, divisões, serviços, seções e setores. No hospital tradicional, os cargos de chefias são exercidos por

médicos que, entretanto, não tomam conhecimento das rotinas administrativa e técnica dos seus setores; essas são delegadas às enfermeiras, ou, aos "gerentes de unidade". No Centro Médico Infantil, optou-se por atribuir aos médicos-chefes de setores, em todos os níveis, a *responsabilidade administrativa* dos serviços. Ademais, esses chefes (em número de 37, mais ou menos) dispõem, todos eles, de uma assessoria multiprofissional, que é uma equipe constituída de uma enfermeira, uma assistente social e uma nutricionista. É preciso diferenciar cuidadosamente essa *equipe multiprofissional, pura assessoria ao respectivo chefe do setor*, da equipe multiprofissional de atendimento.

d) A quarta novidade ocorre na departamentalização. Baseando-se no critério do nível de atenção médica prestado a pacientes externos (ambulatório, pronto-socorro, comunidade) e internados, foram criadas as Divisões de Atendimento Externo e a de Atendimento Interno. Ademais, há uma Divisão Técnica, que compreende unidades de apoio — laboratórios, raios X, biblioteca.

O critério habitual de departamentalização hospitalar, lembremos, é a especialização por clínicas, na base de aspectos etiopatogênicos da moléstia, isto é, a divisão em unidades de oftalmologia, ortopedia, gastroenterologia, aparelho circulatório etc.

e) A quinta inovação ocorrida no Centro refere-se ao prevalecimento de estilo e formatos participativos, através da criação de comissões, da promoção de reuniões e da adoção de um esquema de assessorias em cascata.

A nova metodologia de atendimento integrado do Centro Infantil constitui reação frente às crescentes especialização e fragmentação da medicina nestas últimas décadas.

Com o intuito de reforçar sua doutrina de atendimento por meio de equipes multiprofissionais, e com fins de coordenação, o Centro adotou peculiar modelo de "organização multiprofissional", de cunho matricial.

É prematuro um julgamento final sobre a validade da experiência efetuada no Centro. Entre seus muitos aspectos positivos, ressaltam a qualidade do atendimento médico, o alto grau de liberdade democrática existente na instituição e as oportunidades de desenvolvimento profissional oferecidas a muitas carreiras paramédicas. Na prática, a complexidade do formato organizacional e, sobretudo, a falta de recursos administrativos, materiais e financeiros, próprias não daquela entidade mas da conjuntura e do ambiente, tornam onerosa e difícil a operação do modelo.

* N. do A. No contexto deste trabalho, usamos o termo "paramédico" para designar o profissional de saúde que faz parte da equipe de atendimento a paciente, em particular a enfermeira, a nutricionista, a assistente social, a psicóloga, o terapeuta ocupa-

cional, bem como outros especialistas da área de saúde, que não o médico propriamente dito.

¹ Os nomes da instituição e dos seus setores foram alterados. Para efetuar este trabalho, os autores realizaram 40 entrevistas individuais e grupais com funcionários do Centro e efetuaram uma pesquisa de opinião, por meio de questionário impresso, de 35 perguntas, entre os funcionários do Centro. O número inicial de funcionários que se tentou alcançar era de 235, mas, em virtude dos afastamentos, férias, licenças e não-respostas, obtiveram-se 158 questionários preenchidos.

² Na década de 60, um grupo de médicos e outros profissionais de saúde, do Conjunto Hospitalar, lotados no Departamento de Pediatria Social, inicia o sistema de atendimento por equipes multiprofissionais. O Grupo de Pediatria Social era formado por quatro médicos, quatro enfermeiras, duas assistentes sociais e três nutricionistas.

Em 1966, os professores da Cadeira de Pediatria lançam a idéia de um prédio para o Serviço de Pediatria.

Em 1967, o Conselho Acadêmico do Conjunto autoriza a realização de contatos para a criação do Centro de Pediatria e Puericultura.

Em 1969, são realizados estudos arquitetônicos que culminam com a aprovação de um projeto definitivo.

Em 1971, o pronto-socorro entra em funcionamento, sob a designação de UPEC — Unidade Pediátrica de Emergência Clínica. Instala-se na parte anterior do prédio, que era a única construção já terminada na ocasião.

Em 19.12.72 é assinado o contrato para construção do prédio. As obras se iniciam. Embora a duração prevista fosse de dois anos, o edifício só foi concluído em 1980.

Em fins de 1975 e início de 1976, toda a Divisão de Pediatria muda-se do prédio central do Conjunto para o edifício do Centro recém-criado, embora a construção e a instalação só estivessem concluídas até o 4.º andar.

Atualmente, o edifício do Centro é composto de um prédio principal de sete pavimentos; de um anexo com dois pavimentos; e de uma edícula, na parte frontal.

No prédio principal situam-se as unidades de internação, com cerca de 160 leitos, o centro cirúrgico, o centro de esterilização de materiais, a unidade de terapia intensiva, unidades de administração e serviços auxiliares e o serviço de ambulatórios, que compreende 25 consultórios e 11 salas administrativas.

Na edícula, funciona o atendimento de pacientes externos de emergência. No primeiro pavimento da edícula desenvolve-se o atendimento de urgência e, no segundo, localizam-se aproximadamente 40 leitos de retaguarda de emergência e um laboratório de análises clínicas.

³ DACI = Divisão de Atendimento Interno; DACE = Divisão de Atendimento Externo.

BIBLIOGRAFIA

Arnoldo, M. F.; Blankenship, L. V. & Hess, J. M. *Administering health systems: issues and perspectives*. Chicago, Aldine, 1971.

Baranchuk, N. S. et alii. *Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil*. Buenos Aires, Ediciones SMI, 1971.

Barnes, Elisabeth. *As relações humanas no hospital*. Coimbra, Livraria Almedina, 1973.

- Barquin, C. M. *Dirección de hospitales: organización de la atención médica*. 3.ed. México, Interamericana, 1974.
- Becker, S. W. & Neuhauser, D. *The efficient organization*. New York, Elsevier, 1975.
- Child, John. *Organization. A guide to problems and practice*. London, Harper & Row, 1977.
- Charns, Martin P. Breaking the tradition barrier: managing integration in health care facilities. *Health Care Review*, 1 (1), Winter 1975.
- Chaves, Mário. *Regionalização docente-assistencial e níveis de assistência*. Trabalho apresentado em 26.08.75 ao Seminário sobre Hospital de ensino, Hotel Sheraton, Rio de Janeiro.
- Clelland, R. *The human side of hospitals administration*. New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1974.
- Clelland, David I. & King, W. R. *Análise de sistemas e administração de projetos*. Pioneira, 1978.
- Coe, R. M. *Sociology of medicine*. New York, McGraw-Hill, 1970, cap. 7, The professionalization of the medicine.
- Coe, Rodney M. *Planned change in hospital: care studies of organizational innovations*. New York, Praeger, 1970.
- Coggeshall, John H. *Management of retirement homes and longterm care facilities*. Saint Louis, Mosby, 1973.
- Culbert, Samuel A. *The organization trap and how to get out of it*. New York, Basic Books, 1974.
- Dalton, G. W. et alii. *The distribution of authority in formal organizations*. MIT Press, 1968.
- Department of Health and Social Security. *Organization of medical work in hospitals*. London, Third Report of the Joint Working Party, 1974.
- Davos, Stanley M. & Lawrence, Paul R. *Matrix*. Addison-Wesley, 1977.
- Donabedian, A. *A guide to medical care administration*. Med. Care Appraisal Quality and Utilization, American Public Health Association, 1969. v. 2, cap. 6.
- Drucker, Peter F. *Why service institutions do not perform, management tasks - responsibilities - practices*. New York, Harper & Row, 1974. cap. 12.
- Duff, Raymond S. & Hollingshead, August B. *Sickness and society*. New York, Harper & Row, 1968.
- Durbin, Richard L. & Spingali, W. Herbert. *Organization and administration of health care: theory, practice, environment*. Saint Louis, Mosby, 1969.
- Field, Mark G. *The medical system and industrial society*. In: Sheldon, Alan Baker, Frank & Curtis, P. McLaghlin, ed. *Systems and medical care*. Cambridge, The MIT Press, 1970.
- Flahault, D. Un equipo integrado y funcional para la asistencia primaria da salud. *Cronica de la OMS*, 30 (11), nov. 1976.
- Freidson, Eliot. *Professional dominance: the social structure of medical care*. Chicago, Illinois, Aldine Publishing, 1970.
- Friedlander, Frank. OD reaches adolescence: an exploration of its underlying values. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 12 (1), 1976.
- Georgopoulos, Basil S. *Organization research on health institutions*. Ann Arbor, University of Michigan, 1972.
- Ginzberg, Eli. *Urban health services: the case of New York*. New York, Columbia University, 1971.
- Green, Stephen. *The hospital: an organizational analysis*. Glasgow, Blackie, 1974.
- Kast, F. E. & Rosenzweig, J. E. *Organização e administração: um enfoque sistêmico*. São Paulo, Pioneira, 1976.
- Kessner, S. et alii. *Infant death: an analysis by maternal risk and health care*. Washington, D. C., Institute of Medicine National Academy of Science, 1973.
- Knowles, John H. *Views of medical education and medical care*. Cambridge, Harvard University, 1968.
- Kowalski, R. S. Innovative development of management philosophies: an analysis of evolving practices. *Hospital and Health Services Administration*, 33 (1), 1978.
- Lawrence, Paul R. et alii. *Academic Medical Center self-study guide*. Report to Physician's Assistance Branch, Bureau of Health Manpower Education National Institutes of Health, 1973.
- Lawrence, Paul R. et alii. *The organization and management of Academic Medical Centers: a summary of findings*. Unpublished Report to Four Medical Schools, Organization Research & Development, 1974.
- Lawrence, Paul R. & Lorsch, Jay W. *Organization and environment*. Homewood, Illinois, Richard D. Irwin, 1969.
- Luck, G. M. et alii. *Patients, hospitals and operational research*. London, Tavistock Institute, 1974.
- Lynton, Rolf P. Boundaries in health care systems (Backfeed Section). *Journal of Applied Behavioral Science*, 2 (2): 250, 1975.
- Maslow, A. H. *Synergy in the society and in the individual*. New York, The Viking Press, 1972. cap. 14, The farther reaches of human nature.
- McGibony, John R. *Principles of hospital administration*. 2.ed. New York, Putnam's, 1969.
- Mechanic, D. et alii. *The growth of bureaucratic medicine: an inquiry to the dynamics of patient behaviour and the organization of medical care*. New York, Wiley, 1976.

- Milio, Nancy. *Health care organizations and innovation*. In: Kouner, A. R. & Neuhauser, D. *Health Services Management, Health Administration Press, Michigan, 1978*.
- Moraes Novaes, Humberto de. *Atenção integral de saúde no Hospital das Clínicas de São Paulo*. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP*, 30 (suplemento): 3-6, 1975.
- Morley, D. *Pediatric priorities in the developing world*. Butterworth, Great Britain, 1974 (Postgraduate Pediatric Series).
- Moss, Arthur B. et alii. *Hospital policy decisions: process and action*. New York, Putnam's, 1966.
- Neuhauser, D. *El hospital como organización matriz*. Traducciones n. 12, Centro Latino-Americano de Administración Médica (CLAM), Buenos Aires, 1975.
- O. M. S. *Atención primaria de salud*. Informe presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), sept. 1978.
- O. M. S. *Función de los hospitales en atención médica ambulatoria y domiciliaria*. Ginebra, 1959 (Serie de Informes Técnicos, n. 176).
- Orgaz, Jorge. *Crisis y reacción de la medicina contemporánea*. Córdoba, Argentina, Ediciones Morena, 1960.
- Paganini, J. M. *Evaluación de eficiencia en las actividades de programas de salud infantil*. Asociación Argentina de la Salud Pública, Boletim n. 3, 1964.
- Perrow, Charles B. *Análise organizacional: um enfoque sociológico*. São Paulo, Atlas, 1976.
- _____. *Hospitals, technology, structure and goals*. In: March, J. *Handbook of organizations*. Chicago, Rand & Macnally, 1965.
- Pessoa, Samuel. *Ensaio médico-sociais*. 2. ed. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES-HUCITEC), São Paulo, 1978 (Coleção Saúde em Debate).
- Pickett, R. M. *Human factors in health care*. Lexington, Mass., R. M. Pickett & T. S. Triggs, 1975.
- Queiroz Campos, Juarez de. *O hospital e sua organização administrativa*. São Paulo, LTR Editora, 1978.
- Roemer, Milton I. & Friedman, Jay W. *Doctors in hospitals: medical staff organization and hospital performance*. Baltimore, Hopkins, 1971.
- Rushmer, Robert F. *Medical engineering: projections for health care delivery*. New York, Academic, 1972.
- Ryan, G. M. et alii. Regionalizing perinatal health sciences in Massachusetts. *Journal of Medicine*, New England, 296 (4), Jan. 1977.
- Sanchez, Formozinho. *Hospitais: da organização à arquitetura*. Lisboa, Estudios Cor, s.d.
- Schaefer, M. The health manpower crisis: cause or symptom? *American Journal of Public Health*, 57 (1), Jan. 1967.
- Singer, Paul et alii. *Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense, 1978.
- Smalley, Harol E. & Freeman, John R. *Hospital industrial engineering a guide to the improvement of hospital management systems*. New York, Reinhold, 1966.
- Somers, A. R. *Redefinition of professionals' roles to assure personalized care*. Hospital Research e Educational Trust, Chicago, Ill., 1971. cap. 6, Health care in transition, direction for the future.
- _____. *Hospital regulation: the dilemma of public policy*. Princeton University, 1969.
- _____. *Health care in transition*. Chicago, Hospital Research and Educational Trust, 1971.
- Sonis, A. *Medicina sanitaria y administración da salud*. El Ateneo, Buenos Aires, 1978. t. 2, Atención de la Salud.
- _____. Integración de la educación de los profesionales del equipo de salud. *Anales de Sanidad*, Santa Fé, 1968.
- _____. Doctrina: integración de la educación de los profesionales del equipo de salud. *Anales de Sanidad*, Escuela de Sanidad, Santa Fé, 1968.
- Souillá, B. et alii. Calidad y eficiencia de la atención médica. Estudio comparativo de recursos y resultados en atención pediátrica entre hospitales de distinta complejidad. *Atención Médica*, 3 (1-4), Jun.1974/mar.1975 (CLAM).
- Starfield, B. & Scheff, D. Effectiveness of pediatric care: the relationship between processes and outcome. *Pediatrics*, 49: 547-52, 1972.
- Vickers, Sir Geoffrey. *The art of judgment*. New York, Basic Books, 1965.
- Weed, Lawrence L. *Medical records, medical education and patient care*. Cleveland, The Press of Case Western Reserve University, 1969.
- Weinerman, R. et alii. Yale studies in ambulatory medical care. Determinants of use of hospital emergency services. *American Journal of Public Health*, 56 (7), July 1966.
- Weisbord, Marvin R. Why organization development hasn't worked (so far) in medical centers. *HCM Review*, Spring 1976.
- Wheeler, E. Todd. *Hospital modernization and expansion*. New York, McGraw-Hill, 1971.
- Yanbauer, A. et alii. Pediatric practice in the U.S. with special attention to utilization of allied health worker. *Pediatrics*, 45: 521, 1972.