

notas e comentários

1. Introdução;
2. Identificação – que organização?;
3. Conhecimento – objetivos;
4. Coordenação;
5. Ação – procedimentos, regras e regulamentos;
6. Recursos financeiros;
7. Sistemas de informação;
8. O processo;
9. Marketing;
10. Recursos;
11. Ambiente;
12. Dinâmica do sistema;
13. Conclusão.

Comportamento organizacional para administração de serviços de saúde*

Ana Maria Malik

Do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde (Proahsa) – EAESP/FGV e HC/FMUSP (Hospital das Clínicas/Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

Duncan Neuhauser

Da Case Western Reserve University, Cleveland, USA.

1. INTRODUÇÃO

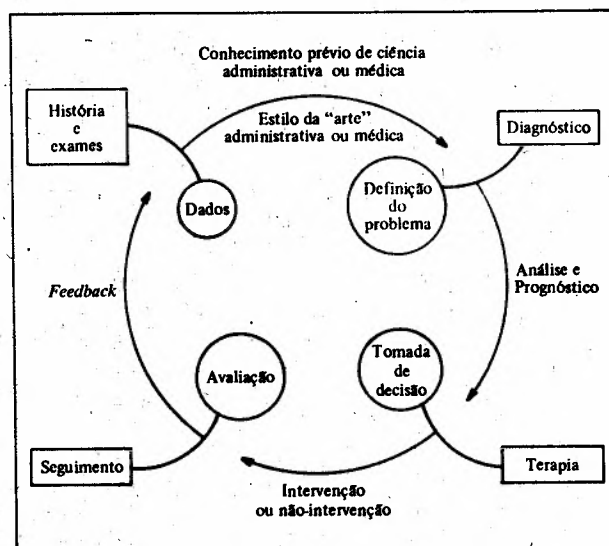
Os serviços de saúde podem ser vistos pela mesma ótica que qualquer outra instituição. No entanto, partindo-se da premissa de que a área de conhecimento, onde as instituições são estudadas, tem alguma característica peculiar, a proposta para este artigo é uma análise organizacional em termos de sua “anatomia” (ou estrutura) e de sua “fisiologia” (ou função).

Disfunções e seu tratamento serão aqui apenas sugeridos. A hipótese primeira é de uma organização sã: o que é, como funciona, de que depende. A partir disso, obtém-se as três grandes unidades de estudo, buscando compreender como se combinam pessoas e elementos dentro de uma organização qualquer. A primeira seria, então, a estrutura; a seguir, viriam os processos por meio dos quais a organização se desenvolve e, finalmente, o ambiente em que está inserida. Esta análise será, também centrada nas pessoas, posto que são elas o elemento mais fundamental da organização. Tanto a planta física quanto os fluxos são desenvolvidos tendo-se em vista o elemento humano; o processo depende do trabalho das pessoas. Por sua vez, este estará nitidamente presente nos resultados. Importante, novamen-

te, é salientar que uma organização prestadora de serviços os presta para pessoas. Levando mais a extremos a adequação do idioma da área de saúde ao da área de administração, pode ser feito um esquema de “diagnóstico” aplicável em ambos os casos.

Em saúde, o paciente é submetido a uma rotina de “história” e de “exame físico” e/ou “exames complementares” para se tentar chegar a descobrir o que ele apresenta. Sobre esses “dados” é aplicada a “ciência médica”, ou a “arte” de cada terapeuta, visando um “diagnóstico” da situação. Numa organização, um administrador também trabalha sobre “dados” coletados em relação a um problema expresso ou intuído, com vistas a um diagnóstico. Essas duas análises diferentes levam a uma decisão que pode chegar a uma prescrição mais ou menos radical ou até a uma opção pela “não-intervenção”. Na área de saúde ou na área organizacional deve haver um seguimento constante, uma avaliação da decisão tomada a ser corrigida sempre que necessário e/ou possível.

Figura 1
Abordagem de saúde e de organização



2. IDENTIFICAÇÃO – QUE ORGANIZAÇÃO?

Qualquer organização tem seus limites. As coisas e as pessoas são definidas enquanto pertencentes ou não a uma organização. Basicamente, a definição dos limites da organização deve passar por três perguntas:

a) *A quem pertence?* Hospitais, asilos, indústrias farmacêuticas, clínicas etc. têm sua existência, bem como sua vinculação, legalmente definidas. Muitas vezes, no entanto, os arranjos organizacionais informais internos fogem um pouco ao preestabelecido, embora a legitimação exista. Essa regra é válida para órgãos particulares e públicos, lucrativos ou não.

b) *Como se perpetua (ou não) a hegemonia?* Muitas vezes, existe a tendência à perpetuação de uma “di-

nastia", dentro das instituições de saúde, visando a manutenção da coalizão dominante. Há que se levar sempre em conta outros fatores do ambiente, no entanto, independente da organização em pauta.

c) *Quem decide o papel da organização?* Novamente aqui é fácil observar que grupos diferentes podem ter diferentes influências sobre as decisões. É fundamental notar que estas influências podem se manifestar mais sobre um determinado tipo de decisão que sobre outro.

Em organizações de saúde deve ser levado em conta o papel dos profissionais que atuam diretamente sobre o paciente, a chamada equipe de saúde. Sobre as profissões mais antigas e mais claramente definidas, tais como as de médicos e enfermeiras, é possível dizer que, independentemente, das peculiaridades de cada organização, podem ser transplantadas de uma para outra sem problemas de adaptação de ordem técnica estrita. Já as profissões mais novas — como de terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, biomédico — podem ter problemas, dado que não estão institucionalizadas o suficiente para que esteja claro o seu lugar em qualquer serviço. Uma das características básicas para a classificação dos serviços de saúde como organizações complexas é a multiplicidade de áreas profissionais que nelas confluem, com o objetivo teórico de fornecer assistência ao paciente.

É possível dizer que, devido à combinação de suas características, os serviços de saúde são peculiares como as organizações. No entanto, essas características são encontradas em qualquer instituição; por exemplo, retomando um tema já muito conhecido, hospitais se assemelham a universidades no sentido de caberem dentro do rótulo de "burocracia profissional" e de "instituições de inovação", porém, no caso do hospital, pode-se enfatizar uma maior necessidade de coordenação interna.

Fica claro, assim, o fato de as teorias de organização serem aplicáveis a organizações de saúde, enquanto modelos simplificados só podem ser aplicados levando-se em conta as combinações das características.

3. CONHECIMENTO — OBJETIVOS

Organizações formais têm objetivos definidos. Assim, podem ser considerados potenciais objetivos de instituições de saúde a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, o desenvolvimento do "saber médico" e a educação de profissionais. A ponderação desses objetivos varia com o tempo e de organização para organização.

Para trabalhar este conceito, é necessário especificar alguns itens.

a) *Objetivos de quem?* Mantenedores de uma instituição, seus funcionários, seus consumidores (clientes/pacientes) e a sociedade podem ter seus próprios objetivos com relação a ela. Estes podem, porém, ser similares ou conflitantes. A compreensão da confluência e da divergência desses objetivos é praticamente a compreensão do ambiente político da organização.

Não se pode esquecer que o conhecimento dos objetivos é fator fundamental para a avaliação do desempenho organizacional.

b) *Curto prazo ou longo prazo?* Grande parte das organizações da área de saúde poderia utilizar rapidamente seus recursos para fornecer o atendimento necessário. No entanto, isto poderia levar à constatação de que os recursos financeiros, materiais e, principalmente, os humanos se exauririam de súbito. Por isso, sempre deve haver uma previsão para a demanda futura. Outros investimentos só darão retorno a longo prazo; exemplo disso é o treinamento de profissionais.

O equilíbrio entre objetivos de curto prazo e os de longo prazo deve ser uma preocupação constante durante o processo de planejamento. Os conceitos contábeis e econômicos são técnicas formais aí utilizadas com frequência.

O problema de curto prazo *versus* longo prazo tem outras áreas de aplicação. Por exemplo, no campo político, pode-se prestar favores hoje na espera de retribuições futuras. O administrador deve também decidir quanto tempo gastar na solução de problemas em curto prazo, frente a estratégias de longo prazo. Os esforços investidos em educação e treinamento visam serviços e atendimento no futuro.

c) *Tradução de metas gerais em objetivos específicos.* Pode-se considerar que um serviço de saúde é constituído para melhorar a saúde de uma comunidade. De que maneira? Quanto esforço é despendido em atendimento preventivo e quanto em curativo?

Desse modo, pode-se tentar verificar até que ponto metas genéricas estão realmente articuladas com objetivos específicos, levando-se em conta que a articulação correta pode diminuir o conflito. Concordância de objetivos, que se tenta obter por educação e treinamento, poderia permitir descentralização, com a certeza de que os indivíduos irão tentar atingir os mesmos objetivos que a organização, independente da unidade em que trabalhem. Obviamente, se a concordância de objetivos inexistir poderá haver a sabotagem dos membros da organização.

4. COORDENAÇÃO

As organizações são criadas, por definição, visando coordenar esforços interpessoais para se atingir um dado propósito. Se não houvesse necessidade deste tipo de coordenação, a organização seria supérflua.

Esse termo — coordenação — pode se referir desde a um horário estabelecido para reuniões de qualquer tipo de agrupamento social até às atividades extremamente relacionadas dentro de uma sofisticada equipe de cirurgia.

Não obstante, pode e deve existir também coordenação interorganizacional. O mercado pode, de algum modo, substituir a coordenação. Por exemplo, um hospital pode não ter seu próprio serviço de lavanderia, comprando serviços de outra organização. Esse tipo de decisão administrativa, "comprar ou fazer", é, inclusive,

um bom indicador dos chamados "limites organizacionais".

Do exposto, conclui-se que a coordenação leva à divisão de tarefas. Essa divisão se dá muito em função dos diferentes grupos profissionais envolvidos na assistência à saúde. Claro está com esta diferenciação ampla tanto o campo de atuação quanto a perspectiva de análise. É papel da organização a integração entre estas diferentes funções; o papel do administrador, por sua vez, é manter o equilíbrio entre diferenciação e integração.

5. AÇÃO – PROCEDIMENTOS, REGRAS E REGULAMENTOS

Qualquer organização define regras de comportamento próprias para atingir objetivos por meio de atividades coordenadas.

a) *A organização formal.* O organograma define, visualmente, relações hierárquicas e departamentais. Nesse contexto, relações informais se desenvolvem. Este fato é um elemento poderoso para explicar comportamentos.

Em instituições de saúde é freqüente que os organogramas tenham pouco poder de explicar situações, devido às inúmeras categorias profissionais envolvidas no atendimento ao paciente. Como, realmente, nessas áreas há margem para uma compreensão distorcida, aplica-se melhor o organograma para as áreas ditas de apoio, seja técnico, clínico ou administrativo, como nutrição e dietética, laboratório, lavanderia etc. Existem, também, diferentes formas de organização possíveis: mais ou menos centralizadas por produto, por função etc. Isto permite que grupos organizados sejam utilizados na coleta de informações, em negociações e em tarefas de coordenação.

Para se definir, formalmente, quais os profissionais que são parte da organização a folha de pagamentos pode ser um bom parâmetro, embora não seja universal. Em alguns hospitais de corpo clínico aberto, por exemplo, usualmente os médicos são pagos por serviço como autônomos; mesmo assim, os membros definidos como pertencentes a uma dada organização se submetem a regras ou adaptam seus comportamentos em troca de algum tipo de benefício. Os pacientes não costumam ser considerados membros da organização, embora sua influência na estrutura social informal seja importante (especialmente se forem levadas em conta as instituições para pacientes crônicos, asilos etc).

Manuais de procedimentos existem em algumas organizações e não refletem, realmente, os comportamentos, mas podem ser um bom indicador do papel que a organização desenvolve ou se propõe desenvolver. Há organizações onde esses manuais não existem, ou são desatualizados, ou ainda têm abrangência limitada. Mesmo assim, podem ter seu valor na racionalização do trabalho e/ou busca de um consenso entre funcionários. Por sua vez, as regras e os regulamentos têm diferentes modos de utilização possíveis. Às vezes, permitem aos membros da organização participarem da definição deles (regras e regulamentos); outras vezes, seu cumprimento é exigido em função da remuneração. Observa-se, clara-

mente, que a concordância de objetivos é fundamental para o esquema participativo. Em instituições de assistência à saúde deveria ser mais fácil obter essa concordância, pois o compromisso de fornecer bons serviços parece compartilhável. Há que se lembrar que o papel do administrador, muito mais que de criar regras, é de reduzir dificuldades no cumprimento de tarefas.

b) *A organização informal é, ao mesmo tempo, uma resposta à organização formal e uma expressão de comportamento além dos limites da preocupação da organização formal.* É, no mínimo, esperado que pessoas, trabalhando juntas, conversem sobre assuntos extra-profissionais, desenvolvendo-se, assim, todo um sistema de simpatias e antipatias, padrões de comportamento e mesmo alguns "rituais" que podem auxiliar, se opor a ou ser totalmente irrelevantes frente aos objetivos organizacionais formalizados. Esses contatos podem se dar tanto no interior de um grupo que trabalhe junto, quanto extrapolar os limites desse grupo. Num hospital, onde a organização estrutural é menos importante que a organização funcional pode-se sentir, com alguma clareza, a influência desse modelo, ainda mais lembrando que o ambiente tende a gerar ansiedades e, conseqüentemente, a facilitar relações informais.

As redes de comunicação são fáceis de se observar e se descrever. Essas relações podem ser desenvolvidas, mas é uma hipótese facilmente comprovável o fato delas se desenvolverem freqüentemente seguindo a distribuição espacial dentro da instituição. A partir desses relacionamentos emergem lideranças com relativa freqüência, que podem, novamente, auxiliar, se opor a ou ser totalmente irrelevantes frente aos objetivos organizacionais formais.

c) *A distribuição de poder.* Poder, como conceito, é muito mais facilmente identificado – correta ou incorretamente – do que comprovado. Assim, quando um superior observa um subordinado executando uma tarefa de modo não-usual, porém eficaz, e recomenda que ele seja imitado – de quem é o poder? O poder é técnico ou hierárquico?

É comum perguntar-se "quem é poderoso?", ou "quem está, hoje, detendo o poder?" No entanto, a resposta pode ser enganosa, já que quando se supõe que alguém detém o poder, essa pessoa passa a ser acatada. Conceitos como hierarquia, centralização, descentralização, participação na tomada de decisões e resistência à mudança estão intimamente ligados à distribuição do poder.

Dentro da estrutura burocrática, existe a idéia de que poder e autoridade são definidos pela posição da pessoa dentro da organização. Assim, uma organização pode ser vista como um modo de distribuir poder por meio da delegação da autoridade. No entanto, se é válida a premissa de que em serviços de saúde a estrutura organizacional não representa o funcionamento da instituição, é muito mais justificado se considerar como fonte de poder o acesso à informação, às relações, o tráfico de influência e o prestígio profissional, que por sua vez, são fortemente relacionados ao potencial catalisador de indivíduos ou até a seu carisma. Sabe-se, também, que as pessoas não são iguais, biológica, psicológica e culturalmente falando. Há casos, no entanto,

em que funcionários de uma organização acabam por desempenhar papéis em função do ambiente interno.

6. RECURSOS FINANCEIROS

Importante para a compreensão até dos objetivos de um serviço de saúde é a detecção de suas fontes de recurso: fundos públicos, seguro saúde, previdência social, clientela particular. Os acordos e/ou os contratos, por vezes o planejamento inicial de uma instituição, permitem verificar "para onde" esta instituição se dirige e como provavelmente irá funcionar.

É claro que a compreensão da organização passa pela análise de suas condições financeiras. Retomando a nomenclatura de saúde, o conceito de homeostase, ou auto-regulação, pode ser aí aplicado. A sobrevivência da organização depende de um certo equilíbrio entre entradas e saídas de recursos financeiros, que irão servir para manter a estrutura física, manter ou desenvolver tecnologia e até pagar os recursos humanos envolvidos. Embora isto seja considerar ainda as necessidades básicas de segurança pessoal, muito da motivação dos funcionários está ainda em função da satisfação de necessidades de subsistência, ou seja, puramente salariais. Num segundo momento, a satisfação pessoal e/ou a atualização podem ser contempladas, a partir de tecnologia incorporada. A dependência dessas variáveis frente aos objetivos da organização e dos recursos financeiros disponíveis é clara. O papel do administrador, aí, é de tentar manter esse equilíbrio, ou seja, fazer com que a satisfação do funcionário em pertencer à instituição seja maior que o descontentamento, combinando todas as variáveis anteriores.

7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Uma estrutura hierárquica formal necessita também de sua auto-regulação ou seu *feedback*. Só assim o administrador poderá reconhecer os acertos e os erros de suas ações frente à consecução dos objetivos organizacionais, conforme mostra a figura 1.

Existem, também nas organizações hospitalares, as mais distintas fontes de informação, desde a observação direta até um sistema formal de transporte e conversão de informações, passando por toda a rede informal. Estudos de produção de áreas, não diretamente relacionadas com a prestação de assistência, podem fornecer dados e/ou informações de fundamental complementariedade frente às atividades-fim de qualquer serviço de saúde.

A avaliação, baseada num sistema de informações, necessita de padrões quantificados facilmente conseguíveis para cada instituição. Nesse tipo de abordagem tem-se que o sistema orçamentário é um elemento-chave na avaliação, se for comparado o orçamento de cada unidade à sua produção. A estimativa do custo do paciente/dia pode ser facilmente melhorada, uma vez que as informações produzidas nos chamados Serviços de Arquivo Médico e Estatística (Same) sejam confron-

tadas com as "informações administrativas" e, finalmente, com o sistema de apropriação de custos.

Relatórios de atividade podem incluir desde o número de consultas e de pacientes/dia até a classificação sócio-econômica dos pacientes; desde o número de atividades geradas por consulta ou internação até o número e qualificação dos funcionários; desde a ausência de funcionários até a satisfação de pacientes. Deve-se ter mente, no entanto, que algumas dessas informações têm que ser coletadas de maneira mais rotineira e sistematizada que outras. É, de qualquer forma difícil verificar até que ponto essas informações obtidas permitem avaliar quanto perto se chegou dos objetivos da organização: o número de pacientes atendidos, realmente, não tem uma ligação direta com a melhora do estado de saúde de uma comunidade.

8. PROCESSO

a) Que tipo de produto ou de serviço é produzido pela organização? Qualquer organização pode ser vista como uma coordenação de trabalho e capital ou de pessoas e objetos para se chegar a algo.

b) Como o produto ou serviço é produzido?

O exemplo de uma cirurgia, considerada como uma variedade de tarefas interrelacionadas e seqüenciais, pode ser citado para ilustrar os diferentes modos de se prestar um serviço.

Uma única afecção pode ser tratada pelos métodos *A*, *B* ou *C* ou pela combinação dos três. Pacientes semelhantes podem receber terapias distintas dependendo de seus médicos, da unidade do hospital onde vai ser tratado e do próprio hospital, e essas diferenças podem influenciar os custos e os resultados obtidos. Em assistência à saúde já há alguns padrões de avaliação definidos; sua universalidade é discutida, mas há critérios mínimos quanto a se o exame *x* permite diagnosticar a afecção *y*, se a terapêutica *A* é realmente eficaz para a afecção *B*. A não-universalidade dos padrões permite diferenciar a prestação de assistência à saúde da preocupação administrativa, onde se trabalha mais com satisfação do consumidor ou com resultados financeiros. Muitas vezes, o processo é avaliado mais em termos de eficiência do que de eficácia, inclusive devido à dificuldade de medir esta última. Realmente, o custo do paciente/dia é muito mais fácil de ser dimensionado que o custo pela qualidade agregada a anos de vida salvos.

Como em qualquer sistema, o processo de produção pode ser dividido em *inputs*, processo e *outputs*. Em serviços de saúde é comum os *outputs* em função de internações, pacientes/dia, consultas, alunos graduados etc. Novamente, deve ser lembrado que esses indicadores são os de fácil mensuração; não devem ser confundidos com os *outputs* desejados, ou seja, os de melhorar a qualidade e quantidade de vida, alívio da dor e da ansiedade, conforto etc., que são, freqüentemente, muito difíceis de quantificar, contar e até definir. Uma razão importante para isto é que muitos fatores extra-saúde afetam a qualidade e a quantidade da vida. É por isto que se faz a distinção entre assistência médica (a equipe de

saúde, hospitais, centros de saúde, medicamentos etc.) e assistência à saúde. Esta última inclui também nutrição, ambiente, educação, lazer etc., sendo inegável a influência desses fatores na saúde. Fica clara, então, a indefinição de limites entre os diferentes serviços ditos sociais e a assistência à saúde.

É comum fazer-se uma distinção entre o *output* (paciente/dia) e efeito (melhora na saúde) e entre eficiência (custo por paciente) e eficácia (anos de vida salvos), visando enfatizar a diferença entre o que se conta e o que se quer. Compreender o processo de produção de uma organização é a chave para a compreensão da mesma.

9. MARKETING

a) Quem são os pacientes/clientes/consumidores? Quais são suas características: de onde vêm, quais suas doenças, suas idades, seu sexo, sua renda, seu local de emprego etc.

b) Acesso: os serviços estão disponíveis para quem deles necessita? Inclusive os pacientes da área rural, sem cobertura previdenciária?

c) Necessidade e demanda: é claro que a demanda depende de fatores tais como distância, preços, aceitação de serviços e outros.

Muitas vezes, os serviços comprados ou buscados pelos pacientes não correspondem àqueles produzidos pela organização. Pacientes podem buscar segurança, alívio da dor, e o hospital pode oferecer cirurgia de bom nível. Não necessariamente as duas coisas representam o mesmo, e a compreensão dessas diferenças, caso existam, pode ser importante na avaliação da satisfação do paciente, faltas a consultas, reclamações etc.

d) Preços: há organizações que cobram diretamente por serviços. Outros funcionam por pré-pagamento. De todo modo, algum tipo de esforço é requerido do paciente, somente para chegar ao médico, mesmo que seja apenas o medo da atmosfera do hospital.

e) Informação: como as pessoas tomam conhecimento dos fornecedores? Que tipos de informações estão disponíveis (localização, horário de funcionamento, tipo de serviço etc.)?

Pode ser que o paciente tenha uma teoria sobre terapias diferente da assistência tradicional; portanto, sua utilização dos serviços será muito pequena, senão nula. Assim, poder-se-iam utilizar programas de educação, propaganda e sistemas de referência entre serviços.

10. RECURSOS

Pode-se considerar como capital desde os equipamentos, o material, os edifícios, a planta física, o terreno, até reputação, prestígio e boa-vontade.

O pessoal da organização, ou seu recurso humano, é um dos indicadores para definir tamanho e complexidade

de organizacional. A administração de recursos humanos, então, deveria ser considerada como parte especializada da administração, incluindo entre suas atribuições sistemas de cargos e salário, recrutamento e seleção, educação e treinamento em serviço, controles e avaliação. Há casos em que relacionamentos com sindicatos e/ou associações de classe passam a ter grande importância na administração de recursos humanos, e esse aspecto não pode ser desconsiderado hoje após uma simples análise do ambiente da área de saúde no Brasil.

11. AMBIENTE

As organizações, como parte de um supra-sistema ambiental, não podem ser analisadas à parte do ambiente.

a) *Restrições*. A história pregressa da organização pode ser um bom preditor de suas tendências futuras. Por outro lado, as organizações são limitadas por diversos outros fatores: a tecnologia existente/utilizada (sendo que a maioria dos hospitais tem facilidade de incorporação de tecnologia mais recente), a legislação, o sistema de mercado, o sistema educacional, que define a força de trabalho disponível, a cultura e os valores (tanto da clientela quanto dos membros da organização) e, finalmente, os recursos da sociedade, que são investidos no setor saúde de modo diferente de país para país.

b) *Adaptação*. As características organizacionais podem ser vistas como uma adaptação ecológica ao ambiente. Considerando as alterações do ambiente, há organizações que têm mais facilidade que outras para mudar.

Entre as condições que podem levar a mudanças encontram-se lideranças emergentes, adaptação de tecnologia como uma técnica de previsão do futuro, levando em conta as possíveis adaptações potencialmente necessárias frente às variações ambientais previsíveis.

12. DINÂMICA DO SISTEMA

O papel do administrador requer a compreensão das inter-relações entre todos os componentes descritos em separado. Cada componente, assim como cada parte do corpo humano, se inter-relaciona com os outros e depende destes a visão global da organização.

13. CONCLUSÃO

Feito um esquema básico de análise do comportamento organizacional em serviços de saúde, observa-se que não é difícil a compreensão das diferenças fundamentais entre estes e as outras empresas.

A vivência da área tenderá a mostrar que "cada caso é um caso", como sempre, seja em saúde, seja em administração. No entanto, este modelo — de grande componente empírico — se mostra de utilidade na compreensão do funcionamento das organizações de saúde.

Um componente que dificilmente poderá ser apreendido sem a vivência é justamente o grande divisor de águas entre a área de saúde e a área empresarial, privada ou pública: a grande quantidade de profissionais, e as diferentes relações que podem se estabelecer entre os membros da equipe de saúde, sem perder de vista as necessidades da clientela. E aí que, a partir do real conhecimento da área, será possível compreender as peculiaridades que fazem da administração de saúde uma "arte", para não dizer "ciência", distinta da administração propriamente dita.

* Este artigo é versão traduzida e atualizada do material preparado pelos autores para o Seminário sobre Ensino das Ciências de Comportamento Organizacional para Profissionais de Saúde, patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 1981.

BIBLIOGRAFIA

Bates, A. M. G. *Método de perfis de complexidade para determinar níveis de atenção em estabelecimentos hospitalares*. São Paulo, EAESP/FGV - Proahsa, L-20, s.d.p. mimeogr.

Chaves, M. M. *Saúde e sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978.

Evans, J. R. *Measures and management in medicine and health services*. New York, The Rockefeller Foundation, 1981.

Kovner, A. R. & Neuhauser, D. *Health services management*. Michigan, Health Administration Press, 1978.

Machline, C; Bates, A.G. & Silva, L. F. V. Uma nova forma de organização hospitalar. *RAE*, Rio de Janeiro, FGV, 21 (4): 7-19, 1981.

Schulz, R. & Johnson, A. C. *Administração de hospitais*. São Paulo, Pioneira, 1979.

Sonis, A. *Medicina sanitaria y administracion de salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1981.



Obras da FAO

- Agricultura
- Produção e proteção vegetal
- Produção e saúde animal
- Pesca
- Alimentação e nutrição
- Desenvolvimento econômico e social



São alguns dos temas dos livros e periódicos da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação — FAO, agora também na Fundação Getúlio Vargas.

Solicite catálogo.

Visite as livrarias da FGV.

E peça pelo Reembolso Postal à:

FGV/Editora
Divisão de Vendas
Caixa Postal 9052
20.000 - Rio de Janeiro - RJ