



FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - FASA

CURSO: ADMINISTRAÇÃO

ÁREA: GESTÃO HOSPITALAR

A FORMAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR

BRUNO LENGLER CRESCENTE

RA: 2045012/1

PROF. ORIENTADOR: GILBERTO GOMES GUEDES

Brasília/DF, maio de 2007

BRUNO LENGLER CRESCENTE

A FORMAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR

Monografia apresentada como um dos requisitos para conclusão do curso de Administração do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof. Orientador:

Gilberto Gomes Guedes

Brasília/DF, maio de 2007

BRUNO LENGLER CRESCENTE

A FORMAÇÃO DO GESTOR HOSPITALAR

Monografia apresentada como um dos requisitos para conclusão do curso de Administração do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof. Orientador:

Gilberto Gomes Guedes

Banca examinadora:

Prof(a). GILBERTO GOMES GUEDES
Orientador(a)

Prof(a). MARCELO GAGLIARDI
Examinador(a)

Prof(a). LUIS ANTÔNIO PASQUETE
Examinador(a)

Brasília/DF, maio de 2007

RESUMO

De acordo com a história dos hospitais, é comum que médicos estejam encarregados da administração hospitalar. Esse trabalho foi realizado com a intenção de concluir se o médico gestor é capaz de gerir os hospitais tão bem quanto os administradores, para isso, é feito um levantamento de dados por meio de pesquisa bibliográfica, relativo ao perfil do curso de administração e medicina, seguido da comparação entre os administradores e médicos, considerando os pontos fortes e fracos de ambos profissionais. Analisando esses dados e utilizando o método dedutivo, observa-se que existe relevância no aprofundamento do conhecimento administrativo dos gestores hospitalares, assim sendo, o administrador de empresas tem um potencial maior para execução de tarefas administrativas em relação ao médico gestor.

Palavras Chave: Administração. Médico Gestor. Gestão Hospitalar.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	EMBASAMENTO TEÓRICO	7
2.1	FORMAÇÃO ACADEMICA	7
2.2	PERFIL DO MÉDICO	7
2.3.1	PERFIL DO ADMINISTRADOR	9
2.3.2	READMINISTRAÇÃO	10
2.3.3	ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA EM HOSPITAIS	17
2.4	MÉDICO X ADMINISTRADOR	19
3	METODOLOGIA	21
4	DISCUSSÃO TEÓRICA	23
5	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a história dos hospitais, é comum que médicos estejam encarregados da administração hospitalar, principalmente na rede pública, essa atuação fora da sua formação pode ser explicada pela vontade do médico em querer crescer dentro da organização ou adquirir novos conhecimentos em outras áreas. O problema levantado nesse trabalho é se esses médicos conseguem trabalhar tão eficientemente quanto os administradores, e se a falta de conhecimento administrativo mais profundo pode ser compensado por outros fatores tais como; o *know-how* do funcionamento dos hospitais; ou conhecimentos administrativos adquiridos empiricamente conciliados com a vocação natural à administração.

O objetivo geral desse trabalho é analisar se a formação acadêmica dos gestores hospitalares pode influenciar no desempenho desse cargo entre um profissional formado em administração de empresas e outro em medicina. Para alcançar esse objetivo geral, temos como objetivos específicos analisar o perfil do curso de administração de empresas, analisar o curso de medicina, para então comparar o administrador e o médico, chegando a conclusão se há diferenças no modo de gestão dos dois profissionais.

A justificativa para realização desse trabalho é possibilitar maior entendimento da influência acadêmica no desempenho das funções administrativas, a utilização ao máximo do potencial dos gestores hospitalares e a repercussão benéfica na sociedade gerada pela excelência na gestão dos hospitais.

O tipo de metodologia para coleta de dados é a pesquisa bibliográfica, para depois comparar os dados levantados com método dedutivo para então concluir se a formação acadêmica tem relevância no desempenho da função.

O trabalho está dividido em 5 partes: Introdução, desenvolvimento, metodologia, análise dos dados e conclusão.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 FORMAÇÃO ACADÊMICA

A formação acadêmica oferece novos conhecimentos e maneiras de lidar com eventuais problemas, mas não se limita a isso, tem papel importante na formação de valores, caráter e integração social. “Educação que proporciona qualidades permanentes e dinâmicas que enriquecem na linha do agir e do fazer, que exige esforço e persistência, para uma ação mais lúcida, mais ágil e pessoal.” (LUSSARI; SCHIMIDT, 2003, p.14)

Se a formação tem reflexos nas características do próprio homem, é possível deduzir que existem diferenças entre o médico, que é formado para diagnosticar problemas e então corrigí-los, e o administrador, que tenta prever situações para tirar o máximo proveito possível antes que vire um problema.

Observando os cargos administrativos em hospitais, é possível notar que muitos profissionais que atuam neles não são formados especificamente em administração, mas atuam nessa área por conhecer o ramo da organização em que trabalham, ou seja, possuem o *know-how* necessário para se adaptarem e crescerem profissionalmente. De acordo com Lussari e Schmidt:

É indispensável ao homem apropriar-se dos recursos e meios disponíveis no mercado para coferir-lhe um novo perfil profissional, sem, contudo menosprezar os fins educacionais. Esses consistem em auxiliar a pessoa a crescer na sua humanidade mais plena, na realização e atualização das suas potencialidades mais elevadas, isso é, ajudar o homem a tornar-se pessoa, ou seja, cidadão. (LUSSARI; SCHIMIDT, 2003, p.13).

2.2 PERFIL DO MÉDICO

Para entender o perfil do médico, é necessário saber a razão das pessoas escolherem a medicina. Para Blaya (1972) *apud* Ramos-Cerqueira e Lima:

(...) ser médico sempre foi (...) uma das escolhas mais estranhas como vocação, pois implica o desejo de estar sempre próximo ao sofrimento e à morte, contingências tão temidas pelo ser humano (...) é antes de tudo uma curiosidade e um desejo, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doente em nós mesmos. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.3).

Conforme Ramos-Cerqueira e Lima (2002), no artigo “A formação da identidade do médico”:

As motivações que levariam jovens adolescentes a uma opção profissional tão relacionada à dor, sofrimento e morte, pertencem a dois níveis: conscientes e inconscientes. Do ponto de vista das motivações conscientes - muitas vezes expressas por estudantes -, as mais apontadas são: o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem, a atração pelo dinheiro, a necessidade de ser útil, a atração pela responsabilidade ou pela reparação, o desejo de uma profissão liberal e a necessidade de segurança. As razões inconscientes, por outro lado, são muitas vezes impensáveis para os estudantes, particularmente quando colocam em xeque seus valores morais. Rocco (1992, p.49) apontou algumas destas motivações: “identificação maior ou menor com os pais, o que o leva a preservar e continuar seus valores”; “desejo de expiar impulsos agressivos - desejo que se manifesta pelo ato de curar, como reparação da agressividade”; “curiosidade inconsciente de conhecer o corpo da mãe”; a “negação da morte”. A partir do processo analítico de médicos e estudantes, são identificados desejos de ver e saber sobre sexo e morte, sobre os tabus que a profissão lhes permite transgredir. O desejo consciente de ver e saber é a manifestação compartilhada daquele mesmo desejo, arcaico e reprimido, de responder às questões angustiantes sobre o sexo e a morte. O desejo de reparar, por sua vez, pode ter origem na reparação da agressividade inconsciente, dirigida às figuras parentais durante as primeiras experiências de individualização e reconhecimento; pode também pretender reparar a própria ferida narcísica: as perdas, a incompletude, a inferioridade. O desejo de poder, além do poder real, poderia estar refletindo o desejo de onipotência frente à angústia de lidar com a falta da mãe, transformando-se em desejo de onipotência sobre a doença e a morte. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.3).

Analisando essas afirmações, é perceptível que certas características estão de acordo com a administração, tais como a atração pelo dinheiro, necessidade de ser útil e o prestígio social. Mas em grande parte as motivações para essa carreira não são necessariamente compatíveis com a profissão de administração.

O médico não é somente um profissional da saúde que trabalha no tratamento e prevenção de doenças, ele desempenha papel social muito forte, de acordo com Mouzinho:

O médico não se limita à consulta médica. Suas ações podem incluir a participação em reuniões de moradores, a promoção de discussões acerca dos problemas da comunidade e a oferta de soluções. Com a missão social de educar, cabe ao médico o papel de ‘guardião dos valores sociais’, que por sua vez são marcados por uma perspectiva específica de cidadania e de direitos(...) (MOUZINHO, 2003, p.4).

Levando em consideração o papel do médico, é possível entender porque existe resistência em ver hospitais como empresas, e que margens de lucro são aceitáveis e podem significar novos investimentos, pois a própria formação acadêmica do médico é voltada à assistência da saúde, e não redução de custos e planejamento:

Partimos do pressuposto de que a educação médica, e por conseguinte a universidade, tem o papel de formar médicos que atendam às necessidades de saúde da população. Essa formação deve incluir tanto a visão humanista, o compromisso social, quanto a habilidade técnica competente e atualizada.(...)(KOIFMAN,2004, p.4).

2.3.1 PERFIL DO ADMINISTRADOR

A profissão de Administrador é relativamente nova, foi regulamentada no Brasil em 9 de setembro de 1965. O perfil do administrador difere dos outros profissionais pela grande flexibilidade e abrangência de conhecimentos, o gestor deve saber um pouco sobre tudo, e especialização em certos tópicos.

A carreira de Administração apresenta uma peculiaridade em relação às demais profissões: assim como as relações econômicas, ela é dinâmica. Constantemente agrega novos campos de atuação ao seu escopo, o que dá maior flexibilidade ao currículo. Assim, todo profissional em Administração recebe uma formação básica e uma complementação específica, garantindo-lhe uma visão global e uma ênfase em um campo particular: planejamento, finanças, comércio exterior, marketing, recursos humanos, informática, logística e administração pública. (CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2005, p.1).

Uma diferença entre administradores e outros profissionais que desempenham funções administrativas é que os administradores possuem um grande conhecimento teórico sobre as funções administrativas e as ferramentas que ajudam no processo decisório, para poder então realizar decisões racionais e baseadas em dados e procedimentos metódicos, e não baseadas somente na intuição, o que é comum entre outros gestores.

As habilidades humanas consistem na interação com as pessoas e a capacidade de comunicar, coordenar, motivar, liderar e solucionar conflitos. É de extrema importância em todos os níveis organizacionais.

O administrador é treinado para desenvolver suas habilidades ao máximo, sem descartar uma ou outra, pela razão que elas influenciarão na adaptação do gestor em vários níveis hierárquicos, na identificação e solução de problemas, e nos processos decisórios.

Não existe um modelo de gestão que pode ser seguido em todas as situações, esse é o princípio da teoria situacional. Essa teoria diz que a implementação do modelo certo vai depender de fatores internos e externos da organização, tal como a cultura organizacional. Então o gestor deve escolher um modelo que se adapte a empresa. Levando isso em consideração, podemos entender a justificativa dos médicos em relação à resistência de administradores, de acordo com eles, os administradores não conhecem tão bem os hospitais quanto os profissionais da saúde, assim sendo não saberão utilizar o modelo certo por não conhecer o ambiente.

2.3.2 READMINISTRAÇÃO

Para o melhor entendimento do assunto, é necessário focar em uma teoria administrativa que represente os valores da nova administração. A ReAdministração é uma teoria recente, que traz uma nova abordagem de gestão de empresas e foi desenvolvida por brasileiros, logo, tem extrema relação ao ambiente atual no qual estamos situados.

Segundo Caravantes e Panno e Kloeckner(2005), o conceito da ReAdministração é:

uma maneira de gerir organizações; de um lado, organizações eficientes (produtivas), eficazes (que atinjam de forma sistemática e continuada os resultados planejados) e efetivas (que levem em consideração sua responsabilidade pública, cultivem a ética em seu desempenho) e, de outro, indivíduos satisfeitos e recompensados *com e pelo* que fazem (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.336).

Essa teoria se destaca das outras por juntar elementos de eficiência(meios), eficácia(fins) e adicionar o elemento da ética, representado pela efetividade. Tudo isso sem desprezar o fator humano, que é representado pelo pólo do indivíduo. A eficiência é uma das bases da ReAdministração. Os autores explicam o que é a eficiência:

O que desejamos em relação à organização? Em primeiro lugar, que seja eficiente, empregue com parcimônia os recursos que detém e não os desperdice e que opere com os custos mais reduzidos de que seja capaz. Quando falamos em aumento de eficiência, estamos pensando em redução de custos, diminuição do tempo nas operações e maior produtividade, o que permitirá ampliar os mercados consumidores. Essa era a idéia de Henry Ford, que imagina que cada norte-americano deveria ter seu meio de locomoção pessoal e que, portanto, o preço de venda de seu automóvel deveria ser reduzido por meio da racionalidade dos meios(leia-se eficiência)(...) esse é o conceito clássico de eficiência, que está embutido na ReAdministração. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.336-337).

Para os criadores da teoria, a eficácia está ligada aos objetivos e ao ambiente externo, mais especificamente a clientela:

Já o conceito de eficácia está ligado à consecução dos objetivos pretendidos. Somos eficazes na medida em que realizamos o que nos propomos a realizar. Exemplificando: nos dispomos a ganhar uma partida de futebol, e ao término do segundo tempo, nosso score é superior ao do adversário. Da mesma maneira que eficiência está ligada aos meios, a eficácia está ligada aos fins. Falar em eficácia é deslocar a atenção dos aspectos internos e procurar centrá-la nos externos, no ambiente e, especialmente, no que de mais relevante lá se encontra: a clientela, recebedora dos produtos e serviços. Ainda é muito comum nesta época turbulenta em que vivemos, encontrarmos organizações quase inteiramente voltadas para seus aspectos internos, de racionalidade e eficiência, enquanto sua clientela pouca atenção recebe.(...) esta é a segunda preocupação da ReAdministração: a busca impenitente de resultados centrados na clientela. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.337).



Figura 1: Fonte: Vértices da ReAdministração (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.336)

O último conceito abordado pelo vetor da organização é a efetividade, adicionando um novo elemento à teoria, o da ética:

Por fim, quando falamos em efetividade ou em organizações efetivas, estamos centrando nossa atenção em aspectos éticos, em responsabilidade pública. Que devem ser eficientes e eficazes, quase ninguém mais duvida (mesmo que isso seja ainda privilégio de algumas organizações). Entretanto, quando falamos em ética, ainda discutimos se o empresário pode ou mesmo deva ser ético, especialmente em um país como o Brasil, onde os escândalos e os comportamentos abusivos e desonestos abundam(...) (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.337).

Para eles, a ética está fragilizada já que no Brasil:

Seria difícil discordar de que os princípios normalizadores e orientadores do comportamento humano em nossa sociedade estão em crise. A economia de mercado e o sistema econômico em que vivemos como que alijaram valores fundamentais ao convívio social: o bom cedeu lugar ao útil; o correto, ao funcional; o futuro, ao imediatismo; e o social, ao individualismo exacerbado. Nesse contexto, há uma verdadeira inversão valorativa: o honesto passa a ser visto como tolo, o real trabalhador é o “trouxa emérito” (afinal, alguém tem de fazer o trabalho duro) e o incompetente, mas bem-sucedido financeiramente, o “vivo”, passa a ser o exemplo a ser imitado. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.337).

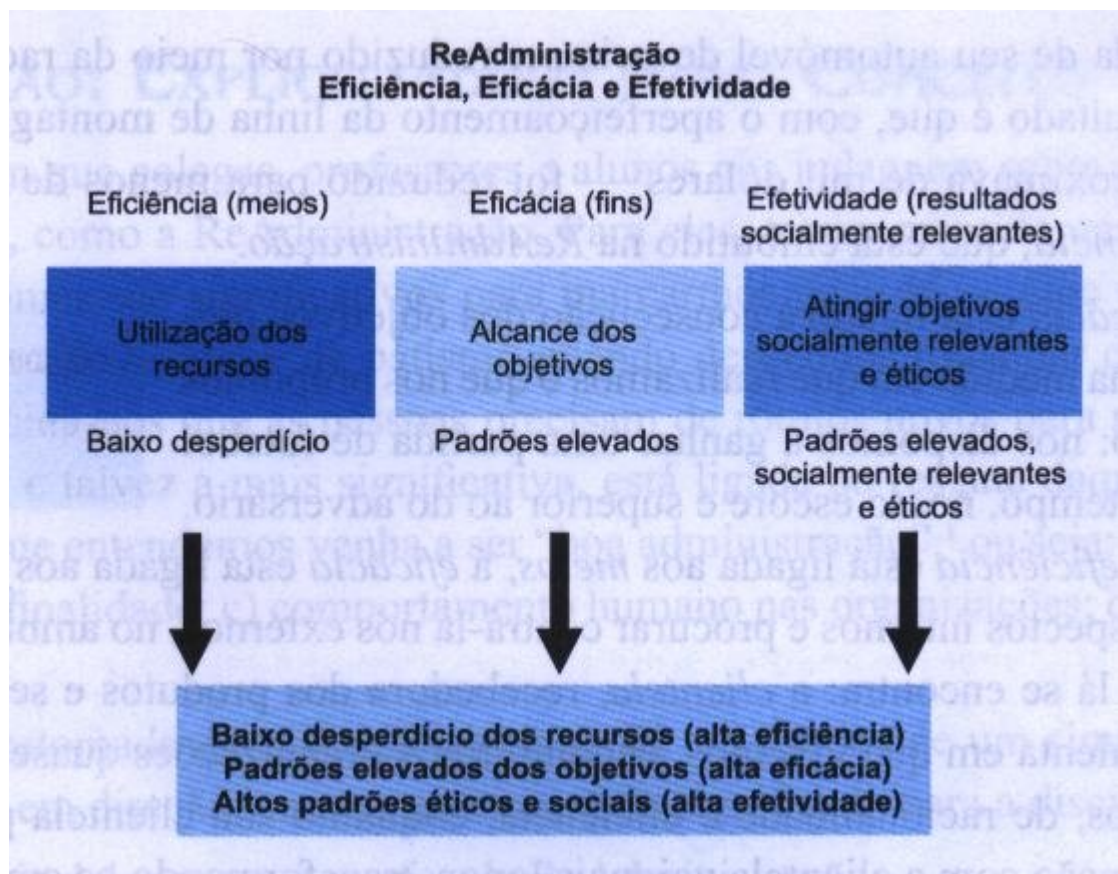


Figura 2, Fonte: Eficiência, eficácia e efetividade: contrastes e complementaridades. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.336)

Observando a figura 2, e pelos conhecimentos de ReAdministração abordados anteriormente, é possível fazer um paralelo com a gestão hospitalar, onde o papel social é tão importante quanto a eficiência e eficácia de um hospital. Sendo assim, o administrador tem que ter em mente que o hospital desempenha um trabalho social, e não é uma empresa que deve dar somente lucro e satisfazer os investidores. E a aplicação dessa teoria administrativa em um hospital seria uma boa maneira de conciliar a gestão com a responsabilidade social, sem desprezar nenhuma das partes.

Por ser um dos pontos principais e inovadores da teoria da ReAdministração, os autores aprofundam o significado e consequências da ética:

(...) a palavra ética vem do grego *ethos*, que significa *caráter*. Portanto ética não é apenas obediência a regras, mas diz respeito ao caráter pessoal do dirigente (e, por extensão, de sua empresa), a sua reputação e bom nome e, mais importante de tudo, a como ele se sente diante de si mesmo. Peter Drucker resume o significado da ética nos negócios como “poder olhar-se no espelho de manhã”(...) uma organização não ética, não efetiva, em um contexto que busca a estabilidade e o respeito a normas básicas para poder operar, tende a ser banida do mercado. Portanto, as consequências são claras e diretas; organizações não éticas são organizações suicidas. Senão no curto, mas já no médio prazo. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.337).

O outro vetor da ReAdministração é o do indivíduo, que consiste na busca pelo indivíduo feliz e atualizado. O primeiro pressuposto da teoria é a visão do homem como ser total. De acordo com os autores, a razão da existência das organizações é o próprio homem, logo, a finalidade dela é servir o mesmo:

Temos consciência de que as organizações sociais são criações da mente humana. O que muitas vezes se esquece é que sua finalidade básica é servir a esse mesmo homem, proporcionar-lhe aquilo que individualmente ele não poderia obter, seja em termos de sustento básico, seja em termos de uma vida plena. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.338).

O conceito de felicidade no qual os autores se referem é extremamente amplo, mas deve:

satisfazer suas necessidades básicas, de segurança, sociais e do ego. Mas não é só isso - também, e especialmente, suas necessidades de auto-realização e de autotranscendência. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.346).

O segundo pressuposto é a lógica fuzzy, que Treadwell, *apud* Caravantes e Panno e Kloeckner, define que:

os únicos subconjuntos do Universo que não são fuzzy são as construções da matemática clássica. Todos os outros conjuntos - conjunto de partículas, células, tecidos, pessoas, idéias, galáxia - contêm, em princípio, elementos de diferentes graus. Suas associações são parciais, graduais, inexatas,

ambíguas ou incertas (...) A associação gradativa de qualquer construção é uma questão de semelhanças e contrastes percebidos (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.347).

Sobre a lógica fuzzy, os autores escrevem também que:

A mente humana pode lidar muito naturalmente com a “lógica fuzzy”. Nossa maneira mais comum de lidar com os elementos contraditórios que demandam uma explicação lógica é usarmos o humor, e não precisamos olhar muito além do humor para termos evidência de que lidamos, fácil e regularmente, com as ambigüidades e com os desarranjos da lógica estrita, fazendo da incongruência uma brincadeira (...) quando pensamos na maneira natural com que fazemos centenas de julgamentos ou escolhas todos os dias, usando a “lógica fuzzy”, não deveria parecer tão fora do comum o fato de nós, comumente, usarmos partes e fragmentos de vários paradigmas explicativos para compreender/explicar uma determinada experiência. A mudança completa de paradigma pode ser difícil ou impossível, mas as mudanças significativas na percepção são causadas pela mudança de algumas partes do paradigma, especialmente aquelas que tiram conclusões rápidas para dar respostas às perguntas de percepção: O que é isso? Como isso funciona? (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.348).

A lógica fuzzy (2005) é a base do que os autores chamam de Paradigma da ReAdministração, onde eles escolhem:

alguns itens que pertencem ao conjunto chamado Reengenharia, alguns itens chamados Reinvenção, alguns itens dos conceitos e práticas administrativas mais antigos, testados e validados, e, dependendo do tempo(época), lugar(contexto), ambiente financeiro(mercado) e do clima organizacional(cultura), temos um conjunto paradigmático de preceitos úteis que pode ser pensado como um paradigma eclético. Ele precisa ser eclético e flexível para poder funcionar em muitos contextos e ambientes organizacionais diferentes. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p. 348).

As organizações precisam sempre ter em vista a evolução:

a época em que vivemos e os desafios que enfrentamos não permitirão que gerentes e líderes complacentes sobrevivam por muito tempo. Novas idéias, novas formas de fazer as coisas e, talvez o mais importante de tudo, novas maneiras de pensar sobre as coisas precisam ser avaliadas, adotadas, valorizadas e incorporadas ou rejeitadas para que a vida organizacional progrida.”(CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.349).

Aplicando essa lógica à gestão hospitalar, é perceptível que os hospitais devem inovar na gestão, e se de fato o médico gestor tiver deficiência dos conhecimentos teóricos de gestão em relação ao administrador, eles ficarão estagnados graças aos seus preconceitos e resistência a mudanças. Levando em consideração que grande parte dos conhecimentos administrativos que os médicos possuem são derivados de cenários já conhecidos (empírico), é possível deduzir que o campo de visão para mudanças seja afetado e restrinja a adaptação e evolução na gestão.

Ainda sobre a lógica fuzzy (2005), os autores resumem esse pressuposto com troca da lógica ou/ou por e/e. O que significa que as organizações devem variar e inovar, mas sem perder o foco e identidade da empresa (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

O terceiro pressuposto trata da racionalidade, que está dividida em dois tipos, a substantiva e a funcional.

Hoje concordamos que um indivíduo ou um sistema social, como uma organização, por exemplo, aprendem sempre que adquirem a capacidade para um novo comportamento. Entretanto, nossa sociedade organizacional parece ter desenvolvido uma total incapacidade para oferecer soluções criativas aos principais problemas com que nos defrontamos nesse novo século, enfrentando as situações surgidas de maneira inadequada, obsoleta ou insuficiente. A consequência disso é que os problemas vêm se acumulando, e um sentimento de desamparo e perplexidade tornou-se a característica principal de nosso mundo contemporâneo. Cremos que uma das maneiras de tornar mais claro esse cenário, em busca de alternativas válidas, é a análise da diferença existente entre racionalidade substantiva e racionalidade funcional, bem como suas implicações para a sociedade em que vivemos. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.349).

Sobre a racionalidade substantiva, os autores concluem que ela:

(...) está diretamente ligada à capacidade crítica que o homem tem para refletir sobre si mesmo e sobre suas ações. É exatamente essa capacidade de reflexão, auto-observação e avaliação da própria situação que permite ao homem estar constantemente se reorganizando e se preparar para enfrentar acontecimentos desconhecidos e imprevisíveis. É exatamente essa postura crítica que faz do homem não o produto, mas um participante crítico de um dado período histórico. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.350).

A racionalidade funcional está relacionada aos fins e o melhor meio para atingi-los. Para os autores, houve mudanças de valores nessa racionalidade, onde foi deixado de lado valores éticos pela funcionalidade:

(...) Essa racionalidade funcional, baseada em uma avaliação utilitária das consequências da ação humana, é desprovida de qualquer qualificação ética, pois se aplica à conduta somente na medida em que ela é reconhecida como meio apenas para atingir determinado objetivo. Meios e fins passam a ser o único ponto diferencial do comportamento humano. A aprendizagem, nesse contexto, passa a ser sinônimo da capacidade de se adquirir as técnicas e habilidades necessárias ao indivíduo para atingir um fim específico, qualquer que seja ele. Não nada de inerentemente errado, mas trata-se de uma abordagem incompleta, uma vez que as considerações de ordem ética não são levadas em conta na busca desses objetivos. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.351).

Para a ReAdministração, é necessário o balanceamento das duas racionalidades, tendo em vista que ambas são importantes no processo decisório, e o excesso de uma ou outra pode trazer problemas.

O último pressuposto da teoria é:

(...) o referente à nova visão da ecologia por ela cultivado. Se examinarmos “os sinais dos tempos”, isto é, o estado em que se encontra a humanidade, seus interesses e padrões de comportamento, poderemos notar a existência de duas forças opostas. De um lado, o desejo frenético e uma procura incansável por bens materiais, domínio sobre a natureza e sobre os outros seres humanos, acompanhados de agressão e violência, tanto individual como coletiva. Por outro lado, uma insatisfação com tudo isso, até uma certa revolta contra tudo, acompanhada de uma procura, consciente ou não, por valores diferentes mais elevados, um desejo pelo que é genericamente denominado “espiritual” ou “religioso”. (...) Esse desejo frenético de possuir e dominar, aliado às grandes mudanças sociais e tecnológicas, está se refletindo no aumento da deterioração do meio ambiente (...) O desperdício e a indução de novas “necessidades” constituem uma faca de dois gumes: se proporcionam crescimento à economia, aceleram geometricamente o consumo de recursos naturais e comprometem o ambiente e a saúde da população, com a poluição. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.352).

Ainda sobre o assunto, os autores da teoria acrescentam que:

A economia mundial avança em direção à era da qualidade de vida. Em vez de uma economia voltada para o ter, o mundo moderno está caminhando para uma sociedade que visa o ser. Nessa nova conjuntura, a gestão dos custos indiretos (desenvolvimento, pesquisa, logística, recursos humanos etc.) passa a ser mais importante do que a gestão dos custos diretos (matéria-prima, mão-de-obra empregada, energia etc.). (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.353)

Analizando a qualidade de vida citada, e levando em consideração que essa qualidade também tem relação com os cuidados do corpo, é dedutível que os hospitais deverão estar prontos para assumir a sua responsabilidade social e permitir que os desenvolvimentos em direção dessa qualidade de vida, dos seus pacientes e colaboradores, sejam alcançados com efetividade. Para isso, são necessários líderes capazes e que saibam gerir as empresas em diferentes cenários, para poder então prestar um serviço de qualidade, o que não é necessariamente encontrado atualmente em hospitais.

A principal diferença entre a reengenharia e a ReAdministração é o modo das duas observarem os funcionários. A reengenharia considera que todas as pessoas são dispensáveis e a desvinculação dos mesmos em relação à empresa é uma boa maneira de redução de custos, sem antes cogitar em outras possibilidades tal como o aproveitamento dessas pessoas. (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

Sobre a qualidade total:

(...)durante seu desenvolvimento, passou por várias fases. Começou com a garantia de qualidade orientada pela inspeção para um posicionamento sistêmico, promovendo a cooperação entre as diversas áreas. A qualidade ampliou seu escopo de atuação, iniciou dentro dos limites de um departamento e expandiu-se para a empresa como um todo(...) ao contrário da reengenharia, a Qualidade Total percebeu que os recursos humanos são parte importante da organização, tanto quanto a melhoria de processos, a conquista de clientes e de mercado, a melhoria contínua etc. Começou-se a falar em recursos humanos; agora se fala na necessidade de treiná-los, educá-los e motivá-los(...) a Qualidade Total vai além e demonstra uma legítima preocupação no que tange à qualidade de vida no trabalho, ainda que com menor intensidade à qualidade de vida do trabalhador, algo de maior amplitude(...) (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.353-354).

Os mesmos autores concluem o assunto com uma comparação entre a ReAdministração e a Reengenharia e Qualidade Total:

Embora tenhamos estabelecidos comparações entre a Reengenharia, a Qualidade Total e ReAdministração, a verdade é que tais contrastes não procedem e têm meramente um aspecto didático-pedagógico, e explicamos o porquê: entendemos que a ReAdministração, por sua abordagem holística, psicossocial, técnica e ecológica, é o todo, e sendo o todo pode incluir a Reengenharia e a Qualidade total, que são partes (usamos a expressão pode incluir porque é possível admitir que certas ações empreendidas sob o manto da Reengenharia, como o downsizing indiscriminado, puro e simples, sem preocupações pelo impacto social, não comunguem dos valores da ReAdministração e, portanto, não tenham nada a ver com ela). Ou, usando a linguagem da Teoria Geral dos Sistemas, a ReAdministração é o sistema, e a Reengenharia e a Qualidade Total são subsistemas da mesma (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.355).

2.3.3 ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA EM HOSPITAIS

Em seu artigo de administração estratégica em hospitais, Ana Maria Malik faz uma análise comparativa do processo de construção da administração estratégica em hospitais de Atlanta (EUA) e São Paulo (Brasil) sob a ótica de executivos dos respectivos hospitais. Um dos pontos interessantes nessa pesquisa é a maior presença de médicos em cargos executivos no Brasil e mais profissionais de administração e contabilidade em Atlanta. Para Malik, isso pode influenciar o modo de gestão e a maneira como se observa as metas da organização.

Os conceitos mais atuais apontam para administração e pensamento estratégicos, mas a prática, bem como os resultados do trabalho, apontam para um momento anterior. Talvez a formação heterogênea dos entrevistados (ou seja, a maior presença de médicos entre os brasileiros e

de graduados em administração e/ou contabilidade entre os norteamericanos) explique a maior familiaridade destes últimos com questões de gestão, avaliação e custos e o discurso mais voltado para a assistência – mais legítimo em nossa realidade - encontrado entre os brasileiros(...) (MALIK, 2001, p.64).

Outra diferença que pode ser observada entre os dois países é a percepção da sociedade em relação ao papel do hospital, o que pode justificar a presença de tantos médicos atuando na gestão de hospitais e a resistência aos profissionais de administração no Brasil. Se isso for correto, pode significar que o médico assume a gestão não necessariamente pela sua competência administrativa, e sim pelo seu papel social e por não tratar o hospital como uma empresa:

No Brasil, não é socialmente aceitável saúde ser tratada como negócio, hospital ser visto como empresa, médico ser tratado como funcionário. Os eufemismos vêm sendo introduzidos lentamente, com hospitais sendo entendidos como organizações, médicos chamados de parceiros, lucro aceitável como resultado. (MALIK, 2001, p.69).

De acordo com Malik, existem problemas no processo de planejamento e comunicação dos hospitais do Brasil:

Tentando realizar uma comparação entre os processos de planejamento conforme compreendidos pelos executivos brasileiros e americanos, há algumas diferenças a apontar. Entre elas, o fato de que, entre os brasileiros, em dois dos quatro hospitais entrevistados, não se verifica a explicitação dos objetivos estratégicos, visão, missão e valores. Isto quase com certeza se deve à diferença entre as culturas administrativas dos hospitais nos dois países e à difusão dos conceitos e técnicas estudadas. Esta característica tem impacto na forma pela qual estas variáveis são (ou não) disseminadas dentro das organizações: se não há clareza ou explicitação incontestes dos objetivos e das metas a alcançar, como divulgá-las e como cobrá-las? De fato, no Brasil problemas referentes a comunicação e a controle aparecem nos depoimentos com mais ênfase que nos EUA. (MALIK, 2001, p.70).

Essa constatação talvez seja observada como uma falha na gestão, pois o próprio conceito do planejamento estratégico trata de objetivos e meios para alcançá-los, e se nem mesmo a administração sabe quais são os objetivos ou como chegar até eles, os gestores não tem condições de implementar planos eficientes para melhoria dos hospitais. Para GINTER, *apud* Malik, administração estratégica é o:

“processo organizacional para identificar o futuro pretendido e desenvolver guias de decisão para alcançar esse futuro. O resultado do processo de planejamento estratégico é um plano ou estratégia” (GINTER, 1998, p.13).

Levando em consideração que o planejamento é uma das bases da administração, esse problema pode ser um reflexo da formação dos gestores, que aprendem a administrar na prática e em muitas ocasiões ignoraram as teorias

administrativas. A identificação de um problema na gestão pode ser reforçada pela afirmação de Malik:

(...) no Brasil se comenta a incipiente formação dos executivos hospitalares, de maneira geral, nesta área de conhecimento bem como da precária implementação dessas técnicas e de desenvolvimento de métodos gerenciais profissionais. (MALIK, 2001, p.5).

2.4 MÉDICO X ADMINISTRADOR

De acordo com Halisson de Lima Souza, estudante de administração na universidade federal do Amazonas, os médicos não estão preparados para assumir cargos administrativos, por não administrarem os recursos com eficácia:

Com relação a rede pública vemos uma realidade crítica (filas, mortes, abusos etc), uma das causas talvez seja a não formação administrativa desses gestores, que por falta de conhecimento, administram com ineficácia os recursos. Muitas vezes esses pseudo-gestores são médicos que por sua grande habilidade de especialistas são colocados em função de comando. O país já dá os seus primeiros passos rumo a profissionalização de gestores no sistema público de saúde, assim como já se mostra consciente da importância de uma formação diferenciada. (SOUZA, 2006, p.1).

Essa afirmação difere da opinião de Ricardo Kawamoto, *apud* Japiassu, diretor-superintendente do Hospital da Vila Maria, em São Paulo. “Não basta a experiência médica, mas também não adianta chamar um empresário sem passagem pelo universo hospitalar”. (JAPIASSU, 2003, p.2)

O maior problema que pode ser percebido na gestão de um hospital é a falta de conhecimentos administrativos dos médicos, o que dificulta o uso total e efetivo dos recursos que lhe são disponíveis. Por outro lado, o administrador inevitavelmente conhecerá menos de um hospital do que um médico, que está familiarizado com esse ambiente no qual está situado a mais tempo e a formação acadêmica foi direcionada aos hospitais.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2225, inserida pelo Ministério da Saúde em 05/12/2002, que estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde:

- 01 (um) responsável pela Direção Administrativa – Profissional de nível superior, preferencialmente com formação em: administração hospitalar ou administração, com curso de aperfeiçoamento em Administração Hospitalar, com no mínimo 180 horas/aula em instituição de ensino legalmente reconhecida. (PORTARIA nº 2.225, 2002).

A portaria GM/MS nº 2225 é a resposta a esse impasse entre médicos e administradores, quem desejar administrar um hospital deverá fazer uma pós-graduação em administração hospitalar, sendo assim os administradores conhecem o funcionamento dos hospitais, e os médicos adquirem conhecimentos teóricos administrativos. Essa visão pode ser reforçada pelo portal Hospitalar:

Os profissionais da saúde estão procurando se aperfeiçoar na área empresarial. É cada vez maior o número de profissionais, principalmente médicos, procurando cursos de especialização e pós-graduação nas áreas de gestão e administração hospitalar. Com a portaria 2225, de 6 de dezembro de 2002, que exige que os hospitais vinculados ao SUS (Sistema Único da Saúde) tenham na sua direção pessoas com especialização nesta área, o número deve crescer ainda mais (PORTARIA nº 2.225, 2002).

Para Ana Maria Malik, *apud* Japiassu, professora de Administração da Fundação Getúlio Vargas e diretora do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Prohasa),

é importante que o gestor obtenha respeito tanto no hospital que dirige quanto fora dele “O que ainda vemos muito é um certo preconceito dos profissionais de Administração quanto aos médicos que se especializam em gestão”. O contrário também é verdadeiro: doutores e outros costumam demonstrar muita resistência com relação a profissionais de Administração (JAPIASSU, 2003, p.4).

Edson Yamamoto, *apud* Hospitalar, autor do livro Os Novos Médicos Administradores, afirma que a vantagem de um médico especializado em administração hospitalar é poder observar um problema sobre as duas perspectivas, médico e administrador:

O médico gestor deve entender de negócios, metodologias e contextos completamente diferentes das matérias abordadas em medicina. A vantagem é que ele consegue enxergar o negócio pelos dois lados: tanto como médico, quanto como empreendedor (HOSPITALAR, 2003, p.1).

A busca por baixos custos e realizações de tarefas efetivamente resultou em uma quebra de paradigma dos hospitais em relação aos administradores, isso pode ser observado na terceirização de setores administrativos dentro de hospitais:

Hospitais, consultórios e clínicas não ficam fora da roda viva da competição e a terceirização, também para eles, é um recurso capaz de garantir a redução de custos e o alcance da excelência nos serviços prestados(...) O que talvez seja uma novidade nesse tema já não tão novo é o fato de que médicos responsáveis pela gestão de negócios de saúde estão cada vez mais obrigados a conhecer a terceirização do ponto de vista administrativo (UNIVERSO VISUAL, 2006, p.1).

3 METODOLOGIA

Esse trabalho é uma pesquisa bibliográfica que visa fazer uma comparação entre os médicos e os administradores para saber se os médicos estão tão aptos quanto os administradores para realizar a gestão hospitalar. Quanto aos objetivos, a pesquisa é descritiva. “(...) Na pesquisa descritiva é feita a descrição das características de uma determinada população, estudo descritivo de determinado fenômeno com suas variáveis.” (SANTOS, 2001, p.161)

Primeiramente foi efetuado um levantamento de dados, por meio de pesquisa bibliográfica, relativos ao perfil do curso de administração e medicina, seguido da comparação entre os administradores e médicos, considerando os pontos fortes e fracos de ambos profissionais. Para Santos(2001), a Pesquisa Bibliográfica:

(...) é feita com base em documentos já elaborados, tais como livros, dicionários, enciclopédias, periódicos, como jornais e revistas, além de publicações, como comunicação e artigos científicos, resenha e ensaios críticos(...)Ela se presta a qualquer tipo de estudo exploratório e à delimitação de assunto, tema ou problema de um estudo ou pesquisa. Necessária é a pesquisa bibliográfica para a elaboração de quaisquer tipos de trabalho acadêmico ou científico, tais como: tese, dissertação, monografia, artigo, comunicação, resenha ou ensaio científico(...) (SANTOS, 2001, p.161-173).

Após a obtenção de dados suficientes para alcançar uma conclusão satisfatória, os mesmos foram analisados para chegar a uma conclusão pelo método dedutivo, atingindo os objetivos gerais e específicos e respondendo ao problema.

Sobre os métodos de pesquisa, Santos(2001) define que:

A pesquisa se utiliza de métodos para alcançar afirmações que possam ser apresentadas como válidas. Entre os métodos de pesquisar estão os de abordagem e os de procedimento. Os métodos de abordagem se referem ao modo como são desenvolvidos os procedimentos no estudo dos fenômenos para chegar à verdade e se classificam em método dedutivo, indutivo, hipotético-dedutivo e método dialético. Já os métodos de procedimentos se referem à forma de proceder do estudioso em cada etapa da pesquisa e não sobre o plano como um todo. Os seus principais tipos são os métodos: histórico, comparativo, estatístico, funcionalista, estruturalista e monográfico ou estudo de caso. (...)Quanto aos métodos de abordagem que se dividem em dedutivo, indutivo, hipotético-dedutivo e dialético, situam-se no campo do raciocínio e da argumentação e se desenvolvem de forma lógica sendo extremamente racionais e caracterizados por procedimentos gerais. (SANTOS, 2001, p.166).

Como foi explicado anteriormente, o método adotado para a conclusão foi o dedutivo.

Sobre o método adotado, o dedutivo, Santos(2001) explica que:

As fases principais são a evidência, a análise, a síntese e a enumeração. Entre as áreas do conhecimentos onde pode ser usado estão a Sociologia, a Economia, a Matemática, a Lógica e a Física Teórica. Pode fundamentar estudos nas ciências formais e nas ciências da Natureza. O método dedutivo tem suas proposições enfocadas na situação geral para explicar as particularidades e chegar à conclusão da afirmativa. Ex.: Todo ser humano é racional – idéia geral. Sebastião e Maria são humanos – idéia particular. Logo, Sebastião e Maria são racionais – conclusão. (SANTOS, 2001, p.166).

Sendo assim, o trabalho consiste em analisar o perfil da medicina, o perfil da administração, e comparar o administrador ao médico, com seus pontos fortes e fracos, para deduzir qual dos dois tem o maior potencial de eficiência e então responder ao problema levantado no trabalho.

4 DISCUSSÃO TEÓRICA

Em relação à relevância da formação acadêmica e a educação:

(...) proporciona qualidades permanentes e dinâmicas que enriquecem na linha do agir e do fazer, que exige esforço e persistência, para uma ação mais lúcida, mais ágil e pessoal. (LUSSARI; SCHIMIDT, 2003, p.14).

Com base nessa afirmação, pode-se entender que a educação, e conseqüentemente a formação acadêmica, tem reflexos no próprio homem, sendo assim, é possível, e provável, que existam diferenças entre o modo de pensar e agir entre os profissionais de diferentes cursos. Como por exemplo, a visão sistêmica que está intrínseca na administração e leva esse profissional a ver a função da parte no todo, e o fortíssimo senso ético na medicina.

Analisando a formação do médico, pode-se observar que não existe uma preparação voltada para a gestão, pela razão que a administração não é a atividade-fim da medicina, mesmo assim, existe resistência na aceitação de administradores em hospitais, conforme pode ser observado por Malik, *apud* Japiassu: “(...)doutores e outros costumam demonstrar muita resistência com relação a profissionais de Administração” (JAPIASSU, 2003, p.4)

A conseqüência dessa resistência à profissão de administração, somado ao despreparo dos médicos gestores, pode levar a ineficiência do hospital, forçando os responsáveis pelo hospital a terceirizar o setor administrativo, o que pode ser visto como uma quebra de paradigmas: “(...)médicos responsáveis pela gestão de negócios de saúde estão cada vez mais obrigados a conhecer a terceirização do ponto de vista administrativo”(UNIVERSO VISUAL, 2006, p.1).

O principal motivo para essa resistência é provavelmente pelo papel social desempenhado pelo hospital e médicos. O que pode significar que os mesmos estão encarregados da área administrava não necessariamente pela superioridade em relação aos administradores, ou por conhecer o hospital, mas sim pelo seu papel social ser mais compatível com o da organização:

No Brasil, não é socialmente aceitável saúde ser tratada como negócio, hospital ser visto como empresa, médico ser tratado como funcionário. Os eufemismos vêm sendo introduzidos lentamente, com hospitais sendo entendidos como organizações, médicos chamados de parceiros, lucro aceitável como resultado. (MALIK, 2001, p.69).

A teoria da ReAdministração poderia ser uma boa solução para o problema do papel social, já que considera a importância da conduta ética e o papel social da organização, mas sem desprezar margens de lucro e redução de custos:

(...) estamos centrando nossa atenção em aspectos éticos, em responsabilidade pública. Que devem ser eficientes e eficazes, quase ninguém mais duvida (mesmo que isso seja ainda privilégio de algumas organizações). Entretanto, quando falamos em ética, ainda discutimos se o empresário pode ou mesmo deva ser ético, especialmente em um país como o Brasil, onde os escândalos e os comportamentos abusivos e desonestos abundam(...) (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p.337).

Malik, em sua pesquisa de planejamento estratégico, observa que o foco do discurso do médico é voltado a assistência, e não tão ligado a questões da gestão do hospital. Essa afirmação vai de acordo com a observação do perfil do médico:

(...)Talvez a formação heterogênea dos entrevistados (ou seja, a maior presença de médicos entre os brasileiros e de graduados em administração e/ou contabilidade entre os norteamericanos) explique a maior familiaridade destes últimos com questões de gestão, avaliação e custos e o discurso mais voltado para a assistência – mais legítimo em nossa realidade - encontrado entre os brasileiros(...) (MALIK, 2001, p.64).

Em contrapartida, a visão dos médicos gestores é de que não adianta chamar um empresário sem passagem pelo universo hospitalar (JAPIASSU, 2003). Mas também é possível concluir que não adianta ter um médico que não sabe gerir eficientemente os recursos que lhe são providos. Apesar de conhecer o universo hospitalar, o médico não possui a profundidade administrativa necessária para realizar decisões para situações que nunca vivenciou, já que grande parte do conhecimento nessa área é empírico. O administrador possui ferramentas providas da sua formação acadêmica, como a visão sistêmica, que pode acelerar o entendimento do “universo hospitalar” e seus processos.

5 CONCLUSÃO

Levando em consideração a completa diferenciação na formação acadêmica de ambos os profissionais - principalmente a falta de profundidade em conhecimentos administrativos dos médicos, o crescente número de médicos gestores que procuram cursos relacionados à administração, e a necessidade de terceirização administrativa de hospitais por parte dos médicos, foi concluído que existe relevância no aprofundamento do conhecimento administrativo dos gestores hospitalares.

Os pontos abordados pelos médicos são pertinentes, tal como a justificativa de que não adianta contratar um gestor sem conhecimentos hospitalares, mas é possível deduzir que é mais fácil que o administrador aprenda sobre o funcionamento de hospitais, já que dispõem de formação acadêmica voltada à visão sistêmica que facilitará esse processo, e conhecimentos de gestão de empresas derivados da sua formação, em relação ao médico, que aprende empiricamente a gestão hospitalar, normalmente pelo método de tentativa e erro, e mesmo que adquira esses conhecimentos práticos, ainda estará defasado em relação ao conhecimento administrativo, comprometendo decisões em cenários que não lhe são conhecidos ou na formulação do planejamento estratégico, outra razão é o consumo de tempo devido à necessidade de se manter atualizado na sua área principal, a medicina, que poderia ser usado para o enriquecimento dos conhecimentos e especialização nessa nova profissão adotada.

O principal motivo da resistência contra administradores que pode ser observada é por consequência do papel social desempenhado pelo hospital, mas a aplicação de teorias administrativas como a da ReAdministração poderiam ser muito bem sucedidas nesse contexto, pois valorizam os valores éticos e humanos, mas também possibilitam espaço para margem de lucro e redução de custos, o que pode significar mais investimentos para melhoria dos serviços prestados.

Os objetivos específicos foram atingidos no momento em que foi feita a análise da administração e medicina, assim como a comparação entre a atuação do médico e do administrador atuando na gestão hospitalar. Como resultado, foi possível concluir que existe diferença no modo de gestão dos dois profissionais, já que os administradores estão mais aptos a gerir um hospital. Sendo assim, atingindo o objetivo geral e respondido o problema.

O pesquisador está satisfeito com a realização desse trabalho e com a conclusão alcançada, e gostaria que houvesse continuação na pesquisa com a aplicação da teoria da ReAdministração por um administrador de empresas em um ambiente de gestão hospitalar, para comprovar empiricamente a conclusão desse trabalho.

REFERÊNCIAS

BLAYA, M. **Dinâmica de grupo em Psiquiatria**. Alter, n.3, 1972.

CARAVANTES, Geraldo R.; PANNO, Cláudia C.; KLOECKNER, Mônica C.
Administração: teoria e processos. São Paulo : Pearson Prentice Hall, 2005.

Conselho Regional de Administração de São Paulo, **Novo Perfil do Administrador**, 2005.

Disponível em: < <http://www.crasp.com.br/perfil.html>> Acesso em:15 março 2007

Hospitalar.com - o seu portal de negócios na saúde, **Especialização na área empresarial está em alta**. 2003. Disponível em:

< http://www.hospitalar.com/arquivo_not/not902.html> Acesso em: 5 abril 2007

JAPIASSU, Daniel. **Doutores sem jaleco**. 2003.

Disponível em: < <http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed09/reports1.htm>>

Acesso em: 23 março 2007

KOIFMAN, LÍlian. **O processo de reformulação curricular de duas faculdades de Medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa**. 2004.

Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista14/artigo2.pdf>> Acesso em: 8 abril 2007

LUSSARI, W. R.; SCHMIDT, I. T. **Gestão hospitalar: mudando pela educação continuada**. São Paulo: Arte e Ciência, 2003

MALIK, Ana Maria. **Administração Estratégica em Hospitais**. 2001.

Disponível em: < http://www.eaesp.fgvsp.br/AppData/GVPesquisa/P00263_1.pdf>

Acesso em:13 abril 2007

MOUZINHO, Gláucia Maria Pontes. **Os multiolhos do médico: cumprindo a missão**. 2003.

Disponível em: < <http://www.anpocs.org.br/encontro/2003/03gt16.htm>> Acesso em:6 março 2007

Portaria nº 2.225/GM de 5 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde.

Disponível em:

<http://www.crasp.com.br/grupos_de_excelencia/portaria_2225gm.htm>

Acesso em: 5 março 2007

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. **A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina**, 2002.

Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista11/artigo2.pdf>> Acesso em:22 abril 2007

ROCCO, R.P. **Relação estudante de Medicina-paciente**. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

SANTOS, Izequias Estevam dos, **Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica**, 3. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2001.

SOUZA, Halisson de Lima, **Administração Hospitalar: Médicos VS Administradores**. 2006. Disponível em:
<http://www.administradores.com.br/membros.jsp?pagina=membros_espaco_aberto_corpo&idColuna=1860&idColunista=6065> Acesso em:2 abril 2007

Universo Visual – A revista de oftalmologia, **ADMINISTRAÇÃO Em mãos de terceiros**. 2006. Disponível em:
<www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=0306&id_mat=1024>
Acesso em:25 abril 2007