

TEORIAS ADMINISTRATIVAS NA SAÚDE

MANAGEMENT THEORIES IN HEALTH CARE

TEORÍAS ADMINISTRATIVAS EN LA SALUD

Sônia Maria Alves de Paiva^I
Cristiane Aparecida Silveira^{II}
Elizabeth Laus Ribas Gomes^{III}
Maísa Crivellini Tessuto^{IV}
Nely Regina Sartori^V

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo revisar a influência das teorias administrativas na organização dos serviços de saúde, enfocando a qualidade da assistência, como subsídio para uma reflexão do processo de trabalho em enfermagem. Contextualizou-se a influência das principais teorias administrativas na organização dos serviços de saúde, a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema, seguida de uma leitura exploratória do material, bem como sua análise e síntese. Concluiu-se que, entre essas, as que exercem maior influência são as teorias *taylorista*, clássica, das relações humanas, burocrática e da qualidade total. Entretanto, apesar de suas contribuições, estas não contemplam as necessidades e subjetividades dos usuários e trabalhadores e não garantem a melhoria da qualidade do trabalho em saúde.

Palavras-Chave: Administração de serviços de saúde; administração; organização; modelo organizacional.

ABSTRACT: This study aims at evaluating the influence of management theories upon the organization of health services and quality of care. The main theories in the administrative organization of health services were placed in a context on the basis of a bibliographic review, followed by the analysis and synthesis of the reading material. Conclusions show *taylorism*, classical, human relations, bureaucratic, computing, and total quality theories as the most influential on the rank. However, despite their contributions, they fail to meet the subjectivities and the needs of the users and workers and do not ensure quality improvement of health care.

Keywords: Health services management; organization; administration, organizational models.

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo reflexionar sobre la influencia de las teorías de gestión en la organización de los servicios de salud, enfocando la calidad de la atención. Este es el contexto de la influencia de las teorías principales en la organización administrativa de los servicios de salud, a partir de una revisión de la literatura sobre el tema, seguida por una exploración del material, del análisis y de la síntesis de la lectura de la misma. Fue concluido que entre las teorías, ejercitando más influencia son la *taylorista*, clásica de las relaciones, burocrática, y de la calidad total. Sin embargo, a pesar de sus contribuciones, ellas no consideran las necesidades y las subjetividades de los usuarios y de los trabajadores y no garantizan la mejora de la calidad del trabajo de en salud.

Palabras Clave: Administración de los servicios de salud; organización; gestión; modelo de organización.

INTRODUÇÃO

As organizações de diversos setores estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços. Nesse contexto, um setor que se destaca é o da saúde, porque sua clientela deseja, cada vez mais, a satisfação de suas necessidades de saúde e de doença, com qualidade¹.

A gestão dos serviços de saúde tem sido enfatizada como um importante instrumento para se operacionalizar a construção de modelos de atenção em saúde que atendam essas necessidades.

A qualificação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) representa a síntese das aspirações e necessidades da população de uma atenção à saúde que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade e, principalmente, uma atenção eficaz, efetiva e humana, corpo de seus direitos de cidadania².

Para o desenvolvimento dos programas de qualidade e produtividade, é necessário um envolvimento de todos os trabalhadores no processo de gerenciamento, com vistas ao alcance dos resultados.

^IDoutora. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *Campus* Poços de Caldas. Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: paiva@pucpcaldas.br.

^{II}Doutora. Professora Adjunta III do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *Campus* Poços de Caldas. Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: casilve@yahoo.com.br.

^{III}Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: elaus@eerp.usp.br.

^{IV}Enfermeira da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas. Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: maisa.ata@bol.com.br.

^VMestre em Enfermagem. Professora Assistente III do Departamento de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, *Campus* Poços de Caldas. Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nely@pucpcaldas.br.

Entretanto, as alterações ocorridas na prestação de serviços de saúde, a exemplo da evolução tecnológica e das mudanças nas relações socioeconômicas, têm afetado significativamente os padrões de assistência e, conseqüentemente, as práticas de enfermagem.

A estrutura organizacional dos serviços de saúde acompanha as transformações da sociedade contemporânea e está centrado em modelos tecnoburocráticos de gerenciamento, pautada nas teorias administrativas, seguindo especialmente princípios da Administração Científica, da Escola Clássica e da Teoria da Burocracia.

As teorias administrativas na enfermagem têm influenciado, ao longo do tempo, a organização do trabalho da equipe no âmbito hospitalar, refletindo na produtividade e na qualificação da assistência de enfermagem, na integralidade do cuidado e na divisão de tarefas, evidenciando a complexidade do setor saúde e do trabalho de enfermagem³.

Atualmente, as práticas realizadas nos serviços de saúde passaram a ser consideradas produtos e, assim, passíveis de exigência de qualidade e, conseqüentemente, de serem submetidas a medidas avaliativas. Com a expansão dos serviços privados e a competitividade própria do mundo capitalista, esta exigência tornou-se notória, com participação, também, do setor público, pois os cidadãos passaram a entender a qualidade como direito social⁴.

A formação dos enfermeiros para atuar na perspectiva de gestão proposta pelo SUS exige do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político; todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, do desencadeamento de processos sociais, integrando ações de coletividade, dos serviços assistências e da avaliação dos resultados, visando à melhoria da qualidade do serviço⁵.

O presente estudo objetivou revisar a influência das teorias administrativas na organização dos serviços de saúde, enfocando a qualidade da assistência, como subsídio para uma reflexão do processo de trabalho em enfermagem.

METODOLOGIA

Foi realizada uma leitura exploratória de artigos, livros e textos *on-line*, no período de 1987 a 2008, para se ter uma visão global do material, seguido de uma análise do mesmo. Realizou-se o levantamento na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e em outros periódicos não indexados, e também em livros e teses que trataram do assunto.

As palavras-chave que orientaram a busca eletrônica da produção científica, de acordo com os

descritores em ciências da saúde, foram: administração de serviços de saúde; administração; organização; modelo organizacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resgate das Teorias Administrativas

Partindo dessa perspectiva, tem-se que a Teoria Científica surgiu durante o período industrial, no início do século XX, objetivando a aplicação dos métodos científicos aos problemas da administração. Esse modelo, intitulado *taylorista* ou da racionalidade gerencial, centrou-se na tarefa, visando o máximo de produtividade, através da divisão do trabalho, da especialização do operário e da padronização das atividades^{6,7}.

De acordo com essa teoria, a centralização do poder de planejar e de decidir nas empresas limitava a autonomia e iniciativa do trabalhador. Isso ocorria para que esse não adquirisse um conhecimento maior do que seus superiores, mantendo-os alienados do processo global.

A ênfase do método funcional estava no cumprimento de tarefas, na preocupação em como fazer e na orientação das tarefas por meio de manuais de procedimentos. A singularidade desse método influenciou potencialmente a organização dos serviços de saúde, principalmente o trabalho de enfermagem. A gestão, segundo esse processo, ocorre de forma hierarquizada e considera muito pouco as relações interpessoais. O trabalho é rotineiro, pouco criativo e não contempla a satisfação dos profissionais^{7,8}.

A ideia de que o homem é um ser eminentemente racional, o *homem econômico*, baseada na racionalidade humana, foi a maneira de maximizar a eficiência do trabalho mediante um sistema de incentivos monetários. Assim, o trabalhador ganharia pouco se produzisse pouco e vice-versa e, para isso, estabeleceu-se um tempo padrão, que equivalia ao tempo médio necessário para que o trabalhador realizasse a tarefa^{2,5}.

Fayol e seus seguidores desenvolveram a ideia de que, para aumentar a eficiência da empresa, era necessário adotar estrutura e funcionamentos adequados, daí nascendo a Teoria Clássica⁹.

Uma das funções do administrador era a organização, e Fayol definiu o ato de administrar como prever, organizar, comandar e controlar. Definiu e sistematizou os princípios gerais da administração, como divisão do trabalho, centralização da autoridade, responsabilidade, disciplina, unidade de comando e subordinação dos interesses individuais aos gerais¹⁰.

O hospital, acompanhando os princípios da administração científica, transformou a saúde em um mecanismo de cuidar da força de trabalho, mantendo a separação entre concepção e execução, acarretando a divisão

em trabalho mais intelectual, representado pelo trabalho médico, e o manual, que ficou a cargo da enfermagem⁷.

Considera-se que esse modo de produção do trabalho, ainda presente no cotidiano dos hospitais, contraria o modelo assistencial proposto pelo SUS, pautado na integralidade e na equidade da assistência, no exercício da subjetividade e na participação social de cidadãos, pois não contempla a divisão humana do trabalhador e do paciente⁶.

A Teoria das Relações Humanas surgiu para contrapor essa concepção *taylorista* do *homem econômico*, valorizando os fatores subjetivos no funcionamento da empresa e mostrando que o nível de produção não depende apenas de incentivo salarial e vantagens do emprego, mas que o trabalhador pode ter outro desempenho quando em grupo^{9,11,12}.

Essa teoria também refletiu positivamente no serviço em saúde, através do modelo de trabalho em equipe multiprofissional, estando inserido nas propostas do SUS, como forma de organização dos serviços de saúde.

O surgimento da indústria levou às novas exigências de mercado, acarretando a necessidade de organizar as empresas, com a maior eficiência possível. Assim, apareceu a Teoria Burocrática, que se alastrou rapidamente para todos os tipos de organizações, inclusive aquelas de saúde¹¹.

Esse modelo *taylorista* e burocrático, que faz parte do cotidiano hospitalar, baseia-se na centralização, hierarquia e controle do trabalho, através de regulamentos, normas e padrões de comportamento. Entretanto, a função administrativa é assumida por gerências que, na maioria das vezes, privilegiam mais as normas, rotinas e procedimentos do que a necessidade do usuário.

Assim, como não conseguiu superar a disputa que havia dentro da *administração* entre a Teoria Clássica e das Relações Humanas, e com o objetivo de abranger aspectos que eram considerados por uma e omitidos pela outra, surgiu então a Teoria Estruturalista, na década de 1950¹¹.

Esse modelo definiu um novo conceito de estrutura, como um conjunto formal de dois ou mais elementos, que permanecem inalterados, mesmo quando ocorrem mudanças em alguns deles ou em suas relações. Incorporou a análise interna de uma totalidade, em seus elementos constitutivos, sua disposição, suas inter-relações, atribuindo grande ênfase aos objetivos organizacionais e à relação entre esses e o meio ambiente¹¹.

Ainda, surgiu a Teoria Neoclássica, que se desenvolveu, a partir de 1947, como uma reação à influência das ciências comportamentais, devido aos precursores da Teoria das Relações Humanas terem dado mais importância aos aspectos humanos do que aos econômicos.

A diferença entre essa e as Teoria Científica e Clássica é que a primeira enfatizava os métodos e a racionalidade do trabalho, a segunda, os princípios

gerais da administração, e a Neoclássica, considerava os meios, na busca da eficiência, os fins e os resultados, na busca da eficácia¹¹.

A partir da década de 50 do século passado, a Teoria Neoclássica deslocou a atenção, antes centrada nas atividades-meio, para objetivos ou finalidades da organização. O enfoque baseado no processo passou a ser substituído por ênfase nos resultados e objetivos alcançados, constituindo assim a Administração por Objetivos¹¹.

O processo de trabalho na saúde envolve uma diversidade de necessidades de saúde, que exige dos profissionais um planejamento, através do qual é possível identificar os problemas, estabelecer as prioridades, os objetivos e programar as ações necessárias na promoção e recuperação da saúde da população¹³.

Como se pode constatar, a ciência da administração, assim como as outras ciências, está sempre buscando desenvolver o conhecimento e outros métodos que orientem a gestão, atendendo as necessidades das organizações. Nessa perspectiva, o enfoque destas centra-se ora nas pessoas, ora nas tarefas e na estrutura. Assim, a Teoria Comportamental ou *behaviorista* foi desenvolvida nos meados do século passado, com ênfase nas pessoas, mas dentro de um contexto organizacional.

Apoiou-se na Teoria da Motivação Humana, segundo as quais o administrador precisava conhecer as necessidades humanas, para compreender melhor o comportamento e motivar as pessoas nas organizações. Essas somente poderão alcançar seus objetivos se as pessoas coordenarem seus esforços, a fim de alcançarem algo que não conseguirão individualmente¹⁰.

Com a era da informação, a partir de 1990, surge uma nova onda de mudanças que se tornaram muito rápidas, e produziram um desenvolvimento tecnológico e uma enorme contribuição nas ciências médicas¹¹.

Por outro lado, as transformações ocorridas no cenário político mundial, a difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação contribuíram para o maior acesso da população à informação, tornando-a mais consciente dos seus direitos e, portanto, mais exigente em relação aos serviços colocados à sua disposição¹⁴.

Essa mudança de comportamento das pessoas tornou as empresas mais flexíveis para a incorporação de estratégias, visando o melhor atendimento às exigências do mercado.

No Japão, surgiu a Teoria da Qualidade Total, visando melhoria contínua do processo de produção, a longo prazo, por meio da colaboração e participação das pessoas. Partiu da ideia de que as pessoas que fazem o trabalho o conhecem melhor do que ninguém, logo são as mais habilitadas para propor recomendações que melhorem seu desempenho¹¹.

Nos serviços de saúde, a qualidade total ganhou notoriedade, incluindo a integração dos empregados, fornecedores e usuários na organização; o ganho da produtividade passou a ser alcançado por meio da melhoria da qualidade, para satisfazer as necessidades dos usuários.

Esse modelo preconiza um ambiente dinâmico, cooperativo, de confiança, que estimule a criatividade e os relacionamentos construtivos e em equipe, de modo a permitir o crescimento e a autonomia dos trabalhadores. O treinamento contínuo faz parte do desenvolvimento dos recursos humanos durante todo o processo de produção, e não apenas na etapa final.

Enquanto a gestão de qualidade total, em outros países, foi adotada na indústria a partir da Segunda Guerra Mundial, no Brasil, teve início na década de 1980, nos setores industriais e na década seguinte, na saúde.

Entretanto, é necessário apontar que há várias críticas ao modelo de qualidade total na saúde, uma vez que existem diferenças substanciais entre a saúde e a indústria. Enquanto as indústrias trabalham com o trabalho morto (matéria-prima, ferramenta), o processo de trabalho em saúde ocorre sob a ótica do trabalho vivo em ato, baseado na tecnologia leve (tecnologia das relações, do acolhimento e do vínculo), na leve-dura (saberes) e dura (equipamentos tecnológicos, estruturas organizacionais) ⁸.

Além disso, outros autores apontam que a qualidade total torna-se inviável na organização dos serviços de saúde, argumentando que na indústria o produto é selecionado pelo consumidor, que escolhe o que deseja consumir, enquanto na saúde o usuário não tem discernimento para escolher o procedimento e o profissional para atendê-lo ^{15,16}.

Na indústria, o produto pode ser consumido pela população em geral, enquanto na saúde os atos são produzidos e consumidos ao mesmo tempo, enquanto o cuidado só tem utilidade para o usuário.

A indústria visa ao produto sem defeito, enquanto na saúde jamais se atinge uma *qualidade total*, no sentido *stricto* da palavra, por mais que se treinem pessoas e se aperfeiçoe métodos.

Portanto, essas discussões sobre os princípios da *qualidade total* concluem que eles não se aplicam totalmente à saúde, porque os mecanismos utilizados para monitorarem e avaliarem a qualidade sob essa perspectiva estão fundamentados em indicadores muito reducionistas, que não privilegiam as necessidades e subjetividades dos usuários e trabalhadores.

Verifica-se, dessa forma, que as teorizações das diversas correntes administrativas, acerca da organização do trabalho, encontram-se ainda muito centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, permanecendo o usuário e o trabalhador em segundo plano ⁷.

Gestão dos Serviços de Saúde

As mudanças no mundo das organizações e da gestão dos serviços acompanham a dinâmica da sociedade. A transformação na gestão tradicional para uma forma de gerenciar mais flexível, não implica no desaparecimento das relações de poder nas organizações. A gestão dos serviços de saúde que operam na lógica da *qualidade total*, embora prometa maior autonomia e melhor integração dos trabalhadores no processo e na prática, na realidade, se utiliza dessa tática apenas com o objetivo de aumentar a produtividade dos serviços ^{9,10}.

No contexto das instituições de saúde, observa-se que, apesar dos programas de qualidade apresentados, há ainda uma diversidade de situações consideradas desumanizantes, relacionadas às deficiências no atendimento, como longas esperas e adiamentos de consultas e exames, instalações e equipamentos precários, atenção despersonalizada ao cliente, desrespeito à sua privacidade e falta de informações e de ética no tratamento dos usuários ¹⁷.

As condições de trabalho, muitas vezes insalubres, são representadas por jornadas duplas de trabalho, sobrecarga de atividades e cansaço do trabalhador. Essas situações estão longe de um atendimento humanizado proposto pelo SUS, que preconiza um programa de melhoria das condições de atenção à saúde ¹⁷.

Geralmente os enfermeiros gerentes executam mais do que planejam. Por outro lado, grande parte das atividades planejadas nem sempre são realizadas, evidenciando lacunas. Um bom planejamento reduziria a quantidade de ações executadas sem previsão e, conseqüentemente, melhoraria a qualidade da enfermagem ¹⁸.

Dessa maneira, a organização do trabalho, na concepção da qualidade, deve enfatizar não apenas a estrutura organizacional, mas também o indivíduo e a valorização da sua saúde, como um direito adquirido, como cidadão, e abranger ainda as necessidades do trabalhador. Devem-se tomar como eixo norteador os princípios do SUS, como a equidade, a universalidade do acesso, a integralidade e a resolutividade. Incluir a noção do vínculo, do acolhimento e a humanização na produção do cuidado ¹⁹.

Exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem da gestão em saúde, integrando as ações coletivas, assistenciais e sociais e monitorando o processo de trabalho, através da avaliação dos resultados ²⁰.

É preciso atentar para a importância de se ouvir os trabalhadores, identificando suas expectativas e como podem colaborar no processo de melhorias. A mudança deve iniciar a partir da atitude individual. Deve preocupar-se em como melhorar a satisfação do trabalho na enfermagem, compreendendo a sua dimensão (o que é, quem deve fazê-lo, para quem...), e somente depois, o

que promove satisfação ao realizá-lo. Entender como satisfazer, quem o realiza e quem o *recebe*^{21,22}.

A base para a formação acadêmica traz consequências para a ação profissional. Estudos realizados sobre os conteúdos ministrados na disciplina de Administração em Enfermagem demonstram que esses estão fundamentados principalmente nos modelos tradicionais, na graduação e na especialização, e somente na pós-graduação *stricto sensu*, é que as abordagens contemporâneas são estudadas de forma predominante²³.

Percebe-se, portanto, que a mudança no modo de gerenciar o cuidado em enfermagem, visando à qualidade, requer uma mudança de paradigmas, que deve ter início no processo de formação dos enfermeiros nas universidades. Envolve a condução de modelos gerenciais que venham ao encontro de atitudes humanizadas e de qualidade.

Para a construção desse perfil profissional, há necessidade do ensino fortalecer parcerias com os serviços, buscando novos cenários para a formação, no sentido de dar sustentação à formação gerencial do enfermeiro numa perspectiva transformadora. Para isso é imprescindível o papel do docente, como facilitador no processo ensino-aprendizagem e de articulador, na integração da teoria com a prática. É preciso que o docente e o enfermeiro assistencial compartilhem os objetivos educacionais e assistenciais, suas necessidades e desafios²⁴.

No processo educacional, o conhecimento gerado pelas pesquisas, ao mesmo tempo que influencia as transformações no processo de trabalho, a capacitação para o gerenciamento em saúde e em enfermagem, ainda é frágil e carece de competências que integrem as dimensões éticas-políticas e relacional, bem como a responsabilidade social da profissão²⁵.

CONCLUSÃO

Na organização dos serviços de saúde no país, as teorias administrativas que mais exercem influência são: a *taylorista*, clássica, das relações humanas, burocrática e da *qualidade total*.

Apesar das teorias administrativas, em especial a de *qualidade total*, trazerem contribuições significativas na organização dos serviços, a aplicação desses modelos não tem contemplado totalmente o atendimento das necessidades e subjetividades dos usuários e trabalhadores em saúde e a melhoria da qualidade não tem refletido no trabalho, como esperado.

A construção do SUS incorporou princípios e diretrizes que exigem do Estado um modelo assistencial voltado para os determinantes das condições de saúde da população, e não apenas para o tratamento das doenças. Embora haja avanços na saúde em direção à descentralização das ações e dos serviços, o gerenciamento ainda esbarra em um modo herdado da admi-

nistração científica inicial. Nesse sentido, tem como desafios superar o modelo tradicional de gestão, desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.

O sistema organizacional de saúde deve oferecer suporte necessário para qualificar os funcionários para melhor desenvolverem suas atividades, beneficiando a organização, a clientela e a sociedade. Para isso, faz-se necessária a reestruturação da saúde no Brasil sob a tríade: satisfação da clientela, valorização do profissional e qualidade dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

1. Rocha ESB, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17:240-5.
2. Almeida PVG. Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos do Ministério da Saúde [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.
3. Massaro M, Chaves LP. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. Cogitare enferm. 2009; 14:150-8.
4. Mato E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto contexto enferm. 2006; 15:508-14.
5. Barbosa LR, Marcia MRAC. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev bras enferm. 2008; 61:366-70.
6. Klassmann JC, Merino MFGL, Meireles VC, Matsuda LM. Teorias administrativas X administração/gestão em enfermagem. Rev Bras Doc Ens Pesq Enferm. 2009, 1:153-75.
7. Leitão RER. A qualidade nos serviços de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
8. Felli VA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kucgant P, organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 149-68.
9. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
10. Chiavento I. Introdução à teoria geral da administração. São Paulo: Campus; 2000.
11. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. O trabalho de enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Cortez; 1997. 64-9.
12. Motta FCP. Teoria geral da administração: uma introdução. São Paulo: Pioneiras; 2002.
13. Souza MKB, Melo CMM. Perspectiva de enfermeiras gestoras acerca da gestão municipal da saúde. Rev enferm UERJ. 2008; 16:20-5.
14. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kucgant P, organizadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 145-9.
15. Mehry EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para

o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

16. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1998.

17. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: produção científica na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am enferm.* 2005; 13:105-11.

18. Coelho MA, Barbosa MA, Silva MML. Análise dos registros de ações planejadas/executadas por gerentes de enfermagem de um hospital público. *Rev eletr enferm.* 2008; 10:573-9.

19. Spagnol CA. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2005 mar [citado em 15 mar 2010]; 10:119-127. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100019&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232005000100019.

20. Aarestrup C, Tavares CMM. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. *Rev eletr enferm.* 2008; 10:228-34.

21. Moraes AS, Braga AT, Nicole AG, Tronchim DMR, Melleiro MM. Qualidade e avaliação em saúde: publicações em periódicos de enfermagem nas últimas duas décadas. *Rev enferm UERJ.* 2008; 16:404-9.

22. Jorge MSB, Freitas CHA, Nóbrega MFB, Queiroz MVO. Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). *Rev bras enferm.* 2007; 60:81-6.

23. Farias LDF, SILVA CCS. Administração em enfermagem: desvelando as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas de seu ensino em João Pessoa-PB. *Cienc Cuid Saúde.* 2008; 7:37-44.

24. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. *Texto contexto-enferm.* 2009; 18:249-57.

25. Kurcgant P, Ciampone MHT. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58:161-4.