RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

LIDERANÇA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA SOBRE INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Gabriela Marcellino De Melo Lanzoni (gabimrc@gmail.com)

Larissa Dos Santos Pinheiro (larissa.santos.pinheiro@hotmail.com)

Pollyana Bortholazzi Gouvea (pollyana.gouvea@univali.br)

Gisele Cristina Manfrini (gisele.manfrini@ufsc.br)

José Luís Guedes Dos Santos (santosjlg29@gmail.com)

Liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: uma teoria fundamentada sobre integração de serviços

INTRODUÇÃO

A liderança em enfermagem é reconhecida globalmente como um componente estratégico para o fortalecimento dos sistemas de saúde(1). Os enfermeiros desempenham funções gerenciais e assistenciais que extrapolam o cuidado direto, englobando a coordenação do cuidado, a gestão de equipes e a

articulação interprofissional(2). No cenário nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota a Atenção Primária à Saúde (APS) como a coordenadora do cuidado e a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (3).

Apesar de as normativas preverem um arranjo organizacional horizontal e articulado, a operacionalização cotidiana da RAS enfrenta graves fragilidades estruturais, falhas na comunicação interinstitucional, carência de protocolos formais de referência e contrarreferência e descontinuidade da assistência(4). Diante deste cenário, torna-se relevante compreender como os enfermeiros da APS exercem sua liderança no processo de integração da RAS, considerando as práticas desenvolvidas, os significados atribuídos e as estratégias mobilizadas no cotidiano do trabalho. Investigar esse fenômeno permite avançar na construção de conhecimentos sensíveis ao contexto, capazes de subsidiar práticas mais integradas e resolutivas.

OBJETIVO

Compreender as práticas de liderança exercidas por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e suas repercussões na integração dos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na vertente construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)(5). O cenário do estudo foi um município localizado na região sul do Brasil. A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem teórica de forma intencional e gradual, totalizando um grupo amostral de 22 enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), na coordenação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em funções de gestão na Secretaria Municipal de Saúde.

A coleta de dados realizou-se por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas de forma presencial ou remota, orientadas por questões sobre práticas de liderança. A análise dos dados seguiu estritamente os passos propostos pelo referencial metodológico: codificação inicial, codificação

focalizada e codificação teórica, utilizando o método comparativo constante e a elaboração de memorandos analíticos.

O rigor metodológico foi assegurado pela triangulação entre pesquisadoras e pela validação do modelo teórico construído junto a 11 enfermeiros participantes. O estudo atendeu às recomendações da Resolução nº 466/12, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição sob o parecer número 7.640.055.

RESULTADOS

A análise das entrevistas, conduzida de acordo com as etapas propostas pela TFD de Charmaz, possibilitou a construção de três categorias analíticas inter-relacionadas, que expressam como os enfermeiros da APS experienciam e significam a liderança no contexto da integração dos serviços de saúde: 1) Organizando e mobilizando pessoas, recursos e processos de trabalho; 2) Desenvolvendo a identidade e o estilo de liderança; 3) Articulando serviços e garantindo continuidade do cuidado. Essas categorias sustentam o fenômeno central: “Exercendo liderança para articular pessoas, processos e recursos, superando barreiras e promovendo a integração dos serviços de saúde na APS”.

A primeira categoria, Organizando e mobilizando pessoas, recursos e processos de trabalho, emergiu de forma transversal nas narrativas, mostrando que a liderança não se restringe a atividades administrativas, envolvendo a organização das agendas, a gestão da demanda, a coordenação da equipe e condução da dinâmica interna da unidade.

A estruturação cotidiana dos processos de trabalho foi descrita como indispensável para garantir o fluxo de atendimentos e a continuidade do cuidado. A redistribuição de responsabilidades surgiu como estratégia para prevenir a sobrecarga e garantir a eficácia do atendimento. Os participantes ressaltaram que a distribuição de tarefas e a supervisão do desempenho do grupo aumentam a autonomia dos profissionais e promovem uma maior coesão no trabalho em equipe.

Ademais sugerem que, na ausência de um planejamento estruturado, as equipes tendem a improvisar, o que compromete a qualidade do atendimento. Dessa forma, o enfermeiro é visto como o profissional que sistematiza, e, quando necessário, intervém diretamente nas demandas da unidade, equilibrando a gestão com a prática assistencial. Assim, a liderança do enfermeiro se estabelece como uma prática relacional e estratégica, que articula pessoas, recursos e processos de maneira flexível e adaptativa.

Na segunda categoria, Desenvolvendo a identidade e o estilo de liderança, evidenciou-se que a construção da identidade e do estilo de liderança dos enfermeiros na APS emerge como um processo contínuo e dinâmico, marcado por aprendizagens, inseguranças e conquistas. Os dados evidenciam que a liderança não é um atributo inato, mas uma prática em constante desenvolvimento, permeada por desafios e pelo autoconhecimento.

A dimensão técnica aparece como necessária, mas insuficiente para sustentar a liderança, que exige também habilidades relacionais e estratégicas, sobretudo para lidar com conflitos e promover a participação da equipe. As narrativas reforçaram a liderança como prática orientada pela escuta, pelo diálogo e pela corresponsabilização. Outro eixo central diz respeito à liderança exercida pelo exemplo, considerada pelos participantes como a forma mais legítima de liderar.

Ainda, os enfermeiros diferenciam liderança de chefia, atribuindo à primeira, uma dimensão de respeito e cooperação, em contraste com a imposição autoritária da segunda. A identidade de liderança é tensionada pelas condições estruturais e pela necessidade de flexibilidade, exigindo que o enfermeiro equilibre diálogo e autoridade. Esses achados apontam que a identidade e o estilo de liderança se constituem como um processo atravessado por experiências pessoais, interações coletivas e condições institucionais. A liderança do enfermeiro na APS é dinâmica e contextual, orientada pela capacidade de inspirar, motivar e mobilizar equipes, reafirmando o enfermeiro como ator estratégico.

Na terceira categoria, Articulando serviços e garantindo continuidade do cuidado, emergiu como expressão recorrente nas práticas relatadas, revelando sua atuação como elo entre os diferentes pontos da rede ao acionar serviços,

interpretar protocolos, mobilizar recursos, estabelecendo fluxos de comunicação com outros setores e acompanhando os usuários em sua trajetória assistencial. Os participantes relataram que embora existam protocolos formais, sua efetividade é percebida como limitada, o que os levam a adotarem estratégias como contatos informais, acompanhamento ativo e articulação personalizada dos encaminhamentos.

Contudo, reconhecem fragilidades nesse processo, o que faz com que o enfermeiro assuma a responsabilidade de garantir que o cuidado não seja interrompido. Por outro lado, emergiram críticas quanto à ausência de contrarreferência e a descontinuidade entre níveis de atenção. A comunicação interinstitucional mostrou-se frágil e pouco resolutiva, levando enfermeiros a buscarem alternativas para garantir respostas. Em muitos casos, o retorno sobre a situação do paciente depende do próprio usuário ou de seus familiares para obter informações, dada a ausência de contrarreferência.

Em situações recorrentes, o acompanhamento do cuidado só se torna possível graças à ação dos agentes comunitários ou pela busca ativa realizada pelos próprios enfermeiros. Diante do risco iminente de descontinuidade do tratamento do paciente encaminhado para outros serviços, a liderança do enfermeiro assume um caráter compensatório, assumindo a responsabilidade da conexão entre as redes.

Em síntese, os relatos indicaram que a articulação dos serviços e a continuidade do cuidado são práticas assumidas cotidianamente pelos enfermeiros, em contextos marcados por barreiras estruturais, falhas de comunicação e insuficiência de protocolos para assegurar que o usuário tenha um percurso assistencial resolutivo e contínuo entre os pontos da rede. Ademais, a liderança do enfermeiro se mostrou como determinante para que a integração da rede se concretize na prática, atuando tanto na construção de pontes intersetoriais quanto na superação de lacunas estruturais da comunicação entre serviços.

CONCLUSÃO

A teoria substantiva formulada indica que a liderança do enfermeiro na APS configura-se como uma prática relacional, política e transformadora, que transcende o escopo gerencial tradicional. Esta atuação destaca-se como elemento central para a sustentabilidade da assistência na RAS, aproximando-se das competências da Enfermagem de Prática Avançada.

Contudo, os achados dão visibilidade a um dilema crítico: o risco de naturalização de práticas compensatórias individuais adotadas pelos enfermeiros para mitigar lacunas gerenciais sistêmicas. Recomenda-se, portanto, investimentos públicos voltados para a formalização de ferramentas institucionais de transição do cuidado, protocolos robustos de contrarreferência e o fortalecimento de programas de educação permanente focados no desenvolvimento da liderança desde a graduação.

REFERÊNCIAS

1. Jiang, X. Nursing leadership: Key element of professional development. International Journal of Nursing Sciences, v. 11, n. 1, p. 1–2, 2024. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013223001576?via%3Dihub. Acesso em: 2 set. 2025.

2. Toso, B. R. G. O. et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008. Acesso em: 14 out. 2025.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 set. 2025

4. Ribeiro, S. P.; Cavalcanti, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019. Acesso em: 2 set. 2025.

5. Charmaz, K. Constructing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

Nurse Leadership in Primary Health Care: A Grounded Theory on Health Service Integration

INTRODUCTION

Nursing leadership is globally recognized as a strategic component for strengthening health systems (1). Nurses perform managerial and clinical functions that extend beyond direct patient care, encompassing care coordination, team management, and interprofessional collaboration (2). In Brazil, the Unified Health System (SUS) adopts Primary Health Care (PHC) as the coordinator of care and the organizer of the Health Care Network (HCN) (3).

Although regulations establish a horizontal and integrated organizational arrangement, the daily operation of the HCN faces significant structural weaknesses, failures in interinstitutional communication, a lack of formal referral and counter-referral protocols, and discontinuity of care (4). In this context, it is important to understand how PHC nurses exercise leadership in the process of integrating the HCN, considering the practices they develop, the meanings they attribute to leadership, and the strategies they mobilize in their daily work. Investigating this phenomenon contributes to the development of context-sensitive knowledge capable of supporting more integrated and effective practices.

OBJECTIVE

To understand the leadership practices exercised by Primary Health Care nurses and their impact on the integration of health services.

METHOD

This qualitative study was grounded in the constructivist approach of Grounded Theory (GT) (5). The study was conducted in a municipality located in southern Brazil. Participants were selected through intentional and progressive theoretical sampling, resulting in a sample of 22 nurses working in the Family Health Strategy (FHS), coordinating Primary Health Care Units (PHCUs), or serving in management positions within the Municipal Health Department.

Data were collected through semi-structured interviews conducted either face-to-face or remotely and guided by questions regarding leadership practices. Data analysis strictly followed the methodological framework, including initial coding, focused coding, and theoretical coding, using the constant comparative method and the development of analytical memos.

Methodological rigor was ensured through researcher triangulation and validation of the theoretical model with 11 participating nurses. The study complied with the recommendations of Resolution No. 466/12 and received approval from the institution's Research Ethics Committee under protocol number 7,640,055.

RESULTS

Analysis of the interviews, conducted according to Charmaz's Grounded Theory procedures, enabled the construction of three interrelated analytical categories that express how PHC nurses experience and assign meaning to leadership in the context of health service integration: (1) Organizing and mobilizing people, resources, and work processes; (2) Developing leadership identity and style; and (3) Articulating services and ensuring continuity of care. These categories support the central phenomenon: "Exercising leadership to articulate people,

processes, and resources, overcoming barriers and promoting the integration of health services in Primary Health Care."

The first category, Organizing and mobilizing people, resources, and work processes, emerged across participants' narratives, demonstrating that leadership is not limited to administrative activities but also involves scheduling, demand management, team coordination, and management of the unit's internal dynamics.

The daily organization of work processes was described as essential to ensuring patient flow and continuity of care. Redistribution of responsibilities emerged as a strategy to prevent work overload and ensure service effectiveness. Participants emphasized that task distribution and supervision of team performance increase professional autonomy and promote greater team cohesion.

They also suggested that, in the absence of structured planning, teams tend to improvise, compromising the quality of care. Thus, nurses are viewed as professionals who systematize work processes and, when necessary, intervene directly in unit demands, balancing management and clinical practice. Nursing leadership is therefore established as a relational and strategic practice that flexibly and adaptively articulates people, resources, and processes.

In the second category, Developing leadership identity and style, the construction of nurses' leadership identity and style in PHC emerged as a continuous and dynamic process marked by learning experiences, insecurities, and achievements. The findings indicate that leadership is not an innate attribute but rather a practice under constant development, permeated by challenges and self-awareness.

Technical competence was considered necessary but insufficient to sustain leadership, which also requires relational and strategic skills, particularly for conflict management and fostering team participation. Participants described leadership as a practice guided by listening, dialogue, and shared responsibility. Another central theme concerned leading by example, considered by participants to be the most legitimate form of leadership.

Furthermore, nurses distinguished leadership from authority-based management, attributing to leadership a dimension of respect and cooperation, in contrast to the authoritarian imposition associated with managerial control. Leadership identity is shaped by structural conditions and the need for flexibility, requiring nurses to balance dialogue and authority. These findings suggest that leadership identity and style are constituted through personal experiences, collective interactions, and institutional conditions. Nursing leadership in PHC is dynamic and contextual, driven by the ability to inspire, motivate, and mobilize teams, reaffirming nurses as strategic actors.

The third category, Articulating services and ensuring continuity of care, emerged as a recurring expression in reported practices, revealing nurses' role as a link between different points within the health network. This role involves activating services, interpreting protocols, mobilizing resources, establishing communication flows with other sectors, and monitoring patients throughout their care trajectory. Participants reported that, although formal protocols exist, their effectiveness is perceived as limited, leading nurses to adopt strategies such as informal contacts, active follow-up, and personalized coordination of referrals.

However, participants recognized weaknesses in this process, which often require nurses to assume responsibility for ensuring that care is not interrupted. Criticism also emerged regarding the absence of counter-referral mechanisms and discontinuity between levels of care. Interinstitutional communication was perceived as fragile and ineffective, leading nurses to seek alternative ways of obtaining responses. In many cases, information about patients' conditions depends on reports from the patients themselves or their families due to the lack of formal counter-referral processes.

In recurrent situations, continuity of care is only possible through the actions of community health workers or active follow-up conducted by nurses themselves. Faced with the imminent risk of treatment discontinuity when patients are referred to other services, nursing leadership assumes a compensatory role, taking responsibility for maintaining connections across the network.

Overall, the findings indicate that service articulation and continuity of care are daily responsibilities assumed by nurses in contexts characterized by structural

barriers, communication failures, and insufficient protocols to ensure that users experience a continuous and effective care pathway across different points of the network. Moreover, nursing leadership proved to be decisive in making network integration a reality, acting both in building intersectoral bridges and overcoming structural communication gaps between services.

CONCLUSION

The substantive theory developed indicates that nursing leadership in PHC constitutes a relational, political, and transformative practice that transcends the traditional managerial scope. This role stands out as a central element for sustaining care within the Health Care Network, aligning with competencies associated with Advanced Practice Nursing.

However, the findings highlight a critical dilemma: the risk of normalizing individual compensatory practices adopted by nurses to mitigate systemic managerial shortcomings. Therefore, public investments are recommended to support the formalization of institutional care-transition tools, robust counter-referral protocols, and the strengthening of continuing education programs focused on leadership development from undergraduate nursing education onward.

REFERENCES

1. Jiang, X. Nursing leadership: Key element of professional development. International Journal of Nursing Sciences, v. 11, n. 1, p. 1–2, 2024. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013223001576?via%3Dihub. Acesso em: 2 set. 2025.

2. Toso, B. R. G. O. et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008. Acesso em: 14 out. 2025.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 set. 2025

4. Ribeiro, S. P.; Cavalcanti, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019. Acesso em: 2 set. 2025.

5. Charmaz, K. Constructing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

Liderazgo de Enfermería en la Atención Primaria de Salud: Una Teoría Fundamentada sobre la Integración de los Servicios de Salud

INTRODUCCIÓN

El liderazgo en enfermería es reconocido globalmente como un componente estratégico para el fortalecimiento de los sistemas de salud (1). Los enfermeros desempeñan funciones gerenciales y asistenciales que trascienden el cuidado directo, abarcando la coordinación de la atención, la gestión de equipos y la articulación interprofesional (2). En el contexto brasileño, el Sistema Único de Salud (SUS) adopta la Atención Primaria de Salud (APS) como coordinadora de la atención y ordenadora de la Red de Atención a la Salud (RAS) (3).

Aunque las normativas prevén una estructura organizacional horizontal y articulada, la operacionalización cotidiana de la RAS enfrenta importantes fragilidades estructurales, fallas en la comunicación interinstitucional, carencia de protocolos formales de referencia y contrarreferencia, y discontinuidad de la atención (4). Ante este escenario, resulta relevante comprender cómo los enfermeros de la APS ejercen su liderazgo en el proceso de integración de la

RAS, considerando las prácticas desarrolladas, los significados atribuidos y las estrategias movilizadas en el trabajo cotidiano. Investigar este fenómeno permite avanzar en la construcción de conocimientos sensibles al contexto, capaces de respaldar prácticas más integradas y resolutivas.

OBJETIVO

Comprender las prácticas de liderazgo ejercidas por enfermeros de la Atención Primaria de Salud y sus repercusiones en la integración de los servicios de salud.

MÉTODO

Se trata de una investigación cualitativa fundamentada en la vertiente constructivista de la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) (5). El estudio se llevó a cabo en un municipio ubicado en la región sur de Brasil. La selección de los participantes se realizó mediante muestreo teórico, de forma intencional y gradual, totalizando un grupo muestral de 22 enfermeros que actuaban en la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en la coordinación de Unidades Básicas de Salud (UBS) o en funciones de gestión en la Secretaría Municipal de Salud.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, desarrolladas de forma presencial o remota y orientadas por preguntas relacionadas con las prácticas de liderazgo. El análisis de los datos siguió rigurosamente las etapas propuestas por el marco metodológico: codificación inicial, codificación focalizada y codificación teórica, utilizando el método comparativo constante y la elaboración de memorandos analíticos.

El rigor metodológico fue garantizado mediante la triangulación entre investigadoras y la validación del modelo teórico construido junto a 11 enfermeros participantes. El estudio cumplió con las recomendaciones de la Resolución n.º 466/12 y obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la institución bajo el dictamen n.º 7.640.055.

RESULTADOS

El análisis de las entrevistas, realizado de acuerdo con las etapas propuestas por la TFD de Charmaz, permitió la construcción de tres categorías analíticas interrelacionadas que expresan cómo los enfermeros de la APS experimentan y significan el liderazgo en el contexto de la integración de los servicios de salud: 1) Organizando y movilizando personas, recursos y procesos de trabajo; 2) Desarrollando la identidad y el estilo de liderazgo; y 3) Articulando servicios y garantizando la continuidad del cuidado. Estas categorías sustentan el fenómeno central: “Ejercer liderazgo para articular personas, procesos y recursos, superando barreras y promoviendo la integración de los servicios de salud en la APS”.

La primera categoría, Organizando y movilizando personas, recursos y procesos de trabajo, emergió de forma transversal en los relatos, mostrando que el liderazgo no se restringe a actividades administrativas, sino que también involucra la organización de agendas, la gestión de la demanda, la coordinación del equipo y la conducción de la dinámica interna de la unidad.

La estructuración cotidiana de los procesos de trabajo fue descrita como indispensable para garantizar el flujo de atención y la continuidad del cuidado. La redistribución de responsabilidades surgió como una estrategia para prevenir la sobrecarga laboral y garantizar la eficacia de la atención. Los participantes destacaron que la distribución de tareas y la supervisión del desempeño del grupo aumentan la autonomía de los profesionales y promueven una mayor cohesión en el trabajo en equipo.

Asimismo, señalaron que, en ausencia de una planificación estructurada, los equipos tienden a improvisar, lo que compromete la calidad de la atención. De esta manera, el enfermero es visto como el profesional que sistematiza los procesos y, cuando es necesario, interviene directamente en las demandas de la unidad, equilibrando la gestión con la práctica asistencial. Así, el liderazgo del enfermero se configura como una práctica relacional y estratégica que articula personas, recursos y procesos de manera flexible y adaptativa.

En la segunda categoría, Desarrollando la identidad y el estilo de liderazgo, se evidenció que la construcción de la identidad y del estilo de liderazgo de los enfermeros en la APS emerge como un proceso continuo y dinámico, marcado por aprendizajes, inseguridades y logros. Los datos muestran que el liderazgo no es un atributo innato, sino una práctica en constante desarrollo, permeada por desafíos y autoconocimiento.

La dimensión técnica aparece como necesaria, pero insuficiente para sostener el liderazgo, que también exige habilidades relacionales y estratégicas, especialmente para gestionar conflictos y promover la participación del equipo. Los relatos reforzaron el liderazgo como una práctica orientada por la escucha, el diálogo y la corresponsabilidad. Otro eje central se refiere al liderazgo ejercido mediante el ejemplo, considerado por los participantes como la forma más legítima de liderar.

Además, los enfermeros diferenciaron liderazgo de jefatura, atribuyendo al primero una dimensión de respeto y cooperación, en contraste con la imposición autoritaria asociada a la segunda. La identidad de liderazgo está tensionada por las condiciones estructurales y la necesidad de flexibilidad, exigiendo que el enfermero equilibre diálogo y autoridad. Estos hallazgos indican que la identidad y el estilo de liderazgo se constituyen a partir de experiencias personales, interacciones colectivas y condiciones institucionales. El liderazgo del enfermero en la APS es dinámico y contextual, orientado por la capacidad de inspirar, motivar y movilizar equipos, reafirmando al enfermero como un actor estratégico.

En la tercera categoría, Articulando servicios y garantizando la continuidad del cuidado, surgió como una expresión recurrente en las prácticas relatadas, revelando la actuación del enfermero como vínculo entre los diferentes puntos de la red, al activar servicios, interpretar protocolos, movilizar recursos, establecer flujos de comunicación con otros sectores y acompañar a los usuarios a lo largo de su trayectoria asistencial. Los participantes informaron que, aunque existen protocolos formales, su efectividad es percibida como limitada, lo que los lleva a adoptar estrategias como contactos informales, seguimiento activo y articulación personalizada de las derivaciones.

Sin embargo, reconocen fragilidades en este proceso, lo que hace que el enfermero asuma la responsabilidad de garantizar que la atención no sea interrumpida. Por otro lado, surgieron críticas relacionadas con la ausencia de contrarreferencia y la discontinuidad entre los niveles de atención. La comunicación interinstitucional se mostró frágil y poco resolutiva, llevando a los enfermeros a buscar alternativas para obtener respuestas. En muchos casos, la información sobre la situación del paciente depende del propio usuario o de sus familiares, debido a la ausencia de mecanismos formales de contrarreferencia.

En situaciones recurrentes, el seguimiento del cuidado solo es posible gracias a la acción de los agentes comunitarios de salud o a la búsqueda activa realizada por los propios enfermeros. Frente al riesgo inminente de discontinuidad del tratamiento de pacientes derivados a otros servicios, el liderazgo del enfermero asume un carácter compensatorio, responsabilizándose de mantener la conexión entre los distintos niveles de la red.

En síntesis, los relatos indicaron que la articulación de los servicios y la continuidad del cuidado son prácticas asumidas cotidianamente por los enfermeros en contextos marcados por barreras estructurales, fallas de comunicación e insuficiencia de protocolos para garantizar que el usuario tenga una trayectoria asistencial continua y resolutiva entre los diferentes puntos de la red. Además, el liderazgo del enfermero se mostró determinante para que la integración de la red se materialice en la práctica, actuando tanto en la construcción de puentes intersectoriales como en la superación de las brechas estructurales de comunicación entre servicios.

CONCLUSIÓN

La teoría sustantiva formulada indica que el liderazgo del enfermero en la APS se configura como una práctica relacional, política y transformadora que trasciende el ámbito gerencial tradicional. Esta actuación se destaca como un elemento central para la sostenibilidad de la atención en la Red de Atención a la Salud, aproximándose a las competencias de la Enfermería de Práctica Avanzada.

No obstante, los hallazgos visibilizan un dilema crítico: el riesgo de naturalización de prácticas compensatorias individuales adoptadas por los enfermeros para mitigar deficiencias sistémicas de gestión. Por ello, se recomiendan inversiones públicas orientadas a la formalización de herramientas institucionales para la transición del cuidado, protocolos robustos de contrarreferencia y el fortalecimiento de programas de educación permanente centrados en el desarrollo del liderazgo desde la formación de grado.

REFERÊNCIAS

1. Jiang, X. Nursing leadership: Key element of professional development. International Journal of Nursing Sciences, v. 11, n. 1, p. 1–2, 2024. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013223001576?via%3Dihub. Acesso em: 2 set. 2025.

2. Toso, B. R. G. O. et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Saúde em Debate, v. 45, n. 130, p. 666–680, jul. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113008. Acesso em: 14 out. 2025.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 21 set. 2025

4. Ribeiro, S. P.; Cavalcanti, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, maio 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019. Acesso em: 2 set. 2025.

5. Charmaz, K. Constructing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2014.

Palavras-chave: enfermagem; liderança; administração de serviços de saúde; atenção primária à saúde; pesquisa qualitativa.