

Cómo citar este documento

Gama Paes, Lucilene; Soares de Lima, Suzinara Beatriz. O exercício gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: proposta de pesquisa. Biblioteca Lascasas, 2013;9(1).

Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0685.php>

O EXERCÍCIO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE PESQUISA

Lucilene Gama Paes,¹ Suzinara Beatriz Soares de Lima²

1 Autora. Enfermeira da Família, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

2. Orientadora. Enfermeira Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

RESUMEN

Com a criação do Sistema Único de Saúde instaura-se no Brasil um processo profundo de transformação das práticas em saúde, novos atores são inseridos a fim de se desenvolver novas possibilidades de trabalho em saúde. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge nesse cenário como importante ferramenta para a reorganização dos serviços na atenção primária. É nesse contexto de mudança do modelo assistencial que o enfermeiro está inserido, desempenhando atividades assistenciais, bem como aquelas relacionadas ao gerenciamento dos processos de trabalho, coordenação e organização dos serviços. Isto posto questiona-se: Quais os significados atribuídos pelos enfermeiros ao seu exercício gerencial nas ESFs? Com base neste questionamento, propõe-se como objetivo geral da pesquisa: compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao seu exercício gerencial nas ESFs. Trata-se uma proposta de estudo de campo, descritivo com abordagem qualitativa, guiado pelo referencial teórico-metodológico do Interacionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos Dados, respectivamente. Os dados serão coletados por intermédio da entrevista semiestruturada, realizada com onze enfermeiros gerentes das ESFs do município de Cruz Alta, Rio Grande do Sul, Brasil e analisados por meio da Teoria Fundamentada nos Dados. Serão respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos pautados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Acredita-se que a discussão dos achados possa desencadear reflexões acerca do exercício gerencial do enfermeiro no contexto da ESF, bem como produzir apontamentos para a organização da assistência e gerenciamento dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Gerência; Saúde da Família; Teoria Fundamentada nos Dados.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Com a criação de um sistema de saúde único, instaura-se no Brasil uma nova ordem social em que se deixa de atender apenas a parcela trabalhadora da população para buscar a universalidade, igualdade e integralidade dos atendimentos, bem como a descentralização dos serviços e incentivo a participação da comunidade no processo de tomada de decisão (MENICUCCI, 2009).

Tem sua gênese relacionada a um processo de mobilização popular intenso, que se iniciou na década de 70, intensificou-se na década de 80 e culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988.

Neste cenário, de transformação das práticas em saúde e de inserção de novos atores, é que se buscou desenvolver novas possibilidades de trabalho em saúde. Inicialmente com a institucionalização do Programa de Agentes Comunitários (PACS) como política oficial do Governo Federal em 1991. Posteriormente, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), entendida como uma política pública fundamental para a reorientação do modelo de atenção e de organização das ações de saúde nos municípios e, mais recentemente, em 2006, com a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a organização da atenção primária (BRASIL, 2007).

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2011, p.50).

É nesse contexto de mudança do modelo assistencial que o enfermeiro e os demais profissionais das equipes estão inseridos. Busca-se superar as práticas curativistas, desenvolvidas intensamente no âmbito hospitalar, para se trabalhar sob uma nova perspectiva onde seja possível estimular e fortalecer a atenção primária.

Nesse caminho, Vanderlei e Almeida (2007) asseveram que a gerência dos serviços de saúde deve ser utilizada como uma ferramenta para impelir esse processo de mudança, de modo que, permita o compartilhamento do poder nas ESFs e possibilite a efetivação de diferentes políticas.

Com enfoque semelhante, Carvalho e Cunha (2006, p.838) declaram vislumbrar “na gestão do cotidiano em saúde um terreno de produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde”. Dessa forma, a gerência da ESF destaca-se como uma possibilidade para a implementação e consolidação de novas formas de se produzir saúde.

Apesar de não existir uma definição legal acerca do poder administrativo e político dos enfermeiros, é cada vez mais comum

nos serviços de saúde encontrar estes profissionais no gerenciamento dos processos de trabalho, desempenhando as atividades de coordenação e organização dos serviços (PINHEIRO, 2009).

Assim, a enfermagem vem construindo um caminho de compromisso, junto aos demais profissionais de saúde de viabilização do SUS e de incentivo a participação da equipe na organização e produção de serviços de saúde para atender às reais necessidades dos usuários, trabalhadores e instituição (FERNANDES *et al.*, 2010).

Durante a minha trajetória acadêmica, foi possível vivenciar um pouco dessa realidade. Inicialmente como aluna do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2004-2008), a partir de uma aproximação com a Saúde Coletiva logo nos semestres iniciais, identificando, nesse contexto novas possibilidades para a construção do fazer profissional.

No ano de 2005, por meio da participação no Projeto de Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), desenvolvido em Santa Maria (RS), foi possível efetivar uma aproximação com as conquistas e os desafios inerentes ao SUS, além de um aprofundamento nas discussões sobre o trabalho em equipe, a gestão, a atenção e educação em saúde e o controle social.

Posteriormente, com o objetivo de qualificar-me como enfermeira na área da Saúde Coletiva tornei-me residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense, no município de Lages, Estado de Santa Catarina (2009-2011).

Durante este período, foi possível vivenciar o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família, desenvolvendo atividades como enfermeira no âmbito assistencial e gerencial, experienciando as potencialidades e as dificuldades do trabalho em uma ESF, bem como o desafio de articular a dimensão assistencial com o gerenciamento de um serviço de saúde.

Da mesma forma, identificou-se na literatura nacional a existência de diversos estudos demonstrando os limites e as possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na atenção primária. Destacaram-se dificuldades de ordem estrutural, organizacional dos serviços e do coletivo de trabalhadores. (XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008; KAWATA *et al.*, 2009; SOUZA; MELO, 2009; WEIRICH *et al.*, 2009; FERNANDES *et al.*, 2010).

No que se refere aos desafios postos ao enfermeiro, em relação a essa temática, encontram-se: a organização do trabalho de outros profissionais, a importância de assumir-se enquanto líder no sistema de saúde (CHISTOVAM; SANTOS, 2004), considerando o papel que tem desempenhado neste setor e, a superação da desarticulação do assistir e gerenciar em seu processo de trabalho (FRACOLI; EGRY, 2001; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007; BACKES *et al.*, 2009).

Desse modo, acredita-se que apreender acerca do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na ESF, possa desencadear uma reflexão e revisão das suas práticas de trabalho. Também pode contribuir no fortalecimento da atenção primária, auxiliar na efetivação das redes no SUS, colaborar no reconhecimento do enfermeiro como um profissional referência neste âmbito e rever aspectos do processo formativo destes profissionais.

Em face do exposto, tem-se como objeto de estudo: o exercício gerencial do enfermeiro no contexto da ESF e como questão norteadora: Quais

os significados atribuídos pelos enfermeiros ao seu exercício gerencial nas ESFs?

Com base neste questionamento, propõe-se como objetivo geral da pesquisa: compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros ao seu exercício gerencial nas ESFs e como objetivos específicos: discutir a gerência realizada pelo enfermeiro na ESF, bem como sua articulação com o assistir e descrever os dispositivos gerenciais utilizados.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentação teórica desta pesquisa, apresenta-se o Interacionismo Simbólico (IS), entendendo que sob este enfoque relacional, será possível construir um novo olhar acerca do gerenciamento do enfermeiro na ESF. Além disso, toma-se como referência, conceitos sensibilizadores relativos ao exercício e atuação gerencial do enfermeiro na ESF, utilizados na área da saúde coletiva e de enfermagem.

2.1 Interacionismo Simbólico (IS)

O movimento interacionista tem suas raízes no século XVIII, a partir da contribuição intelectual de importantes pensadores, tais como: George Herberth Mead, John Dewey, William Thomas, Robert Pares, William James, Charles Horton Cooley, Florian Znanieki, James Mark Baldwin, Robert Redfield e Louis Wirth (BAZILLI *et al.*, 1998). Contudo, Haguette (2005) destaca que George Herberth Mead foi o que mais contribuiu para a construção dos conceitos do IS.

Tem como autor seminal Herbert Blumer que, em 1937 atribuiu à sua abordagem o nome de “Interacionismo Simbólico” (MINAYO, 2007, grifo do autor). Ao empenhar-se nesta sistematização, Blumer aproximou conceitos acerca da vida dos grupos humanos, elaborados pelos pensadores acima mencionados, especialmente Mead, e construiu os conceitos constituintes do IS a partir das suas similaridades (BAZZILI *et al.*, 1998).

Dessa forma, Blumer (1969) desenvolveu algumas premissas básicas para o IS, conforme coloca Haguette (2005), sendo elas:

- 1 O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele [...];
- 2 O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros;
- 3 Esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra (HAGUETTE, 2005, p.35).

Trata-se de um referencial teórico fundamentado no princípio de que o comportamento humano é autodirigido e observável, tanto no âmbito simbólico como no relacional (MINAYO, 2007), permitindo a “compreensão do significado que os seres humanos constroem a partir das interações que os mesmos

estabelecem dentro de uma sociedade” (LIMA, 2008, p.44).

Bazzili *et al.* (1998) ressaltam, com base nos apontamentos de Stryker e Statham (1995), que o IS orienta-se para as relações entre a pessoa, a sociedade e a interação, sendo, este processo, intermediado pelo *self*. Nesse sentido, Minayo (2007, p.153), destaca que:

A vida social constitui uma espécie de consenso que propicia um processo de inter-relações e de interpretações de significados compartilhados por um grupo, ou comunidade que pode ao mesmo tempo, manipular, redefinir e modificar seus sentidos (MINAYO, 2007, p. 153).

Tendo por base as ideias defendidas pelo referencial do IS, faz-se relevante abordar os pressupostos balizadores dessa teoria.

A sociedade - Haguette (2005) destaca, mencionando Mead, que toda atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo e que a associação humana surge quando cada ator individual percebe a intenção dos atos dos outros e constrói sua própria resposta, baseado naquela intenção. Assim, o comportamento humano é concebido não apenas como uma resposta direta as atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros. Essas intenções são transmitidas através de gestos que se convertem em símbolos, tornando-se dessa forma, passíveis de interpretação.

A sociedade pode, então, ser concebida como um tecido de comunicação, fundamentada no consenso, no compartilhamento de sentidos sob a forma de compreensões e expectativas comuns (BAZZILI *et al.*, 1998; HAGETTE, 2005).

Sob esta perspectiva, não é possível conceber o homem sem a sociedade e a sociedade sem o homem, uma vez que ambos são gerados permanentemente, mediante a construção da interação e suas resultantes simbólicas (BAZZILI *et al.*, 1998).

Concepção de homem - Percebido como um ser pensante que conversa utilizando-se de símbolos, desenvolvidos no processo social (BAZZILI *et al.*, 1998).

Interação Social - Trata-se do espaço que permite a geração do *self* e da sociedade, por meio da interação e da simbolização de ambos (BAZZILI *et al.*, 1998).

Socialização - Processo que se inicia cada vez que passamos a integrar um novo grupo ou organização social, com o objetivo de criar os símbolos da interação. A interação é em si mesma a socialização, por esta razão pode ser compreendida como um processo contínuo (BAZZILI *et al.*, 1998).

Significado - Bazzili *et al.* (1998) definem, com base em Stryker e Statham (1985), que o significado atribuído as coisas organizam o comportamento das pessoas. Trata-se do produto da interação social.

Símbolos Significantes - Podem ser compreendidos como produto da forma como as pessoas reagem aos símbolos, a partir dos significados é que se compreende o seu próprio comportamento e o dos outros (BAZZILI *et al.*, 1998).

Definição da situação - Refere-se ao produto de simbolização,

considerando que, toda situação de interação social, precisa ser simbolizada, antes de gerar cursos de ação, comportamentos, decisões, etc (BAZZILI *et al.*, 1998, p.39).

Self – Para Mead, segundo Haguette (2005), o ser humano pode tornar-se objeto das suas próprias ações, tendo em vista que ele pode interagir socialmente com outras pessoas, bem como consigo mesmo (HAGUETE, 2005). Bazzili *et al* (1998) complementa informando que, o *self* está relacionado com um comportamento auto-reflexivo da pessoa, no processo de interação social.

Mente – Haguette (2005) descreve que, para Mead, a mente é concebida como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo próprio fazendo uso dos símbolos significantes.

Ato social – Mead, conforme destaca Bazzili *et al.* (1998), propõe a ideia de ato social para melhor caracterizar a noção de interno e externo, no que se refere a experiência individual. O ato é vislumbrado, nesse contexto, como um processo dinâmico da experiência interna, que se constitui socialmente, exigindo a cooperação de mais um indivíduo.

2.2 O exercício gerencial do enfermeiro

A gerência em saúde define-se como uma atividade cujo foco de ação mantém um caráter articulador e integrativo. Caracteriza-se como um instrumento condicionante e condicionado, determinante e determinado, ao passo que possibilita a transformação do processo de trabalho e é também passível de transformação (MISHIMA *et al.*, 1997).

É composta por uma dimensão técnica relativa aos conhecimentos e habilidades necessárias à efetivação do SUS; uma dimensão política capaz de articular o trabalho gerencial ao projeto que se quer empreender; uma dimensão comunicativa relacionada ao caráter de negociação presente no lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade e uma dimensão do desenvolvimento da cidadania implicada com a emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam eles os agentes presentes no processo de trabalho, quer sejam os usuários dos serviços de saúde (MISHIMA *et al.*, 1997).

Dessa forma, coexiste na ação gerencial uma racionalidade instrumental e uma racionalidade comunicativa, onde os sujeitos sociais envolvidos têm papel relevante nas possibilidades de transformação (MISHIMA *et al.*, 1997).

A gerência a nível local ganhou relevância com o processo de municipalização da saúde (MISHIMA *et al.*, 1997), quando a responsabilidade na implantação e implementação das políticas públicas nessa área passou a ser compartilhada com as três esferas do governo. Essa descentralização possibilitou que novos atores, especialmente o enfermeiro, fossem inseridos no contexto da gerência atuando como coparticipes da condução do SUS (MELO; SANTOS, 2007).

A enfermagem, nesse contexto, enquanto ação é uma parcela do trabalho em saúde que constituiu-se atrelada ao trabalho dos demais profissionais (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). Utiliza-se de um saber construído a partir de outras ciências, sintetizado e colocado para que ela

própria aprenda o objeto da saúde em seu campo específico. É um instrumento da saúde coletiva na medida em que todos os saberes e práticas nesse âmbito subordinam-se as necessidades sociais da saúde da população (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Dessa forma, a enfermagem como prática social responde às exigências definidas pelas organizações de saúde, pelas práticas econômicas, políticas, sociais e ideológicas (DAL PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006). Tem sua conformação atual como resultado de um processo histórico, que incorporou elementos da evolução geral do trabalho em uma sociedade capitalista e especificidades da área da saúde.

Por esta razão passou por modificações ao longo do tempo para acompanhar as exigências socioeconômicas e políticas que acabaram por influenciar o seu fazer. Verifica-se que para alcançar as novas propostas apresentadas pela saúde coletiva, o enfermeiro tem diversificado seu trabalho, indo desde o cuidar de enfermagem, perpassando pelas ações educativas e administrativas (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A enfermagem como uma das profissões que integram a equipe multiprofissional nos serviços da atenção primária, vem cada vez mais se inserindo nesse contexto e confirmando-se nas funções gerenciais, a ponto de tornar-se o profissional de referência para execução de atividades como coordenação de programas e gerenciamento das unidades de saúde (PETERLINI; ZAGONEL, 2006).

Na literatura tem-se definido o gerenciamento em enfermagem como um processo dinâmico, participativo e integrador acenando-se para um despertar de novas abordagens gerenciais que possibilitem ao enfermeiro ampliar seu olhar e comprometer-se na construção de redes interativas e participativas (BACKES *et al.*, 2009), bem como atuar como líder, segundo o novo paradigma (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVIZAN, 2005).

De acordo com Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001) o processo de trabalho gerencial do enfermeiro caracteriza-se por ter como finalidade a organização do espaço terapêutico, bem como a distribuição e controle do trabalho da equipe de enfermagem. No ponto de vista de Kirchhof (2003) o enfermeiro coloca-se diante de um importante desafio, organizar o trabalho da equipe de enfermagem e mediar o trabalho da equipe de saúde.

2.3 A atuação gerencial do enfermeiro na ESF

A ESF tornou-se um importante espaço de ação para os enfermeiros, especialmente pela possibilidade de atuação não apenas nas atividades assistenciais, mas também na gestão do serviço (SOUZA; MELO, 2009). Além disso, proporcionou que o enfermeiro assumisse a posição de elemento nuclear da equipe, tornando-o mais respeitado e reconhecido pelo seu trabalho (COSTA; SILVA, 2004).

De acordo com Bertussi, Oliveira e Lima (2001), o gerente em uma ESF deve conferir direcionalidade às diversas ações do serviço, sempre com responsabilidade, articulando, através da negociação política, os trabalhadores, os recursos financeiros, materiais e tecnológicos, em consonância com as necessidades da população do território. Além disso, a gerência deve ser entendida na perspectiva de construção de um projeto que esteja comprometido com a integralidade, num contínuo processo de mudança

(WEIRICH *et al.*, 2009).

Este cenário coloca o enfermeiro diante da necessidade de uma nova organização de trabalho, em que deve estar presente o cuidado de enfermagem as pessoas, as famílias e as comunidades, as ações de educação em saúde e continuada, o gerenciamento de ações interdisciplinares e intersetoriais e a organização do serviço, diversificando seu trabalho no âmbito da atenção primária (MISHIMA *et al.*, 1997).

Recentemente, em trabalhos como os de Lima e Rivera (2009), tem se destacado a necessidade cada vez mais iminente de abordar a gerência/coordenação sob uma perspectiva comunicativa e relacional, destacando o aspecto subjetivo do processo.

Além disso, o trabalho gerencial tem tomado uma perspectiva estressante se lembrarmos que na grande maioria dos serviços de atenção primária do Brasil, os gerentes precisam assumir simultaneamente as atividades da gerência com o seu próprio fazer profissional.

Nesse sentido, destaca-se o estudo realizado por Weirich *et al.* (2009), nos serviços da Rede Primária de Saúde no município de Goiânia, capital do Estado de Goiás, cujo enfoque era o trabalho gerencial do enfermeiro na Atenção Primária. Identificou-se que 38,6% dos profissionais desenvolviam concomitantemente suas atividades gerenciais e assistenciais e 61,4% das atividades realizadas pelos gerentes eram essencialmente de caráter gerencial, entre essas atividades destacam-se: promover integração e bom relacionamento entre a equipe, planejar e avaliar o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, manter bom relacionamento com usuário, delegar e auxiliar a implementação de serviços, capacitar e controlar os recursos humanos (RH).

Em outro estudo semelhante, realizado no município de Sorocaba (SP) junto a enfermeiras que atuavam na ESF, verificou-se que 58,46% do tempo de trabalho era destinado as atividades gerenciais, tais como reuniões entre enfermeiros, equipe de saúde da família e equipe de enfermagem, supervisão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, supervisão e provisão de material e equipamentos, provisão de pedidos de exames, resolução de problemas e dúvidas dos membros da equipe, manipulação de papéis e relatórios, participação em processo seletivo de ACS, recepção de agentes externos e reunião de conselho local. Apenas 35,24% eram destinados as atividades assistenciais como as consultas de enfermagem e visitas domiciliares e 6,29% à educação por meio da orientação de grupos e da própria equipe de saúde (DUARTE; BENEVIDES; MENINO, 2009).

Dessa forma, as evidências apontam para o que Bôas, Araújo e Timóteo (2008) identificam como sobrecarga do cotidiano dos enfermeiros, desencadeada pelo acúmulo das múltiplas atividades no campo da assistência, da gerência e da educação/formação, acrescenta-se ainda o interesse deste profissional enquanto gerente do serviço em proporcionar o bom andamento das ações associada às dificuldades encontradas no processo.

Vanderlei e Almeida (2007) alerta ainda que a sobrecarga de ações administrativas desencadeiam no gerente, o difícil ou impossível impasse de buscar articulação entre a dimensão assistencial e a dimensão gerencial.

Diante dessas considerações, o gerenciamento apresenta-se como uma atividade desafiadora, uma vez que se propõe a conduzir a implementação de novas formas de produção de saúde, transformando o enfermeiro em um

importante ator desse processo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Construir uma pesquisa requer estabelecer um caminho metodológico condizente com os objetivos propostos e que possa responder as questões propulsoras do estudo. Trata-se de um momento complexo, tendo em vista a necessidade de definição do grupo a ser estudado, métodos, técnicas, procedimentos para a análise dos dados, bem como o quadro teórico que deverá guiar o estudo (DESLANDES, 1994).

Diante dessas considerações optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a fim de compreender em profundidade o exercício gerencial do enfermeiro na ESF, utilizando-se de uma análise sistemática. Entende-se que o enfoque qualitativo pressupõe que o comportamento das pessoas tem sempre um sentido, significado que não se dá a conhecer de modo imediato, precisando ser desvelado para que se possa compreendê-lo (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004).

3.1 A Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados ou “Grounded Theory” foi desenvolvida por Barney Glaser e Anselm Strauss na década de 60 a partir de estudos acerca do processo da morte em hospitais nos Estados Unidos (CHARMAZ, 2009).

O objetivo desses sociólogos era desenvolver um processo de análise sistemático que pudesse gerar teoria, buscando deslocar as investigações qualitativas em direção à arranjos teóricos explanatórios a fim de produzir compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados (CHARMAZ, 2009).

A lógica dessa abordagem reflete o antagonismo filosófico e de pesquisa de seus autores, conjugando a influência interacionista e pragmática de Strauss aos conhecimentos quantitativos e comparativos de Glaser (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

A TFD é uma metodologia de campo que objetiva gerar construtos teóricos que explicam uma ação no contexto social em estudo, através de uma série de hipóteses a fim de explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996). Trata-se de uma abordagem de pesquisa qualitativa que objetiva construir teorias por meio de uma análise sistemática dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Dessa forma, propõe-se que os pesquisadores saibam manter um equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade, no intuito de controlar certos desvios no processo de análise, bem como permanecer sensível ao que está emergindo nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, entende-se a objetividade como a capacidade do pesquisador em distanciar-se dos materiais de pesquisa e colocar-se numa postura de bom ouvinte, de forma a dar aos seus informantes uma voz independente da voz do

pesquisador. A sensibilidade por sua vez, caracteriza-se pelo discernimento e capacidade do pesquisador em dar sentido aos fatos e acontecimentos dos dados, a partir da sua familiarização com a literatura ou experiência profissional.

Sob este olhar a literatura pode ser utilizada como estímulo ao pensamento, capaz de fornecer ao pesquisador conceitos sensibilizadores e códigos teóricos que permitam realizar adequada interpretação dos dados, sem, no entanto, impedir-lhe a criatividade (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

Nesse sentido, recomenda-se que o uso da literatura, anteriormente ao início da coleta de dados seja realizado com cautela a fim de evitar que o pesquisador perceba o mundo através das ideias já existentes (CHARMAZ, 2009). Além disso, defende-se que a teoria surja a partir dos dados, sendo considerado impossível que o pesquisador saiba antes do início da investigação, quais serão os problemas, bem como os conceitos emergentes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A construção dos dados pode ocorrer a partir de diferentes estratégias de coleta. Acerca dessa flexibilidade, Charmaz (2009) salienta que o tipo de dado buscado pelo pesquisador vai depender do assunto que se deseja estudar e da acessibilidade as informações. Alerta também para a escolha de métodos que de fato auxiliem na tentativa de responder às questões de pesquisa de forma inventiva e incisiva.

O uso da expressão “construção dos dados” justifica-se nesta metodologia por meio do conceito de amostragem teórica. Esta permite que o pesquisador trabalhe com os seus dados, faça comparações, elabore questões e saia para coletar mais dados a fim de densificar as suas categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008, grifo nosso).

A determinação dos sujeitos envolvidos, bem como a escolha do melhor local para a obtenção dos dados é adequadamente determinada durante todo o processo de pesquisa, baseando-se nos conceitos que vão surgindo durante a análise e que parecem ter relevância para a elaboração da teoria. Trata-se, portanto, de uma construção acumulativa em que cada evento “amostrado edifica e acrescenta algo à coleta e à análise de dados anteriores” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.196).

A amostragem deve acontecer até que todas as suas categorias estejam saturadas. De acordo com Charmaz (2009, p.157-158, grifo do autor) isso deve acontecer quando “a coleta de dados novos não mais desperta novos “insights” teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias centrais [...] não sendo a mesma coisa que testemunhar a repetição dos mesmos eventos ou histórias”.

No processo de elaboração da teoria fundamentada propõe-se a utilização de outras duas estratégias de registro e análise, que começam com a análise inicial e evoluem durante todo o processo de pesquisa: os memorandos e os diagramas.

Os memorandos são registros do processo de pesquisa, das considerações e dos sentimentos do pesquisador, considerando que no final da pesquisa é quase que impossível a reconstrução de diversos detalhes. Podem variar quanto ao tipo e ao formato, como notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais, notas de observação, entre outras (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os diagramas são mecanismos visuais que mostram as relações entre os conceitos, são uma alternativa para a concretização das ideias do pesquisador, possibilitando a percepção do poder relativo, do alcance e da direção das categorias, bem como as conexões existentes entre elas (CHARMAZ, 2009).

3.2 Cenário e contexto do estudo

A pesquisa será desenvolvida no município de Cruz Alta, que localiza-se na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, situa-se a 347 km da capital do estado - Porto Alegre, cuja população é de 62.821 habitantes (IBGE, 2011)

Possui uma área de 1.360,37 km² representando 0,5050% do Estado, 0,2414% da Região e 0.016% de todo o território brasileiro. Apresenta como municípios limítrofes: ao norte, os municípios de Pejuçara e Santa Bárbara do Sul; ao sul, o município de Tupanciretã; ao leste, os municípios de Ibirubá, Quinze de Novembro, Fortaleza dos Valos e Boa Vista do Incra e a oeste, o município de Boa Vista do Cadeado (CRUZ ALTA, 2011).

A cidade tem suas origens relacionadas a construção de uma grande cruz de madeira que tornou-se ponto de internada e um grande pouso para milhares de tropeiros oriundos das fronteiras com a Argentina e Uruguai, que se dirigiam até a Feira de Sorocaba para comercialização dos animais. O local consolidou-se ainda no final do século XVIII como Pouso dos Tropeiros e muitos destes, passaram a residir nas proximidades, estabelecendo-se onde hoje está o município de Cruz Alta, cuja fundação deu-se no dia 18 de agosto de 1821 (CRUZ ALTA, 2011).

No que se refere aos serviços na área da saúde, Cruz Alta conta atualmente com doze equipes de Estratégia Saúde da Família. Possui uma cobertura de 8.880 famílias o que corresponde a 28.542 pessoas e 45,43% da população total do município (SIAB, 2011). Ressalta-se que dentro desta estatística não está contabilizada a população atendida por três das equipes de saúde mencionadas, considerando que elas foram inauguradas recentemente e estão em processo de cadastramento de famílias e estruturação do serviço.

Além disso, conforme a descrição do Plano Municipal de Saúde a rede de serviços de saúde possui (CRUZ ALTA, 2009)¹:

- 4 Unidades Básicas de Saúde;
- 1 Unidade Móvel completa;
- 1 Pronto Atendimento Municipal (PAM);
- 1 Central de Especialidades onde são realizados atendimentos de gastroenterologia, cardiologia, traumatologia-ortopedia, urologia, clínica e cirurgia geral, oftalmologia e otorrinolaringologia,
- 1 Clínica Especializada para os atendimentos de neurologia, psiquiatria, psicologia e fonoaudiologia;
- 1 Centro de Referência para os atendimentos à Saúde da Mulher e da criança;

¹ Informações complementadas verbalmente junto à coordenação da Estratégia Saúde da Família do município.

- 1 Serviço de Assistência especializada (SAE) onde são realizados os atendimentos às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs);
- 1 Núcleo de Hemoterapia (Hemonúcleo);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- 1 Clínica de Fisioterapia Vida em Movimento.
- 1 Núcleo de Auditoria e Regulação

Cruz Alta foi escolhida para o desenvolvimento dessa pesquisa considerando seu atual empenho no desenvolvimento das ações na área da Saúde da Família. Nos últimos quatro anos, o município teve praticamente duplicado o número de equipes de ESF e está investindo na construção de outras unidades para implantação de novas equipes (CNES, 2011). Embora, ainda existam diversos nós na rede de serviços de saúde, principalmente no âmbito da saúde coletiva, vislumbra-se um momento de crescimento e amadurecimento das ações com esse enfoque.

Além disso, como enfermeira trabalhadora desse município, percebe-se que se tem buscado afirmar a ESF como via estruturante do Sistema Local de Saúde, considerando-a como uma importante porta de entrada para o SUS e potencialmente articuladora junto aos demais níveis de atenção à saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2009).

Acrescenta-se a isso, o fato de todas as ESFs do município serem gerenciadas por enfermeiros. Estes trabalhadores assumem a coordenação não apenas do serviço de enfermagem, mas comprometem-se com a organização e estruturação do serviço, bem como o gerenciamento da equipe de saúde.

3.3 Técnica para coleta de dados

A produção dos dados se dará por meio da entrevista semi-estruturada, a partir de uma proposta intensiva ou em profundidade, cujo objetivo, conforme refere Cassiani, Caliri e Pelá (1996) é obter informações, descrever situações, elucidar e detalhar a partir das próprias palavras dos respondentes.

Charmaz (2009) destaca que a entrevista intensiva pode variar de uma exploração vagamente orientada à questões focais semi-estruturadas. As perguntas do entrevistador pedem que o participante descreva e reflita sobre as suas experiências, promovendo uma análise a partir da interpretação de cada participante.

Dessa forma, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE B) a fim de orientar o pesquisador na condução da entrevista, entretanto, destaca-se a importância da flexibilidade do instrumento, tendo em vista a possibilidade de que novas questões sejam trazidas pelo entrevistado (MINAYO, 2007).

Para registrar as entrevistas, garantir a fidedignidade dos discursos e possibilitar posterior análise deverá ser utilizado um gravador para registro digital, sendo posteriormente transcritos os discursos e codificados aleatoriamente (E1, E2 e assim sucessivamente).

3.4 Sujeitos da pesquisa

Serão convidados a participar das entrevistas onze enfermeiros gerentes das ESFs do município. Optou-se por excluir da pesquisa uma das ESFs, tendo em vista que neste local a pesquisadora desenvolve suas atividades como enfermeira.

Destaca-se, que os profissionais serão contactados previamente via telefone, a fim de agendar o melhor horário e o local adequado para que a pesquisadora possa apresentar os objetivos do trabalho e esclarecer dúvidas.

Como critérios de inclusão definiram-se: ser enfermeiro, estar inserido em uma equipe de saúde da família nos meses de março, abril e maio de 2012 (período programado para a coleta de dados) e que aceite participar da pesquisa. Deverão ser excluídos aqueles enfermeiros que não estiverem atuando nas equipes de saúde da família no período supracitado.

3.5 Procedimentos para análise dos dados: codificação

A TFD propõe que a coleta e a análise dos dados ou codificação ocorram em sequências alternativas, de modo que a análise inicie tão logo o pesquisador tenha começado a sua coleta de dados de forma a conduzir o processo. Consiste em um processo de fluxo livre e criativo, numa constante comparação de dados com dados e dados com códigos (CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996; STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009)

Na TFD, o processo de análise consiste em dividir, conceituar e relacionar os dados por meio de 3 etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Strauss e Corbin (2008) propõem uma trajetória para a análise, sem desconsiderar a maleabilidade do método, isto é, o pesquisador pode mudar o foco de sua atenção e buscar uma direção revelada pelos novos dados. A seguir, descrevem-se as etapas sugeridas pelos autores mencionados.

O processo inicia com a microanálise que consiste na análise detalhada linha por linha do material a ser analisado e envolve uma forma diferente de pensar acerca dos dados já que o pesquisador precisa aprender a ouvi-los, buscando identificar materiais potencialmente interessantes ou relevantes e assim estabelecer códigos (STRAUSS, CORBIN, 2008).

O estabelecimento de códigos se dá por meio da classificação dos fatos, ações e resultados, seguindo-se a sua comparação e agrupamento, o que permite o surgimento das categorias que deverão servir de base para o posterior desenvolvimento da teoria. Todo esse processo inicial define a codificação aberta.

No segundo momento, durante a codificação axial as categorias deverão ser relacionadas com as subcategorias ao longo das linhas de suas propriedades e de suas dimensões, sendo posteriormente reagrupados a fim de formar categorias densas, bem desenvolvidas e relacionadas.

Por fim, os dados deverão passar pela codificação seletiva a fim de integrar e refinar a teoria², nesse processo as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central. O objetivo desta última etapa é

² O processo de refinamento da teoria consiste na revisão do esquema em busca de consistência interna e de falhas na lógica a fim de complementar as categorias mal desenvolvidas, podar excessos e validar o esquema (STRAUS, CORBIN, 2008, p.155)

proporcionar a compreensão dos fenômenos e a descoberta da categoria central.

3.6 Considerações bioéticas

Procurando assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, serão respeitadas as orientações e disposições da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

Este projeto será registrado no Sistema Integrado de Ensino (SIE) no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, sendo posteriormente registrado no Sistema Nacional de Informação sobre ética em pesquisa (SISNEP) e Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), submetido a avaliação e liberação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Cruz Alta para posterior submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM e aprovação.

Será solicitado aos entrevistados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este deverá ser elaborado em duas vias, sendo que uma delas será entregue aos participantes do estudo, e a outra ficará de posse da pesquisadora. Os objetivos e a metodologia serão apresentados de forma clara, em linguagem acessível. Os participantes serão informados que terão garantido o direito de sua privacidade e anonimato, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações em nenhum momento da pesquisa, e será resguardada confidencialmente sua identidade. Além disso, a liberdade de participação é espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa serão preservados e explicitados.

Será explicado também que as informações deste estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem e que o material produzido a partir da coleta de dados deverá compor um banco de dados, mantidos em um CD, sob a guarda e responsabilidade da Enf^a Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima na sala nº 1305 A do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria por um período de cinco anos, sendo posteriormente incinerados.

As determinações da referida resolução levam a entender que o pesquisador tem um compromisso ético com os participantes envolvidos na pesquisa, devendo retornar o resultado para eles. Dessa forma, os pesquisadores comprometem-se com os seus entrevistados por meio do Termo de Confidencialidade.

3.7 Riscos e Benefícios da Pesquisa

O presente estudo tem seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento acerca do tema, pois acredita-se que este possa desencadear reflexões acerca do exercício gerencial do enfermeiro no contexto da ESF.

Além disso, com a discussão dos achados pode-se produzir apontamentos para a organização da assistência e gerenciamento destes serviços de saúde, bem como contribuir no fortalecimento da atenção primária,

auxiliar na efetivação das redes no SUS, colaborar no reconhecimento do enfermeiro como um profissional de referência neste âmbito e rever aspectos do processo formativo destes profissionais.

A participação nessa pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, entretanto, poderá ocasionar desconforto psicológico, uma vez que propõe uma reflexão sobre o cotidiano de trabalho dos participantes. Todos os sujeitos da pesquisa deverão ser orientados que caso sintam algum desconforto devem informar a mestrande pesquisadora para que ela possa dar devidos encaminhamentos.

A Clínica Especializada do município de Cruz Alta será o serviço de referência para o atendimento dos profissionais que entenderem necessário.

CRONOGRAMA

Atividades	Meses	2011									
		03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Aprofundamento no tema		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Construção do projeto de pesquisa							●	●	●		
Exame de qualificação										●	
Envio a SMS ³ para apreciação											●

³ Secretaria Municipal de Saúde

Atividades	2012												
	Meses	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Aprofundamento no tema	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Envio para o Comitê de Ética e Pesquisa			●	●									
Coleta dos Dados				●	●	●							
Análise dos Dados				●	●	●	●						
Redação do Relatório Final							●	●	●	●	●		
Defesa da Dissertação												●	
Realização de alterações sugeridas pela banca												●	
Entrega da Dissertação ao PPGEnf ⁴													●
Envio de Artigo para Periódico Indexado													●

ORÇAMENTO

Toda a investigação requer um adequado planejamento quanto aos materiais a serem utilizados. Salienta-se que o custeio desse orçamento ficará sob a responsabilidade da pesquisadora mestranda Lucilene Gama Paes e os sujeitos dessa pesquisa não terão nenhum ônus financeiro.

Alguns materiais são de uso pessoal da pesquisadora e por esta razão não integram o cronograma de gastos, são eles: aparelhos para gravação digital, microcomputador, impressora e pendrives. Também deverá ser utilizado o espaço físico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

⁴ Programa Pós-Graduação de Enfermagem

Além desses, deverão ser adquiridos os materiais descritos a seguir:

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	TOTAL (R\$)
Pacote de folhas A4 (500)	2	15,00	30,00
Cartucho para impressora	5	70,00	350,00
Fotocópias	500	0,10	50,00
Transporte	250 l gasolina	2,80/l	700,00
Cartão telefônico para celular	10	15,00	150,00
Revisão Ortográfica	250 páginas	2,00	500,00
Reprodução da dissertação	03	100,00	300,00
Gastos com publicações	---	---	700,00
Total			2.780,00

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In:_____ (Orgs). **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. Cap 1, p.15-26.

ALVES-MAZZOTTI, A.J. GEWANDSZNAJDER, F. Revisão da Bibliografica. In:_____. O método das ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. são Paulo: Thonson, 2004. Cap 8, p. 179-188.

BACKES, D.S. et al. Despertando novas abordagens para a gerência do cuidado de enfermagem: estudo qualitativo. **Online braz j nurs**, v.8, n.2, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2407/527>>. Acesso em: julho 2011.

BAZILLI, C. et al. **Interacionismo Simbólico e Teoria dos Papéis**: uma aproximação para a Psicologia Social. São Paulo: Educ, 1998. 230 p.

BERTUSSI, D.C.; OLIVEIRA, M.S.M.; LIMA, J.V.C. A unidade básica no contexto do Sistema de Saúde. In: ANDRADE, S,M.; SOARES, D,A.; CORDOLI JÚNIOR, L. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL/ ABRASCO, 2001, p.133-143.

BRASIL **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília:, DF, 10 de out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://www.in.gov.br/mp_leis/leis_texto.asp?id=LEI%209887>. Acesso em: nov. 2011.

BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TIMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1355-

1360, Jul/Ago, 2008.

CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-868.

CASSIANI, S.B.; CALIRI, M.H.L.; PELÁ, N.T.R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev. Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para a análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.

COSTA, M.B.S.; SILVA, M.I.T. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do enfermeiro. **Rev.Enferm.UERJ**, v.12, n.3, p.272-279, 2004.

CHISTOVAM, B.P.; SANTOS, I. Os desafios da gerência do enfermeiro no nível central de saúde. **Rev.Enferm.UERJ**, v.12, n.1, p. 66-70, 2004.

CRUZ ALTA. Prefeitura Municipal de Cruz Alta. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.cruzalta.rs.gov.br/portal1/municipio/historia.asp?ildMun=100143114>>. Acesso em: setembro 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Consulta**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=43&VMun=430610&VComp=>>. Acesso em: setembro 2011.

DAL PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E.N.R. O Enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.19, n.1, supl.1, p.82-87, Jan/Mar, 2006.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C.S. (Org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 24.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994, Cap 2 p.31-50.

DUARTE, L.R.; BENEVIDES, C.C.; MENINO, D.S. O trabalho do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista Científica de Enfermagem**, v.7, n.2, p.100-106, 2009.

FERNANDES, M.C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev.bras.enferm**, Brasília, v.63, n.1, p.11-15, Jan/Fev, 2010.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2005. 224 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades@, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: agosto 2011.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p.313-320, Abr/Jun, 2009.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análises e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, Distrito Federal, v.56, n.6, p.669-673, Nov/Dez , 2003.

LEOPARDI, M.T.; GELBCKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan/abr. 2001.

LIMA, S.B.S. **A gestão da qualidade na assistência de enfermagem: significação das ações no olhar da acreditação hospitalar no pronto socorro**. 2008. 283 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v.13, n.31, p.329-342, out/dez. 2009.

LOURENÇO, M.R.; SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M.A. Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Rev Latinoam enferm**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.469-73, Jul/Ago, 2005.

MELO, C.M.M., SANTOS, T.A. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.426-432. Jul-set. 2007.

MENICUCCI, T.M.G.O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, jul, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 407 p.

PETERLINI, O.L.G.; ZAGONEL, I.P.S. O Sistema de informação utilizado pelo Enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p.418-426, Jul/Set, 2006.

PINHEIRO, A.L.S. Gerência de enfermagem em unidades básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev. APS**; v.12, n.3, p.262-270, Jul/Set, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Cruz Alta. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**.

SOUZA, M.K.B; MELO, C.M.M. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. **Rev enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17,n.2, p.198-202, Abr/Jun, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 443-453, Mar/Abr, 2007.

WEIRICH, C.F. et al. Trabalho Gerencial do Enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto & Contexto enferm**, Florianópolis, v.18, n.2. p.249-57, Abr/Jun, 2009.

XIMENES NETO, F.R.G.; SAMPAIO, J.J.C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev bras enferm**, Brasília, v.6, n.1, p.36-45, Jan/Fev, 2008.

APÊNDICE A

Dados de Identificação do Participante

Idade em anos:	Data:
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Escola de Formação:	<input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada
Ano de conclusão da graduação:	
Possui algum curso de pós graduação?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cursando <input type="checkbox"/> Interrompido Qual modalidade? <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado Área da Pós-Graduação: _____ Ano de Término: _____
Tempo de atuação profissional em ESF (em meses ou anos):	
Tempo de atuação em ESF no município de Cruz Alta (em meses ou anos):	

APÊNDICE B
Roteiro de Entrevista

1. Fale-me sobre como você se vê dentro da ESF
2. Conte-me sobre o seu cotidiano de trabalho. O que você faz? Como você faz?
3. Fale sobre como você realiza o gerenciamento da ESF. O que você faz?
4. O que significa ser gerente da ESF para você?
5. Conte-me como se dá a relação do seu fazer assistencial com o gerencial?
6. Há algo mais que você considere que eu deva saber para compreender melhor o seu exercício gerencial dentro da ESF?
7. Há algo que você gostaria de me perguntar?