

## ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DA ENFERMEIRA NA GESTÃO COMPARTILHADA DO SUS

Tatiane Araújo dos Santos\*

**RESUMO:** *O processo de descentralização da saúde no Brasil delega aos municípios a responsabilidade pela prestação de serviços e ações de saúde, pondo em foco a capacidade municipal em gerir o sistema de saúde local. Dentre os atores envolvidos na gestão do SUS municipal, as enfermeiras ganham destaque por ocuparem cargos-chave na gestão deste sistema. Isto implica que estas profissionais devem desenvolver habilidades técnicas, sobretudo políticas, na ocupação destas funções gestoras. Por isto, o objetivo desta pesquisa é analisar a participação política da enfermeira na gestão do SUS municipal, identificando como esta ocorre, qual a concepção da enfermeira quanto a sua participação política e quais os espaços desta participação. Como resultados principais, inferimos que a participação política da enfermeira ocorre principalmente vinculada aos aspectos técnicos de sua função, e que, apesar da sua formação contribuir para melhor inserção desta profissional no SUS, por possibilitar uma visão compreensiva do mesmo, esta não é considerada um fator imprescindível no estabelecimento de critérios para a ocupação de funções gestoras. Concluímos que as enfermeiras, mesmo apresentando uma participação política relacionada mais com aspectos técnicos do seu trabalho, ainda precisam desenvolver habilidades políticas que, somadas aos aspectos técnicos, contribuirão para melhor desempenho desta profissional na gestão do SUS e para a consolidação deste sistema.*

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde; Enfermagem; Gestão

### INTRODUÇÃO

A descentralização da saúde distribuiu, além de recursos financeiros, poder e autonomia entre as três esferas de governo (Souza, 2000). O município é o ente federado que ganha destaque neste processo descentralizador, pois é este que arca com as maiores responsabilidades na prestação de serviços, motivo pelo qual a descentralização é considerada, no campo da saúde, como municipalização. Assim, a municipalização da saúde coloca em foco a capacidade gestora do município, pois sendo a gestão do SUS por natureza compartilhada (Guimarães *et al.*, 2005), traz para a arena decisória os gestores e co-gestores municipais do Sistema de Saúde que, dentro de suas atividades, são responsáveis pelo planejamento e implementação de políticas públicas e oferta de ações e serviços de saúde.

Diversos estudos mostram que as enfermeiras vêm ocupando cargos estratégicos, desde secretarias municipais a gerentes de serviços, na gestão do SUS no município. Ao participarem desta esfera pública de decisão, as enfermeiras precisam associar às suas habilidades técnicas, conhecimento e formação política. Silva (2003) analisa que as enfermeiras que participam dos conselhos de saúde revelam insegurança e fragilidade política, e as próprias referem o despreparo político ao assumirem seus cargos, sendo que só adquirem esta habilidade no desenvolvimento de suas funções.

Este frágil embasamento político, perante os novos desafios advindos com a gestão compartilhada do SUS, dificulta a plena participação da enfermeira nas decisões, já que colocar-se politicamente exige capacidade de articulação e negociação. Por isto, mais do que a

---

\* Acadêmica do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – UFBA. Orientadora: Cristina Maria Meira de Melo, Enfermeira, Doutora em Saúde Pública, Professora da Escola de Enfermagem da UFBA.

participação, o foco desta pesquisa foi a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS municipal.

Partindo do pressuposto de que as enfermeiras participam politicamente da gestão do SUS, embora de forma frágil, devido a pouca formação política desta profissional, e que a gestão compartilhada do SUS exige grande capacidade de articulação e coordenação política, configura-se como objetivo geral deste estudo a análise da participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS em municípios baianos. Os objetivos específicos são:

- Identificar a concepção da enfermeira quanto à sua participação política na gestão compartilhada do SUS municipal.
- Identificar espaços e modos da participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS municipal.
- Analisar como ocorre a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS municipal.

Desta forma, ao estudar a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS, esperamos contribuir para a formação política desta profissional, demonstrando que seu posicionamento político é essencial na construção de um sistema de saúde equânime, democrático e universal.

## 2.0 A GESTÃO NO ÂMBITO DO SUS: EM BUSCA DE UM NOVO CONCEITO

A luta por um sistema de saúde descentralizado tem o seu ápice com o Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido nas décadas de 70 e 80. A descentralização das ações da assistência saúde buscava mais equidade na solução dos problemas da saúde no Brasil, pois as regiões brasileiras possuem demandas peculiares à sua realidade, agravadas pelas diferenças sócio-econômicas. Por outro lado, o Sistema de Saúde centralizado, em que as prioridades eram decididas sem a participação de estados e municípios, revelou-se ineficiente para atender às necessidades de saúde de cada região (Souza, 2000).

O tipo de descentralização que predominou no Brasil foi a político-administrativa. Isto significou mais do que uma redistribuição de recursos financeiros entre os três âmbitos de governo. Implicou também na partilha de poder e responsabilidades na implantação de políticas públicas. Através da desconcentração de ações e serviços que antes eram somente executados pelo governo federal e da distribuição de poder político e financeiro, os estados e municípios passam a partilhar da tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços (Souza, 2000; Noronha, 2004).

Dentre os três âmbitos de governo – federal, estadual e municipal – é este último o que mais ganhou destaque na descentralização da saúde. Os municípios foram os principais beneficiários na partilha dos recursos financeiros, porém também arcaram com maior responsabilidade na gestão e oferta de serviços de saúde. Devido a esta estratégia de descentralizar a saúde via município, este processo ficou conhecido como a municipalização da saúde (Guimarães *et al*, 2005; Souza, 2000).

Guimarães *et al* (2005) referem que a municipalização possibilitou, além de maior eficiência na oferta de serviços, a incorporação de novos atores na gestão deste sistema através da criação dos conselhos de saúde, e maior autonomia municipal em relação às políticas a serem adotadas. Apesar destes avanços, a pobreza econômica de muitos municípios brasileiros os tornam dependentes dos repasses financeiros do governo federal, limitando desta forma a capacidade municipal de formular suas próprias políticas. Paim (1999) coloca que, devido a estas

difficultades econômicas, a municipalização pode causar um desgaste do SUS perante o usuário, caso o município não seja capaz de efetivá-lo.

O desenho institucional do SUS incorpora várias instâncias de negociação, abrangendo, além dos três âmbitos de governo, os segmentos representativos da sociedade, e permite que estados e governo federal atuem onde o município não for auto-suficiente (Noronha, 2004). Além disso, os princípios da regionalização e hierarquização na oferta de ações e serviços exigem que, mesmo quando o município é capaz de gerir o seu sistema de saúde, este deverá negociar com o governo estadual e outros municípios a articulação dos serviços existentes, nos diversos territórios.

Desta forma, a principal exigência quanto a atuação do gestor municipal está na sua capacidade de relacionar-se com outros atores sociais, pois, devido aos espaços de negociação existentes, a sua interação com outros órgãos do governo, setores privados e com a sociedade civil organizada torna-se o principal fator de sucesso na gestão do SUS (Noronha, 2004).

Segundo Noronha (2004), o gestor do SUS possui funções políticas e técnicas dentro deste sistema. Politicamente, o gestor deve ser capaz de negociar e pactuar com os outros sujeitos envolvidos na gestão, como já colocado acima. Tecnicamente, este deve direcionar o exercício de suas funções gestoras, articulando habilidades a fim de viabilizar a política de saúde.

Para tal, Noronha (2004) descreve que as ações do gestor no setor da saúde devem predominar em quatro campos de atuação, chamadas de macro-funções: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; prestação direta de ações e serviços de saúde. De acordo com a legislação do SUS, cada âmbito de governo tem participação nas ações que compõem cada macro-função.

A partir da definição destas macro-funções, assumimos que a realização da gestão do SUS torna-se possível pela interação do poder executivo municipal, através da Secretaria Municipal da Saúde, com os demais atores, tendo com instância formal de negociação o Conselho Municipal. É esta partilha de responsabilidades na execução das macro-funções que garante o cumprimento dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Por isto, afirmamos que os atores que foram incorporados à gestão do SUS são, na verdade, co-gestores do sistema. Isto posto, concordamos com Guimarães *et al* (2005) quando afirmam que a gestão do SUS é por natureza compartilhada, constituindo-se em “um processo permanente de negociação e pactuação em situação potencialmente conflituosa, para formular, implementar e sustentar políticas públicas de saúde.”

Ao assumirmos que o SUS é composto de co-gestores e que a sua gestão é essencialmente compartilhada, estamos equiparando as funções gestoras e gerenciais estabelecidas na NOB 01/96. Nesta Norma está disposto que:

Gerência é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 1996.).

Ao realizar esta divisão de tarefas, a NOB 01/96 estabelece somente a atuação do gestor municipal como eixo para o funcionamento do SUS, descaracterizando o compartilhamento da gestão. Pastana (2002), em seu estudo sobre práticas de avaliação na gestão descentralizada do SUS, propõe a ampliação do conceito de gestão, assumindo o gestor como o “responsável pela gerência e coordenação de algum programa, serviço, atividade, ou do próprio sistema de saúde”.

Desta forma, esta autora assume que o exercício da gestão no âmbito do SUS engloba as funções ditas gerenciais, colocando também os gerentes como co-gestores do sistema.

Contudo, os autores na área da saúde buscam, geralmente, adotar os conceitos estabelecidos na NOB 01/96, sem maior discussão sobre o que implica esta separação de funções quando na gestão do SUS. Isto reflete que o conceito de gestão compartilhada ainda não é um consenso ou não é assumido entre os que desenvolvem pesquisas sobre a gestão do SUS.

Em outros campos do conhecimento, encontramos o debate teórico sobre gestão e gerência principalmente nas Ciências Sociais e na Administração. Nas Ciências Sociais, a divisão entre as atividades gestoras e gerenciais só são pertinentes nas áreas empresarial ou industrial, pois visam a obtenção de lucro. E quando passamos para a administração pública, torna-se difícil separar estas funções (FGV. Dicionário de Ciências Sociais, 1986).

Na administração, o conceito de gestão e gerência se aproximam, de acordo com a concepção teórica identificada. Em alguns estudos como o de Fausto (2003), encontramos o conceito de gestão mais operacional, onde esta envolve o uso objetivo dos instrumentos gerenciais. Nas Ciências Políticas estes conceitos não são antagônicos, pois neste campo a gestão engloba uma dimensão política, “politizando assim os conflitos existentes no processo de decisão no âmbito das organizações, inclusive nas organizações públicas” (Guimarães *et al.*, 2005).

Como exposto, a dualidade gestão/gerência se faz fortemente presente na saúde. Mas ao assumirmos a existência de gestores e co-gestores do SUS, afirmamos que todos os atores estão envolvidos, de forma direta ou indireta, na gestão deste Sistema. Aproxima-se, portanto, o nosso conceito com os de outras áreas do conhecimento, não cabendo, assim, a divisão proposta pela NOB 01/96.

Ao permitir que novos atores atuem como co-gestores do SUS, o papel destes cresce em importância e participação. É justamente na atuação destes co-gestores, mais especificamente na participação da enfermeira, que discutiremos na segunda parte deste referencial.

## 2.1 PARTICIPAÇÃO DA ENFERMEIRA NA GESTÃO DO SUS

A participação da enfermeira na gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde é um tema pouco explorado na literatura. Entretanto, podemos acreditar que esta ocorra desde o surgimento do SUS. Silva (2003) e Pires (2001) nos trazem que as enfermeiras atuam em todas as instâncias de decisão, ocupando posições que vão desde membros dos conselhos de saúde até o cargo de secretárias municipais da Saúde.

Esta capacidade de inserir-se nas políticas públicas de saúde é reconhecida pela Organização Pan-Americana de Saúde, que ressalta a importância da enfermagem na operacionalização destas políticas. Isto porque a enfermeira é a responsável por coordenar o trabalho da maior categoria profissional da área da saúde, sendo portanto inviável a construção de qualquer sistema sem a participação desta profissional (Pires, 2001).

Apesar das enfermeiras ocuparem cada vez mais espaços estratégicos na gestão do SUS, alguns estudos têm constatado que a atuação desta profissional configura-se em “inexpressiva participação social, ausência de preparo político para conduzir determinadas situações e ausência de reflexão sobre a sua prática frente às transformações ocorridas” (Silva, 2003 *apud* Moretto, 2001, p.127). Esta limitação política relaciona-se com a falta de um conhecimento abrangente sobre a política, especificamente sobre a política de saúde e gestão do SUS.

Silva (2003) destaca em seu estudo que, de uma forma geral, as enfermeiras que participam dos Conselhos de Saúde em Goiás não se sentiam politicamente preparadas para ocupar estas posições, atribuindo à graduação este despreparo. No entanto, estas mesmas enfermeiras revelam também que ao se depararem com a nova situação de conselheiras, buscaram outros meios de formação que lhes possibilitasse um cumprimento mais satisfatório de suas tarefas.

Com isto, queremos colocar que o desenvolvimento político de qualquer indivíduo independe de sua formação durante a graduação. Chega a ser um posicionamento ingênuo querermos que a graduação desenvolva em cada enfermeira as habilidades políticas necessárias para a construção do SUS. Cabe a cada uma a responsabilidade por sua formação enquanto cidadã politicamente ativa.

No entanto, não queremos eximir as instituições formadoras de enfermeiras de suas responsabilidades como organismo social. Obviamente, cabe também a cada instituição a renovação dos currículos, buscando o rompimento com o modelo biomédico de atenção à saúde. Silva (2003 *apud* Moreto, 2001, p.127) coloca que “é preciso formar profissionais comprometidos com a profissão através da inserção social em vivências críticas e reflexivas durante sua vida acadêmica.”

Esta fragilidade política da enfermeira tem servido para legitimar discursos hegemônicos na saúde, contribuindo para a desconstrução dos princípios do SUS. O vazio político percebido nos discursos das enfermeiras comprometem a qualidade de sua participação em espaços públicos (Pires, 2001), já que, na saúde, não é possível pensar em participação desvinculada de espaços públicos para a construção das políticas de saúde. E, segundo Demo (1989), a participação neste âmbito significa assumir riscos, pois não é possível estar inserido neste contexto sem disputar poder.

A disputa de poder aqui referido vai além da conquista de bens materiais ou do reconhecimento público. Reflete a relação entre as pessoas, e o seu exercício possibilita que os indivíduos busquem sua emancipação política, entendendo a sua participação como conquista e não como concessão (Bobbio, 2000; Demo, 1989).

Para Demo (1989), a participação propriamente dita só ocorre após a superação de três etapas. Primeiro, os sujeitos tomam consciência da situação, saindo desta forma da posição passiva. Segundo, partem para o enfrentamento prático, que seria um maneira empírica e desarticulada de resolver os problemas, para em seguida, atingirem o estágio de organização política, onde a articulação possibilita o enfrentamento de problemas de forma coletiva.

Dentre os muitos objetivos da participação, destacamos a possibilidade de auto-promoção que esta traz. Isto significa que a principal característica de qualquer processo participativo em políticas públicas é a co-gestão ou a autogestão dos interessados na satisfação de suas necessidades (Demo, 1989). Na área da saúde a auto-promoção reflete-se na participação social na gestão do SUS através dos conselhos de saúde, em especial, dos conselhos municipais, onde a participação dos usuários pode ser feita de forma mais direta. A participação em espaços públicos pode efetivar-se de muitas maneiras, mas a esta pesquisa interessa a participação política. Isto porque temos como objetivo do estudo este tipo de participação pelas enfermeiras, frente à fragilidade política que acompanha esta profissão. Segundo Bobbio (2000), a participação política reflete práticas, orientações e processos. As formas mais difundidas de participação política são as votações e manifestações, porém não são as únicas.

A participação política pode efetivar-se através de simples presença em reuniões, sem contribuições ou envolvimento pessoal, da delegação de atividades ou representatividade ou ainda pela participação propriamente dita, em que envolvimento direto ou indireto do participante para uma decisão política (Bobbio, 2000). Ainda segundo este autor, este último meio de participação só é viável em ambientes com um número reduzido de pessoas e sem caráter competitivo. Esta colocação merece algumas considerações, quando refletidas no âmbito da saúde.

Na gestão do SUS, a participação política se evidenciará principalmente na sua principal instância de negociação e decisão, que é o conselho de saúde. Por ser um espaço que envolve diferentes representações e, por isto, interesses diversos, já ocorre uma competição na defesa das posições de cada segmento que forma o conselho: governo, usuários, prestadores de serviço e profissionais. Isto implica que, mesmo neste espaço, há uma competição evidenciada pela

capacidade de cada segmento em influenciar e articular-se com outros indivíduos para a defesa de interesses próprios.

A evidência disto é que, na leitura de atas de alguns conselhos de saúde de municípios baianos, podemos perceber certa manipulação por parte de alguns segmentos e subordinação dos demais, inferido-se pelo pouco questionamento e na pouca participação na decisão da pauta das reuniões subsequentes.

É neste espaço que envolve competição e disputa de poder que se configura a participação política da enfermeira. Ao confrontarmos esta realidade com a já exposta fragilidade política da enfermeira, percebemos que esta profissional inicia sua participação de forma tímida e ao longo do exercício de suas funções, buscando formação em outros ambientes, vai adquirindo a maturidade necessária para uma melhor participação política<sup>3</sup>. Posto isto, colocamos que a participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS traduz-se no pensar crítico sobre a sua prática, reconhecendo que esta se faz em espaços de disputa de poder, estando na coerência de seus posicionamentos políticos a possibilidade de construção de políticas públicas de saúde que contemplem os princípios do SUS. Para tal, é preciso que a enfermeira se reconheça como sujeito dos acontecimentos e promova a democratização do poder através de uma participação consistente.

Desta forma, queremos colocar que quanto mais consciente de seu papel como sujeito político, a enfermeira estará mais próxima de participação crítica nos espaços onde ela está inserida. E, certamente, este será o caminho para o reconhecimento social que as enfermeiras almejam alcançar.

### 3 METODOLOGIA

Uma das preocupações deste estudo foi captar aspectos não claramente expostos como valores, crenças e pensamentos acerca da participação política da enfermeira na gestão compartilhada do SUS municipal. Por isso optamos por uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Segundo Minayo (1996), a abordagem qualitativa traz como foco o significado e a intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Richardson e col. (1989) apontam que o método qualitativo é usado para o entendimento da natureza de um fenômeno social, pois os objetos neste estudo são situações complexas ou estritamente particulares.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, adotamos o estudo de caso como referencial teórico-metodológico. Triviños (1987) define o estudo de caso como uma categoria da pesquisa qualitativa que permite a análise profunda do objeto estudado. Neste estudo, o foco da análise é a participação política da enfermeira no contexto da gestão compartilhada do SUS.

O município escolhido para esta pesquisa foi Vitória da Conquista. Os critérios utilizados para esta escolha foram os definidos pelo estudo “Análise da gestão compartilhada do SUS em municípios baianos”, do qual este é um dos subprojetos. Os critérios de seleção observados foram: o município estar habilitado na gestão plena do sistema municipal de saúde há, pelo menos, dois anos; ter população superior a 80.000 habitantes e ter continuidade político-administrativa da gestão municipal.

Participaram como sujeitos desta pesquisa as enfermeiras que têm função gestora ou co-gestora do SUS em Vitória da Conquista e que participam de decisões no âmbito das quatro funções gestoras definidas por Noronha (2004).

Na macro-função formulação de política e planejamento, foram sujeitos desta pesquisa as enfermeiras gestoras (secretária da saúde e secretário adjunto) e co-gestoras (coordenadoras etc.) diretamente ligadas à gestora (primeira linha). Nas macro-funções de financiamento e coordenação, regulação, controle e avaliação de bens, ações e serviços, foram entrevistadas, além das enfermeiras co-gestoras (primeira linha), aquelas atuantes no conselho municipal de saúde, independente da categoria que representassem. Na macro-função de prestação direta de ações e

serviços de saúde, as informantes-chave foram as enfermeiras atuantes no conselho municipal de saúde e aquelas que estavam exercendo funções gerenciais em unidades de saúde.

Para realizar a categorização da participação política da enfermeira, construímos um plano de análise onde cruzamos as macro-funções gestoras e os níveis de participação política, de acordo com a classificação de Bobbio (2000) – participação política incipiente, participação política por delegação e participação política propriamente dita - e lugares institucionais ocupados por enfermeiras.

Neste estudo, utilizamos três técnicas de coletas de dados:

1. A análise documental, através da leitura de atas do Conselho Municipal de Saúde e dos Relatórios de Gestão, além de outros documentos que julgamos importantes, com a finalidade de evidenciarmos a participação política das enfermeiras em decisões pertinentes às funções gestoras: formulação de políticas e planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; prestação direta de ações e serviços de saúde.

2. A entrevista semi-estrutura com as enfermeiras que efetivamente participaram dos processos decisórios. A escolha deste tipo de entrevista deu-se porque esta parte de questionamentos básicos que possibilitam que o informante siga livremente a linha do seu pensamento e experiências dentro de um foco principal colocado pelo entrevistador (Triviños, 1987).

3. A observação pontual no momento das entrevistas. Este tipo de técnica facilita a apreensão de características particulares a determinado fenômeno social, sendo, portanto, importante na coleta de dados em abordagens qualitativas. Além do que, possibilita um confronto do pesquisador entre o que é expressado e as reações do entrevistado (Minayo, 1996).

Desta forma, esta triangulação de técnicas de coleta de dados pretende assegurar a validade das informações. As informações conseguidas através da triangulação dos dados foram analisadas de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977).

A análise de conteúdo passa por três etapas básicas: a pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial (Triviños, 1987). A pré-análise foi realizada à medida que as entrevistas, a análise documental e o registro de observações foram sendo feitos, através da transcrição das fitas e de leituras flutuantes. Em seguida, fizemos leituras exaustivas com a finalidade de explorar o conteúdo das informações, considerando o objeto e objetivos do estudo. Então, realizamos o tratamento dos resultados obtidos e os interpretaremos considerando o referencial teórico utilizado. No tratamento dos dados, foram construídas matrizes de análise com a finalidade de identificar as unidades de análise.

### 3.1 Análise dos dados

O resultado da análise, principalmente das entrevistas realizadas com as enfermeiras gestoras e co-gestoras do SUS no município de Vitória da Conquista, permitem inferir que esta profissional consegue obter uma participação política na gestão do SUS expressa no seu compromisso profissional, que se sobressai quando comparado com as de outras categorias profissionais atuantes no sistema local de saúde.

As entrevistadas referem-se a este compromisso profissional como aquele que se expressa no comprometimento e disponibilidade para o trabalho. No entanto, podemos inferir que as enfermeiras entrevistadas vinculam sua participação política ao comprometimento técnico, não percebendo que esta também é exercida em outros momentos, como por exemplo, em negociações e acordos. Sendo o compromisso profissional a característica mais marcante na participação política da enfermeira, inferimos que esta se empenha em disputas de poder que requerem mais conhecimento científico que habilidades políticas, caracterizando um domínio que Testa (1995) classifica como o do poder técnico, em detrimento do poder administrativo ou

propriamente político, isto é, no controle de recursos de poder e de tomada de decisão na gestão do SUS.

O comprometimento profissional e a disponibilidade em aprender, ressaltados pelas entrevistadas, está vinculado com o maior tempo que as enfermeiras despendem no local do seu trabalho. Ao analisarmos a natureza do processo de trabalho da enfermeira, percebemos que este, por si, exige este tipo de vinculação, mais duradoura e comprometida. A profissional enfermeira permanece mais tempo no serviço por sua atividade ser contínua, ao contrário, por exemplo, do processo de trabalho médico, que não necessita de períodos prolongados nos estabelecimentos de saúde. Portanto, a natureza do trabalho da enfermeira já predispõe a mesma a uma participação mais consistente na gestão do SUS, conforme as macro-funções adotadas no estudo.

Quanto aos espaços onde acontece a participação política da enfermeira, constatamos que no município de Vitória da Conquista encontramos enfermeiras ocupando diversos cargos na gestão do SUS. Ao analisarmos, por exemplo, a atual composição da Secretaria Municipal da Saúde, as enfermeiras ganham destaque pois ocupam os cargos de secretária da saúde, secretário adjunto, coordenações da atenção básica, vigilância epidemiológica auditoria, SAMU 192, central de marcação de procedimentos de média e alta complexidade e central de marcação de consultas, entre outros. Apesar da ocupação destes espaços ter uma conotação política importante, poucas entrevistadas souberam relacionar a sua participação política, expressa pelo compromisso profissional, com a sua indicação para ocupar tal posição. Por exemplo, uma das entrevistadas relaciona como fator predominante para a sua indicação à função de coordenadora a sua habilidade técnica. Outras entrevistadas reconhecem que, apesar da habilidade técnica ser importante, isto isoladamente não as levaria a ocupar tais funções se não demonstrassem compromisso com a gestão do sistema. Portanto, inferimos que as enfermeiras ainda não percebem ou valorizam a ocupação de funções gestoras com algum atributo político da sua prática. Algumas das entrevistadas inclusive valorizam a sua escolha para a ocupação de funções gestoras com sua exclusiva competência técnica, em detrimento de uma possível competência política. Apesar de participar politicamente do SUS através do comprometimento profissional, as enfermeiras não se percebem atuantes politicamente no sistema. Uma das entrevistadas ressalta que a própria escolha por trabalhar pelo SUS já é, em si, uma escolha política e que ainda assim muitas enfermeiras não conseguem apreender a importância desta. Isto nos revela que a enfermeira ainda não consegue se perceber como sujeito histórico e atuante nos processos de decisão na área da saúde, preferindo manter-se na “neutralidade política” característica desta profissão.

Estes resultados corroboram com o encontrado por Pires (2001), em seu estudo sobre a qualidade formal e política do enfermeiro, o que leva esta autora a concluir que as fragilidades políticas das enfermeiras as impedem de desenvolver uma melhor prática no seu processo de trabalho, por não se perceber como agente transformador deste processo.

Um aspecto importante que surgiu durante as entrevistas, apesar de não ser o foco desta pesquisa, é que a formação da enfermeira durante a graduação permite uma visão mais abrangente da organização e funcionamento dos sistemas de saúde. Isto corrobora para uma melhor inserção deste profissional na gestão do SUS. Apesar desta colocação das entrevistadas, as mesmas ressaltaram que, no município de Vitória da Conquista, a escolha dos gestores e co-gestores não adotou como critério a formação profissional. O fator que predominou foi o envolvimento e comprometimento da profissional com o SUS, caracterizando o que as entrevistadas chamaram de “perfil”, sendo que a categoria profissional que mais se enquadrava era a da enfermeira.

Os resultados obtidos com esta pesquisa são de relevância para o acúmulo de conhecimento sobre a participação política da enfermeira, pois revelam que esta profissional identifica-se com a participação política através do conhecimento técnico. Isto confirma o pressuposto inicial de que a enfermeira participa politicamente da gestão do SUS, embora esta participação seja limitada.

## CONCLUSÃO

Ao estudar a participação política da enfermeira na gestão do SUS, pudemos evidenciar como uma categoria profissional contribui para a implantação/implementação deste sistema. É notório que as enfermeiras, mesmo ocupando posições politicamente privilegiadas, valorizam o conhecimento técnico em detrimento ao conhecimento político. A formação de profissionais de enfermagem politicamente conscientes e ativos é fundamental para o desenvolvimento de nossa profissão. Ao evidenciarmos tal achado, esperamos contribuir para uma melhor abordagem sobre a importância da participação política durante a formação da enfermeira nos cursos de graduação, pois como afirmado pelas entrevistadas, a nossa formação nos permite uma melhor inserção no sistema, e é, portanto, fundamental que a discussão e participação política sejam estimuladas durante a graduação.

Dois aspectos revelados nesta pesquisa e que podem constituir foco de pesquisas futuras é como a formação da enfermeira contribui para a sua participação política no SUS e como o processo de trabalho da enfermeira influencia na participação política desta. Assim, estaremos aprofundando um conhecimento necessário às enfermeiras, para que as mesmas possam perceber a sua participação política para além do comprometimento técnico e possam, efetivamente, contribuir para a consolidação do SUS.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. 5 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa oficial do Estado, 2000.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

\_\_\_\_\_. **Pobreza política**. 2ed. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário de Ciências Sociais**. Instituto de documentação. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1986.

GUIMARÃES, M.C.L et al. **Projeto Análise da Gestão Compartilhada no SUS em municípios baianos**. 2005.

\_\_\_\_\_. **Descentralização da Saúde, Interesses e Conflitos Decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia 1993-1998**. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, 2000.

GUIMARÃES, M. C. L. ; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos ; MELO, Cristina M.M.; SANCHES FILHO, Alvino . **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1996.

NORONHA, J.C. et al. **A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

PASTANA, Caroline Fernandes. **Práticas de avaliação na gestão descentralizada de saúde: a experiência de Vitória da Conquista 1998-2001.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, 2002.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil.** Dissertação (mestrado) – Universidade de Brasília, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry e col. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1989.

SILVA, Marysia Alves da. **A participação dos enfermeiros nos Conselhos de Saúde em Goiânia, Goiás.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

SOUZA, Celina. **Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol 7, nº 3. ABRASCO, 2002.

\_\_\_\_\_. **Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: Processo decisório, conflitos e alianças.** Revista de Ciências Sociais, vol 44, nº 3, 2001.

TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.** Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.