

SISTEMATIZAÇÃO DE UMA METODOLOGIA GERENCIAL PARA UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA PESQUISA SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL

SYSTEMATIZATION OF A MANAGEMENT METHODOLOGY FOR PRIMARY HEALTH CARE UNITS OF NATIONAL UNIT SYSTEM IN THE CONTEXT OF AN ORGANIZATIONAL CULTURE RESEARCH

Bárbara Raupp¹

RESUMO

Este artigo apresenta o processo e os resultados de uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional, realizada em um serviço de atenção primária do SUS: o Serviço de Saúde Comunitária, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre/RS. A Cultura Organizacional, entendida como a “simbologia que sustenta o projeto real de uma organização”, é considerada por Rivera e Artmann (1999) como um recurso de viabilidade em processos de mudança organizacional, como é o caso do contexto estudado e do SUS. Além de uma síntese sobre os principais traços culturais, apresentamos uma metodologia gerencial, denominada “Coordenação de Processo de Trabalho”, que pretende valorizar os aspectos positivos da cultura para trabalhar com as suas dificuldades, num contexto de renovação e mudanças organizacionais. A pesquisa foi um Estudo de Caso qualitativo com apoio na hermenêutica-dialética (MINAYO, 1996). A análise de informações utilizou uma adaptação da grade de análise cultural proposta por Rivera (2003, p. 196). Os resultados da pesquisa apontaram a co-existência de traços culturais informados em diferentes paradigmas e modelos de atenção em saúde, além de singularidades relacionadas com a história da unidade de saúde e do serviço. A metodologia, se empregada com criatividade, poderia contribuir em outros contextos de atenção primária do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura Organizacional. Atenção Primária à Saúde/organização & administração. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Gerencia.

ABSTRACT

This study reports the process and results of research undertaken in a primary health care service: The Community Health Service of Grupo Hospitalar Conceição, in Porto Alegre, RS, Brazil. A management methodology termed “Work Process Coordination”, which seeks and values positive cultural features as a way of renovating and changing the management context, was implemented. The Organizational Culture, understood as “the symbology that supports the actual project of an organization”, is considered by Rivera and Artmann (1999) as a “resource of viability” in processes of organizational changes, as happens in this study context and in the Brazilian Unified Health System (SUS). This was a hermeneutical-dialectical qualitative study (MINAYO, 1996). Information analysis was adapted from Rivera’s cultural analysis grid (RIVERA, 2003, p.196). Besides singularities related to the service history, cultural traces informed in different health care models and paradigms co-existed. The same methodology might creatively contribute to other primary care contexts of the SUS.

KEY WORDS: Organizational Culture. Primary Health Care/organization & administration. Health Management. Single Health System. Management.

¹ Odontóloga, especialização em Odontologia Social, em Saúde Pública e Mestrado em Educação. Serviço de Saúde Comunitária - Grupo Hospitalar Conceição. Endereço: Rua Alfredo Silveira Dias, 223 - Bairro Nonoai - Porto Alegre, CEP 90 830-180 E-mail: barbara.raupp@brturbo.com.br

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma discussão a partir dos resultados de uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional em uma unidade de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS). Com apoio no conhecimento produzido, sistematizei uma metodologia gerencial que pretende contribuir na renovação cultural e organizacional neste contexto. A pesquisa realizou-se em uma unidade do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre/RS, entre 2004 e 2006, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do GHC e cumprido todos os requisitos exigidos pelo mesmo.

O interesse por pesquisar esta temática surgiu primeiramente das frustrações, dificuldades e questionamentos de meu cotidiano de trabalho como odontóloga e integrante de uma das equipes do SSC. O estudo apoiou-se teoricamente em autores que discutem a temática gerencial no contexto institucional da saúde no Brasil, em autores da área da administração geral e, de certo modo, deu continuidade à minha dissertação de mestrado, em que discuti a problemática da racionalidade de duas experiências de planejamento participativo: uma no SSC e outra em um serviço de APS em Montevideu. A discussão teórica, apoiada em Habermas (1987) e em Rivera (1995), levou-me à opção por enfoques de planejamento e gestão com racionalidade ampliada que, operacionalmente, poderia ser colocado como um enfoque estratégico-situacional de planejamento/gestão permeado por dimensões comunicativas. Despertou também meu interesse e desejo de contribuir para implementar, no serviço onde atuo, processos de planejamento e gestão com essas características. Porém, as dificuldades percebidas nessas tentativas de inovação remeteram a uma reflexão sobre a problemática da Cultura Organizacional.

A Cultura Organizacional é ressaltada por vários autores como um importante fator de viabilidade em projetos de mudança nas organizações em geral e, mais especificamente, no setor saúde, onde o projeto do SUS significa um processo de mudança paradigmática. Em qualquer ponto de atenção na rede de serviços do sistema de saúde, a Cultura representa um “nó crítico”, isto é, um problema estratégico que deve ser melhor conhecido e melhor trabalhado.

Defino, neste ponto, ainda de modo preliminar, Cultura Organizacional, com apoio em Rivera e Artmann (1999), como a “simbologia que sustenta o projeto real de uma organização” e destaco, com esses autores, o seu papel como um recurso de viabilidade em processos de mudança ou renovação organizacional. Thèvenet apud Rivera (2003) ilumina a compreensão desse conceito ao ressaltar que a

Cultura Organizacional constitui-se, através da história de uma organização, em processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas.

No SSC, percebo traços culturais contraditórios em relação, por exemplo, aos valores relacionados ao planejamento, aspecto fundamental em um serviço de saúde. Por um lado, é preciso reconhecer que existe, entre as equipes, profissionais e gestores, uma preocupação em fazer planejamento para qualificar as ações desenvolvidas. Entretanto, existem dificuldades, resistências e posturas descomprometidas em relação ao planejamento e à gestão, o que implica, muitas vezes, práticas sem reflexão, improvisação das práticas gerenciais e dificuldade em conduzir processos de inovação e renovação organizacionais.

Quanto às metodologias de planejamento e gestão praticadas, o serviço tem procurado acompanhar o desenvolvimento da reflexão do campo da Saúde Coletiva. Trabalhamos principalmente com apoio no Planejamento Normativo até 1993, na lógica do Planejamento Estratégico-Situacional (PES) de Matus (1987) até 1999 e, desde então, com uma aproximação crítica e criativa de um PES simplificado, com dimensões comunicativas. A gestão, igualmente, vem mudando de enfoques mais tradicionais, verticalizados¹, centralizados ou um tanto improvisados para as atuais tentativas de construir formatos de gestão, no SSC e em suas unidades e setores, mais democráticos, participativos, descentralizados, mais responsabilizadores, com apoio na Gestão Colegiada proposta por Campos (2000) e na Gestão/Organização Comunicativa proposta por Rivera (2003). O planejamento e a gestão, por exemplo, são vistos, por alguns profissionais e gestores, como uma tarefa a mais, portanto com conotações negativas e não como ferramentas que ajudam efetivamente a melhorar os processos e resultados do trabalho.

Artmann *et al.* (1997) contribuem para a compreensão do contexto de serviços de atenção básica do SUS através de um estudo sobre as possibilidades e limites do PES, em que destacam os aspectos:

- Matus (1987) não oferece elementos teóricos suficientes para a análise e intervenção no âmbito da cultura, sendo importante buscar o aporte de outros autores, como Habermas (1987);
- admitindo-se que a mudança organizacional tem caráter sócio-cultural, é importante reconhecer que uma condição para que ela ocorra é a possibilidade do planejamento ser permeado por problemas e prioridades vividos no cotidiano; é importante que os participantes não se deixem aprisionar pelos aspectos formais do método, pois isso seria inversamente proporcional à autonomia

e à capacidade propositiva dos participantes;

- é inerente à introdução de processos de mudança de forma participativa, a sobrecarga real advinda da necessidade de compatibilizar a continuidade do funcionamento da organização com as novas demandas oriundas do processo de mudança;
- existem dificuldades relacionadas ao aumento do nível de responsabilidade para com o processo, ritmo e cumprimento das tarefas acordadas, assim como na explicitação e formulação dos diferentes projetos em jogo no interior das organizações;
- a adesão ao projeto não pode ser construída com base na participação dos profissionais apenas em momentos de discussão do plano ou projeto, mas no envolvimento cotidiano com a realização das operações/ações e a busca de resultados;
- a viabilidade da construção de projetos coletivos estratégicos deve passar pela ampliação da comunicação interna e pela simplificação do método a fim de possibilitar a sua apropriação e uso pelos sujeitos.

Tanto no contexto estudado pelas autoras quanto no SSC, me parece que a Cultura Organizacional constitui uma questão importante a ser considerada em projetos de mudança e inovação nas organizações de saúde. Isso exige um plano de trabalho com a cultura, tarefa para metodologias gerenciais que auxiliem os gestores e equipes a enfrentar seus desafios de aprendizagem e prática.

Rivera (2003) concebe Cultura Organizacional, com apoio teórico em Habermas (1987) como um “mundo da vida compartilhado”, incluindo duas idéias centrais: a) a cultura se constitui a partir do agir comunicativo dos agentes organizacionais em processos de aprendizagem, onde se destaca o componente “busca de consenso como fundamento do agir”; b) a possibilidade de renovação cultural, uma vez que as configurações simbólicas podem ser questionadas em um nível discursivo sempre que se tornem disfuncionais para o agir teleológico ou normativo em uma organização.

O mesmo autor considera que, para além das metodologias racionalistas tradicionais do planejamento estratégico e da gestão pela qualidade, cuja importância não é negada, cresce a relevância da compreensão de fatores como cultura, negociação e liderança, alicerces de uma nova forma de “condução baseada na escuta”.

Refletir sobre a cultura e sua relação com os modos de gerenciar em serviço de atenção primária exige também uma análise da natureza do processo de trabalho em saúde. Schraiber (1999) define trabalho com uma dupla dimen-

são - ação finalística e interação social - o que implicaria a necessidade dos processos gerenciais levarem em conta não apenas a busca de resultados, mas também a qualidade das relações de trabalho entre os sujeitos. Estas poderiam adquirir um caráter mais comunicativo ou mais estratégico, conforme a ação seja mais ou menos dependente da busca de consensos.

Tendo como referência esses pressupostos teóricos preliminares – e a idéia de Thèvenet de que a cultura se constrói na história da organização – considero importante resgatar brevemente a história e a descrição do Serviço de Saúde Comunitária, locus da realização da pesquisa sobre a Cultura Organizacional e em cujo processo foi sistematizada uma metodologia gerencial.

HISTÓRIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Surgido há 25 anos, como exigência para viabilizar a criação de um Programa de Residência Medicina de Família, o SSC possui hoje doze unidades de saúde localizadas nas zonas norte e leste da cidade. Integra o Grupo Hospitalar Conceição, do Ministério da Saúde, junto com quatro hospitais. Em 2004, foi implantado um Programa Multiprofissional de Residência Integrada em Saúde no GHC com três ênfases: Intensivismo, Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade, esta última realizada no SSC. Entre outras razões que justificaram o estudo da cultura e a sistematização da metodologia gerencial, destaco aqui a necessidade percebida de levar em conta a Cultura Organizacional em seus traços facilitadores, mas também nos seus aspectos dificultadores e suas contradições, para gerenciar as mudanças que deveriam ocorrer no SSC para a implementação desta residência.

Um dos primeiros passos foi aprimorar a metodologia de trabalho do Colegiado de Gestão do SSC, construindo de maneira compartilhada uma Missão, uma Visão de Futuro e definir as Estratégias mais globais. O SSC trabalha com três finalidades e assume como Visão de Futuro tornar-se um Centro de Referência em APS para o SUS, integrando: a) **Atenção à Saúde** à população nos doze territórios sob sua responsabilidade (zonas norte e leste da cidade), totalizando cerca de 125.000 pessoas; b) **Formação** multiprofissional e interdisciplinar de profissionais em APS para o SUS (Programas de Residência Médica e Multiprofissional e um Programa de Mestrado Profissional em implantação) e c) **Produção de Conhecimento/Tecnologias** em atenção primária para o SUS.

É importante ressaltar que as políticas deste serviço vêm construindo-se através de sua história, nas tensões, confi-

tos, diferenças, diálogos, discussões, consensos possíveis entre os diferentes sujeitos e atores sociais, principalmente os profissionais de saúde, as populações e os gestores. Importante ressaltar também que a relação do GHC com o SSC e com o município de Porto Alegre vem mudando de uma situação de total independência, como um sistema à parte, para uma aproximação e integração progressivas.

O SSC, em sua origem, recebeu forte influência da versão inglesa da APS, o que se expressou em sua denominação original de “Serviço de Medicina de Família”. A emergência de movimentos de âmbito nacional no campo da Saúde Pública, Saúde Comunitária e Saúde Coletiva foi, entretanto, influenciando os modos de pensar, fazer, formar, organizar e gerenciar, em especial, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e seus desdobramentos, a VIII Conferência Nacional de Saúde e os Iº e IIº Congressos Nacionais de Medicina Geral Comunitária

Atualmente está mais claro que o SSC orienta-se pelos valores, princípios e atributos da APS no contexto do SUS (BRASIL, 2005). Os territórios-área de abrangência das doze unidades de saúde possuem perfis populacionais diversificados, existindo situações de extrema pobreza da população em todo um território, territórios com bastante heterogeneidade entre a situação de vida dos grupos populacionais e territórios em que a população de modo geral possui condições de vida mais favoráveis. As equipes, inicialmente constituídas quase que exclusivamente por médicos e auxiliares de enfermagem, hoje incorporam outras várias categorias profissionais, isto é, são multiprofissionais para responder a um conceito mais ampliado de saúde.

A metodologia gerencial e de planejamento vem sendo aprimorada nesta história. O serviço organiza-se em três grandes áreas: a) Atenção à Saúde; b) Formação/Ensino e Pesquisa e c) Apoio Técnico e Administrativo. Na medida em que o serviço se torna maior e mais complexo, a questão do enfoque metodológico do planejamento e da gestão passa a ser um “problema a ser revisto”, pois estes constituem ferramentas para apoiar o desenvolvimento organizacional. Na interface de produções de conhecimento reflexivas sobre o planejamento e gestão, de educação em saúde e de participação popular, vai sendo “gestada” uma metodologia gerencial que busca promover a participação de equipes e comunidades, aumentar a responsabilização com a tomada de decisão, implementação de ações, avaliações, atualização permanente do conhecimento, melhoria das relações e busca de maior sentido no trabalho.

O desafio é traduzir, para a Cultura Organizacional do SSC, um enfoque de planejamento/gestão com uma racionalidade ampliada - estratégico-situacional-comunicativa.

A insuficiência do enfoque estratégico de planejamento e gestão, para lidar com as dificuldades relacionadas à cultura, à subjetividade e às interações entre sujeitos e atores neste contexto, remete à necessidade de empregar métodos facilitadores e com a comunicação precedendo e presidindo todos os processos. Entendo que o planejamento e a gestão com a lógica do PES, mas fortemente sustentados em dimensões comunicativas, favoreceriam a busca de consenso a partir das diferenças e teria potencial para a renovação cultural e organizacional.

De modo bastante sintético, definimos **comunicação** como um equilíbrio entre o diálogo e a discussão que visa alcançar consensos, sempre relativos e provisórios, para presidir a tomada de decisão compartilhada e a implementação de ações. Nos processos comunicativos, os saberes e práticas de cada sujeito/ator devem ser valorizados em sua contribuição para construir um projeto comum. O momento do **diálogo** é o momento em que todos devem opinar, escutar-se com respeito e aceitação das diferenças, deixando em suspenso seus pressupostos e questionando os próprios pressupostos; este momento vai renovando e reconstruindo conhecimentos e visões de mundo, produz diferentes alternativas na compreensão dos problemas em seu contexto e alternativas de ações e estratégias para a intervenção nos problemas. A **discussão** é o momento de colocar em cheque, analisar e problematizar as diferentes alternativas surgidas do diálogo. Para isso, questiona-se e argumenta-se para analisar pressupostos e conseqüências das alternativas, sempre tendo como orientação as referências já consensuadas, no nosso caso, os valores, princípios e atributos da APS e do SUS, a Missão, a Visão de Futuro e as Estratégias globais do SSC.

Os processos de tomada de decisão neste serviço não costumavam acontecer com as características acima, nem tampouco com a metodologia estratégico-situacional-comunicativa. Hoje, as visões e posturas tradicionais continuam presentes, mas as novas propostas começam a se realizar dos modos possíveis. A metodologia sistematizada no contexto do estudo sobre a Cultura Organizacional no SSC busca valorizar os traços positivos desta cultura e apoiar-se neles para trabalhar com as dificuldades e resistências culturais, visando aproximar os modos de pensar, sentir e fazer do modelo de atenção, estilo de gestão, projeto pedagógico e projeto de produção de conhecimento desejados, porque relevantes para aproximação à Visão de Futuro.

Uma das motivações para a realização deste trabalho foi a suposição de que, apesar do SSC possuir uma cultura e história com riqueza, o serviço vem crescendo e se tornan-

do cada vez mais complexo, sendo hoje, como diz Morin (2002), uma unidade na diversidade. O contexto também é complexo e o SSC recebe influências do ambiente externo e interno. Assim, minha hipótese era de que co-existiriam traços culturais e formas organizacionais relacionados a diferentes interpretações da APS e do SUS e que isso poderia explicar as dificuldades na implementação de inovações gerenciais e organizacionais. Explicar também os conflitos nas relações de trabalho, entre “subculturas” mostrando como tudo isso dificultaria a definição de um projeto coerente e integrado. Sem pretender generalizar, acredito que essa realidade traz, como consequência, certa falta de sentido no trabalho para os sujeitos e uma baixa responsabilização de profissionais e gestores. Também as populações, que aprendem sobre saúde e atenção à saúde na vivência do sistema, possuiriam visões e expectativas contraditórias ou desatualizadas de um serviço de APS. Ao mesmo tempo em que valoriza o SSC e a unidade de saúde a que pertence, considerando-a como uma conquista sua, a população manifesta insatisfações, muitas vezes sem conseguir resolver de modo compartilhado com as equipes.

A partir dessas inquietações e reflexões sobre a cultura no contexto do SSC e da percepção da existência de traços culturais que dificultam o desenvolvimento gerencial e os modos de trabalho em APS, defini o problema de pesquisa como:

Como se configura a Cultura Organizacional no SSC, tendo como perspectiva a renovação dos modos de trabalho e de gestão preconizados pelo SUS? Quais os aspectos positivos desta cultura em relação às mudanças projetadas? Quais as principais dificuldades e resistências culturais nesse contexto? Que característica deve apresentar uma metodologia gerencial que facilite a renovação cultural e organizacional do SSC no contexto do SUS?

O PROCESSO DA PESQUISA SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL

A **Cultura Organizacional** foi abordada através de um **Estudo de Caso Qualitativo** com apoio na **Hermenêutico-Dialética**, pois considerei que este tipo de abordagem teórico-metodológica permitiria apreender o fenômeno em sua complexidade e profundidade, isto é, descrever, explicar, interpretar e compreender a Cultura Organizacional em seu contexto. Esta, considerada como um fenômeno essencialmente qualitativo, complexo e contraditório, em processo de mudança e renovação permanente. Com essa abordagem, foi possível identificar as possibilidades e limites desta Cultura no contexto sócio-institucional em que se encontra. Segundo Minayo (1996), a hermenêutica-dialética permite:

Entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e de um processo de conhecimento (expresso em linguagem), resultantes de múltiplas determinações, mas com significado específico. O texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e perturbações sociais. (...) coloca a fala em seu contexto, para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida (MINAYO, 1996, p. 237).

Na **coleta de dados** utilizamos a técnica de “triangulação de dados” com apoio em Triviños (2001), associando observações semi-dirigidas, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Os conteúdos dos instrumentos para a coleta de dados, através dessas três técnicas de pesquisa, foram construídos com base na Grade de Análise Cultural de Rivera (2003), adaptadas ao contexto da pesquisa conforme as tabelas 1, 2 e 3 abaixo apresentadas. O material empírico foi analisado segundo categorias a priori e categorias empíricas, construídas a partir dos dados surgidos no trabalho de campo. A partir de uma análise preliminar dos dados, construímos hipóteses sobre a cultura organizacional, relacionadas às categorias a priori. Essas hipóteses preliminares foram reconstruídas de modo participativo, em um grupo focal e em uma oficina com a participação de toda a equipe, seguindo as recomendações de Thèvenet apud Rivera (2003, p.197).

Thèvenet recomenda que a auditoria de cultura seja participativa. Uma das contribuições mais importantes e imediatas que uma auditoria pode ensejar (e que implica uma mudança) é a possibilidade de que os agentes reforcem sua capacidade de compreensão da organização e seu nível de compartilhamento de visões e representações.

A partir deste trabalho, produzimos uma síntese dos principais traços culturais, tanto os considerados positivos quanto aqueles que seriam dificultadores do projeto do SSC. A **sistematização da metodologia gerencial** foi realizada através de uma estratégia crítica, criativa e participativa, agregando materiais didáticos sobre planejamento e gestão já sistematizados à luz do estudo da Cultura Organizacional. Produzimos uma versão preliminar da metodologia que foi aprimorada em três grupos focais, em diferentes espaços de trabalho e gestão do SSC.

A **devolução dos resultados** na verdade iniciou com a produção final das hipóteses sobre a Cultura Or-

ganizacional e com a análise da metodologia, através de grupos focais e oficinas com a equipe. A última oficina com a equipe foi a construção de uma “Visão Compartilhada de Futuro”, utilizando uma das ferramentas propostas na metodologia. Estava prevista uma oficina com a participação da comunidade. Porém, isto acabou sendo inviabilizado por questões internas da equipe que priorizou outros trabalhos com a comunidade.

A definição da **população e amostragem** apoiou-se em Minayo (1996), que defende que, na seleção de uma amostragem qualitativa, é fundamental que ela reflita a totalidade do fenômeno a ser estudado em suas múltiplas dimensões e que esta seleção considere tanto os grupos para observação quanto para a comunicação direta. Com base em Triviños (2001), definimos que a pesquisa teria uma “Unidade de Amostra” do SSC, que seria uma unidade de saúde, escolhida por atender a critérios como: a) consenso da equipe, gestor local e Conselho Local de Saúde em participar da pesquisa; b) experiência de trabalho com planejamento e gestão participativa; c) desejo de aprimorar os modos de trabalho e gestão na unidade de saúde; e d) sentimento da necessidade de superar as dificuldades da equipes.

Entendi também que essa Unidade de Amostra seria adequada aos objetivos do estudo no sentido do pensamento complexo, pois, com apoio em Morin (2002), o todo (complexo) é a unidade da diversidade, as partes relacionam-se entre si e com o todo. Cada parte expressa o todo e a sua particularidade, assim como cada parte expressaria, relativamente, é claro, o todo. Trabalhamos com os seguintes estratos de população: a) profissionais da equipe, de diferentes categorias; b) coordenadores (gerente) da unidade de saúde; coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária; c) população usuária da unidade de saúde.

As **observações** foram realizadas de quatro reuniões rotineiras de equipe, uma reunião rotineira do Conselho Local de Saúde e uma oficina de planejamento com a participação da equipe e da comunidade. Nas **entrevistas**, empregamos os seguintes critérios de seleção de sujeitos: a) profissionais da equipe de diferentes categorias com mais de cinco anos na unidade; b) coordenadores da unidade e do SSC na gestão 2003 e 2004; c) lideranças comunitárias com participação importante na história da unidade de saúde. Essa amostragem totalizou nove sujeitos. Foi realizado também um **grupo focal** com profissionais que não participaram das entrevistas e com o novo coordenador eleito para a gestão de 2005-2006, o que totalizou mais seis sujeitos.

Para a **análise dos dados**, adaptei criativamente a Grade de Análise Cultural proposta por Rivera (2003),

levando em consideração o contexto da pesquisa, isto é, uma unidade de um serviço de APS do SUS. Desse modo, defini **Cultura Técnica** como o “projeto real da unidade de saúde no contexto sócio-institucional (SSC/GHC/SUS)”; **Cultura Gerencial** como o “estilo gerencial predominante na condução do processo de trabalho na unidade de saúde (SSC/GHC/SUS)” e Liderança como o “valor dado e a capacidade dos coordenadores da unidade de saúde de integrar a equipe entre si e com a comunidade, lidar com as diferenças, ajudar equipe e comunidade a construir e atualizar compartilhadamente um projeto para a unidade de saúde, promover a aprendizagem na situação de trabalho e maior responsabilização e sentido no trabalho”. Abaixo apresentamos três quadros com um paralelo entre a proposta de Rivera (2003) e a adaptação que foi utilizada.

Quadro 1 - Análise da Cultura Técnica

Denominação de Rivera (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Relação com o ambiente externo (dominador, passivo, harmonia).	Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social.
Continuidades e descontinuidades das atividades e tecnologias.	Continuidades e descontinuidades dos processos, ações e atividades da unidade de saúde.
Tipo de relação com a atividade.	Tipo de relação dos sujeitos com a natureza do trabalho desenvolvido.
Identidade empresarial.	Identidade da unidade de saúde.
Razão de ser das atividades, especialmente em situações de crise e mudança.	Razão de ser dos processos, ações e atividades.
Valorização diferencial das áreas de atividades.	Valorização diferencial das atividades desenvolvidas.
Percepção valorativa dos produtos e benefícios da atividade.	Percepção valorativa dos produtos (serviços e ações) do trabalho da equipe de saúde.
Conhecimento sobre a identidade do ofício.	Conhecimento dos sujeitos sobre a identidade do trabalho nas unidades de saúde do SSC/GHC/SUS.

Adaptação da categoria Cultura Técnica

Quadro 2 - Análise da Cultura Gerencial

Denominação segundo Rivera (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Tipo de comunicação e formas de coordenação.	Tipo de comunicação e formas de coordenação do processo de trabalho da unidade de saúde.
Vivência da ordem interna (grau de participação dos sujeitos no sistema de condução); orientação predominante: individualismo (bem-estar pessoal predomina); orientação colateral (o grupo predomina); hierárquica (relação colateral e ênfase na continuidade temporal); ordem baseada na tradição, autoridade legal ou no carisma.	Vivência da ordem interna (percepção dos sujeitos sobre o sistema de “condução” da unidade de saúde - poder administrativo); formas de manter a coesão interna; orientação das relações entre os profissionais da equipe.
Percepção da relação entre os atores: contrato social ou relação de força.	Percepção dos sujeitos sobre o tipo de relação de poder na equipe e entre esta e a comunidade.

Adaptação da categoria Cultura Gerencial

Quadro 3 - Análise da Liderança/Socialização dos Sujeitos

Denominação segundo Rivera (2003)	Denominação no contexto da pesquisa
Importância da capacitação.	Importância dada pela liderança à capacitação, educação continuada e permanente (formação para o trabalho).
Formas de treinamento e ascensão predominantes (ajustamento social).	Formas de treinamento para o trabalho e de ascensão. Enfoques pedagógicos na aprendizagem na situação de trabalho.
Responsabilização: Nível de formalidade e grau de crença na prestação de contas; Concepções valorativas predominantes na avaliação (o que é um bom produto, um bom resultado, um bom funcionário); Percepção dos direitos e deveres das pessoas e da empresa.	Responsabilização: Nível de formalidade e grau de valorização da solicitação e prestação de contas; Concepções e valorização de avaliações sobre as práticas; usos da avaliação no processo de trabalho; Percepção sobre direitos e deveres das pessoas e da instituição.
Tipo de liderança dos portadores da cultura	Análise do tipo de liderança dos “fundadores” e/ou portadores da cultura - especificidade em relação ao SSC/GHC/SUS
Análise da especificidade dos fundadores em relação ao contexto	

Adaptação da categoria Liderança/Socialização dos Sujeitos

A CULTURA ORGANIZACIONAL: HIPÓTESES COMPARTILHADAS

O estudo da Cultura Organizacional em uma das unidades do SSC, entendida como um recurso de viabilidade na implementação da Missão e na busca da Visão de Futuro do SSC como um *Centro de Referência em APS para o SUS nas finalidades Atenção, Formação e Produção de Conhecimento, integradas entre si*, apresentou, no momento em que realizamos a pesquisa, traços positivos e, portanto, facilitadores, e traços negativos, dificultadores, portanto, em relação à implementação de um projeto com mudanças organizacionais.

Nesta síntese, não separei os traços referentes às três categorias Cultura Técnica, Cultura Gerencial e Liderança ou Socialização dos Sujeitos, pelas razões que se seguem: a) o espaço destinado a este artigo não seria suficiente para uma apresentação mais delongada da cultura e da metodologia; b) percebo que as três categorias estão intimamente interligadas; c) esta síntese é um enxugamento das hipóteses sobre a cultura que construí junto com os sujeitos e que, por questões éticas, optei por não apresentar neste espaço; d) optei por descrever com maior detalhamento a metodologia utilizada no estudo da cultura e a metodologia gerencial sistematizada no contexto da pesquisa.

Os **traços culturais que considerei positivos**, no sentido explicitado acima, foram: a) alta valorização pelos sujeitos da participação, do diálogo e da busca de consensos, tanto entre os integrantes da equipe quanto entre a comunidade; b) valorização da construção do conhecimento em

equipe, da tomada de decisão e implementação das ações de modo compartilhado; c) forte capacidade de formação de vínculos entre os profissionais, os pacientes e famílias; d) sentimento de responsabilidade por responder às necessidades manifestadas pela população; e) capacidade da comunidade de mobilizar-se na busca de soluções para seus problemas e carências, do serviço de saúde, da situação de saúde e de vida; f) criatividade da equipe e da comunidade no trabalho em parceria; g) sentimento de orgulho da equipe e da comunidade por “pertencerem” à unidade de saúde e ao SSC, especialmente quando comparados ao “hospital” e à “prefeitura”; h) desejo de maior aprimoramento por parte da maioria dos profissionais, principalmente os de nível médio; i) comprometimento da equipe com a formação dos residentes; j) acúmulo de conhecimento relevante em ricas experiências de trabalho comunitário, entre outros.

Os **traços culturais que considerei negativos ou dificultadores**, no sentido explicitado acima, foram assim resumidos: a) dificuldade de lidar produtivamente com as diferenças e com os conflitos nas relações de trabalho e pessoais, principalmente entre a equipe; b) dificuldade de “problematizar sem brigar”, isto é, de alcançar consensos a partir das diferenças nos modos de ver e fazer as práticas de saúde e de formação; c) uso inadequado do tempo coletivo e individual, considerando as prioridades da equipe, a Missão e a Visão de Futuro do SSC, o que dificulta a criação de novas e inovadoras experiências de trabalho e de gestão; d) dificuldade de construir, atualizar e implementar compartilhadamente um projeto global para a unidade de saúde; e) dificuldade de usar o planejamento como uma efetiva ferramenta de gestão do cotidiano; f) dificuldade de “fazer cumprir as combinações” feitas em reunião de equipe e de coordenar o processo de trabalho para implementar o projeto comum; g) dificuldades na problematização das expectativas tradicionais da população em relação aos modos de trabalho na unidade de saúde, mais centralizados na “cultura da consulta médica”, entre outros.

Encontrei dificuldades em apontar quais traços culturais seriam efetivamente compartilhados por todos no espaço social em estudo e a impressão é de que esta dialeticidade de traços culturais contraditórios seria uma expressão de um serviço sendo influenciado e influenciando um contexto (sistema de saúde) em transição, onde o movimento se dá por projetos em disputa. A cultura organizacional estudada está fortemente marcada por **traços culturais contraditórios**. Na realidade empírica, a maioria das categorias da grade de análise cultural de Rivera (2003) apresenta aspectos diferenciados ou opostos, sendo difícil dizer o que é pre-

dominante em cada categoria e subcategoria. Isso dificulta empregar o conceito de cultura como referências simbólicas compartilhadas, pois o que percebi não foi homogeneidade e, sim, diversidade, onde o tradicional e o novo coexistem tensionando-se permanentemente.

O fato de existir, para cada traço cultural, o seu diferente, o seu Outro, o seu contrário, representa, em meu modo de ver, a existência de processos em movimento, a mudança em processo. Não há homogeneidade na simbologia e nem esta é compartilhada por todos os sujeitos. Não existe harmonia permanente e, sim, tensionamentos e, por vezes, complementaridades entre as diferenças, solidariedades e consensos estes movidos, às vezes, pela necessidade de buscar uma convivência mais pacífica ou de responder como equipe a exigências do SSC ou GHC. Essa realidade talvez explique a “dificuldade de manter as combinações das reuniões”, isto é, não são consensos realmente alcançados, pelo menos não imediatamente. Nesse ponto, que considero um nó crítico em todos os espaços de trabalho e gestão do SSC, penso que a metodologia sistematizada poderia contribuir sobremaneira.

Se, com apoio em Morin (2002), podemos compreender um serviço ou unidade de APS como um todo complexo, a unidade da diversidade, estamos dentro do esperado. A unidade seria dada pela história comum e referências comuns do SSC e a diversidade pelas histórias singulares de cada unidade, setor, categorias profissionais, espaços de trabalho e gestão. Assim, acredito que as contradições que se manifestam na cultura organizacional da unidade de saúde em foco nesta pesquisa expressam a complexidade do ambiente sócio-organizacional interno e externo, isto é, SSC, GHC, SUS, sociedade brasileira.

Entretanto, é justamente esta diversidade, esta complexidade e estas contradições que produzem a riqueza cultural e das experiências, com suas possibilidades de renovação, de diálogo, de discussão, comunicação, de aprendizagem e reconstrução permanente. As dificuldades e limites podem ou não ser superados, dependendo de onde exatamente vamos focar o olhar para a produção de conhecimento e para o investimento nas inovações. Assumir esta visão da complexidade, no contexto em que nos situamos, nos leva a aceitar um futuro aberto, pleno de possibilidades, mas incerto e dependente das interações e modos de trabalhar, construídos nos diálogos e conflitos possíveis, entre os diferentes traços culturais ou diferentes subculturas nas organizações de saúde e no SUS.

A partir da vivência desse processo de pesquisa e do conhecimento produzido sobre a Cultura Organizacional, no que tange a seus aspectos positivos e dificuldades,

defendo que os processos de mudança, renovação ou aprimoramento devam apoiar-se em metodologias gerenciais facilitadoras da renovação cultural e, por isso, devem articular, nos processos gerenciais, a aprendizagem na situação de trabalho com a avaliação e planejamento de modo permanente, no cotidiano e a partir de problemas. Senge (2002) defende que a cultura se constitui e se renova, a partir do interior das organizações, em processos de aprendizagem inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas. A metodologia abaixo apresentada, também de modo bastante sintético, busca valorizar e reforçar os traços culturais considerados positivos e neles apoiar-se para a perspectiva de desenvolvimento do projeto do SSC e trabalhar pedagógica e terapeuticamente (Rivera, 2003; Campos, 2000), para superar seus aspectos dificultadores ou negativos no processo, tendo como perspectiva a realização com qualidade das finalidades da organização.

Além da conceituação de organização, é importante explicitar, para fins de pensar uma metodologia que trabalhe com a Cultura Organizacional, uma opção conceitual sobre Processo de Trabalho. Com apoio em Schraiber (1999), o Processo de Trabalho teria duas dimensões interdependentes, a de finalidade e a de interação. Uma metodologia gerencial que efetivamente seja capaz de conduzir processos de mudança organizacional usando a Cultura como recurso de viabilidade deverá, em meu modo de ver, lidar simultaneamente com as finalidades e com as interações entre sujeitos e atores sociais, nos diferentes espaços de trabalho e gestão da organização de APS no SUS.

UMA METODOLOGIA GERENCIAL PARA UNIDADES DE APS DO SUS

Denominei esta metodologia gerencial de “Coordenação de Processo de Trabalho”, para buscar coerência com os principais conceitos do referencial teórico da pesquisa. A organização é um *todo complexo*, constituído por trabalhos parciais e por sujeitos em interação, com suas diversidades. O processo de trabalho possui tanto finalidades quanto interação e, por isso, deve ter uma gestão – individual ou coletiva (Gestão Colegiada) – capaz de facilitar a construção e implementação compartilhada de um projeto para a organização, visando a realização das *finalidades* e uma *interação* que trabalhe com a renovação cultural e subjetiva. A metodologia deve ser compreendida como um caminho a ser percorrido de modo coletivo, participativo e criativo.

A metodologia articula, no cotidiano das equipes de APS em sua relação com as comunidades, a *avaliação*, o *planejamento* e a *educação permanente* e é ope-

racionalizada através de uma **Agenda** e de um conjunto de **ferramentas** que foram sendo produzidas ao longo da história do SSC, produtos desta cultura. Acreditamos, com base na experiência de algumas equipes, que ela pode constituir-se em potente estratégia gerencial e organizacional, pois possui uma racionalidade ampliada para a gestão e o planejamento, o que significa possuir ferramentas para operacionalizar a dimensão estratégico-situacional e a dimensão comunicativa.

A **aprendizagem na situação de trabalho** é promovida como apoio aos processos de enfrentamento de problemas no cotidiano, sejam problemas relacionados à situação de vida da população do território das unidades de saúde, sejam problemas relativos ao processo de trabalho, ao processo gerencial ou problemas da formação multiprofissional em serviço. A avaliação, o planejamento, a gestão - estratégica e do cotidiano - a formação em serviço, a participação da população e da equipe, enfim, tudo isso deve ser considerado como situações de possíveis e necessários aprendizados na situação trabalho e, portanto, deve estar apoiado em metodologias e pedagogias apropriadas.

Rivera (1995) refere-se ao planejamento estratégico como um enfoque de planejamento que se constitui como uma crítica ao enfoque normativo tradicional na América Latina e que se propõe a trabalhar com o elemento político-interativo, em que a realidade a ser planejada é uma realidade mal-estruturada, que inclui o projeto de outros atores com fins valorativos diferenciados. O sistema planejado é um sistema criativo, com várias explicações, situações-objetivo e trajetórias. Com apoio em Habermas, percebo que a marca da racionalidade finalística, tanto no enfoque normativo quanto no estratégico de planejamento, implica uma preocupação centrada bem mais nas finalidades do que nos processos. É uma racionalidade reducionista e insuficiente para um trabalho com a cultura entendida como recurso em processos de mudança organizacional na saúde. A metodologia sistematizada incorpora dimensões comunicativas como forma de trabalhar com a cultura e a subjetividade enquanto recursos (Habermas, 1987; Senge, 2002). Associada à lógica do planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus (MATUS, 1987), esta metodologia pretende apoiar tanto o alcance das finalidades, objetivos e resultados, quanto apoiar os processos interativos inerentes à renovação cultural.

A metodologia associa, critica e criativamente, o planejamento estratégico-situacional e as dimensões comunicativas com apoio em Habermas, mas operacionalizadas através de ferramentas da Educação Popular e da Organização que Aprende (Senge, 2002). Acredito que o conceito de Senge

(2002) de **comunicação** como o **equilíbrio entre diálogo e discussão** seja fundamental para pensarmos possibilidades nos processos de construção compartilhada com sujeitos e saberes tão diversos como é o caso do contexto em discussão. Para o autor, o **diálogo** não visa alcançar consensos e sim a compreensão de problemas complexos a partir da contribuição de cada sujeito. Nesse momento, todos deveriam “suspender seus pressupostos para escutar o outro sem julgamentos”, sem defesas, sem acusações. Cada sujeito deveria, sim, analisar os seus próprios pressupostos. Já na **discussão**, um segundo momento, o grupo analisaria diferentes **alternativas** surgidas do diálogo, perguntando-se sobre os seus pressupostos e conseqüências, com base em orientações e consensos já alcançados. As referências mais gerais são os valores, princípios e atributos da APS e os princípios e diretrizes do SUS. Destes, derivariam os mais específicos. É o momento de negociar as diferenças, preferentemente opções de ganho mútuo, como recomendam Fisher & Brown (1990), mencionados por (Rivera, 2003), através de processos criativos. Assim, se buscaria alcançar consensos a partir das diferenças, consensos esses sempre relativos e provisórios, mas suportes para a continuidade dos processos. A tomada de decisão, implementação de ações e avaliação compartilhadas devem remeter a processos de aprendizagem em equipe multiprofissional, sempre que necessário, o que promoveria a reconstrução permanente do conhecimento, dos valores, dos modos de fazer, dos sentidos do trabalho para os sujeitos e, portanto, a renovação cultural e organizacional.

A seguir, descrevo a metodologia sistematizada em momentos, destacando que todo o processo deve contar com a participação da equipe, do gerente local e da população, além do pressuposto de estar em consonância com os valores, princípios e atributos da APS no SUS. Momento é aqui entendido no sentido de Matus (1987): não como etapas a serem desenvolvidas uma após a outra, mas como espaços/tempos simultâneos que enfatizam determinados aspectos, tarefas, atividades.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA GERENCIAL

O primeiro **“momento”** da metodologia proposta é construir compartilhadamente uma Missão, uma Visão de Futuro e Estratégias pensando em como aproximar a Situação Atual da Visão de Futuro. Isso significa responder à pergunta “o que queremos construir nesta unidade de APS do SUS?”. Essa é a referência mais ampla que vai orientando a priorização de problemas e a definição das ações e estratégias para o enfrentamento de problemas. Este processo representa a construção compartilhada e

continuamente atualizada de um projeto para a unidade de saúde. Contribui para superar o traço cultural da disputa velada entre projetos, não explicitada, para fazer vir à tona os “indizíveis culturais” e ir construindo um projeto comum e claro para todos.

Para construir esse projeto, a equipe e a comunidade estabelecem dinâmicas de trabalho que facilitam a busca de consensos e a construção compartilhada, respeitando as diferenças, mas buscando consensos que precedem e presidem as ações. Buscar consensos através do equilíbrio entre diálogo e discussão para, por exemplo, responder às questões: a) como vamos “trabalhar neste território, com esta população e com esta equipe”? b) que resultados pretendemos alcançar a longo, médio e curto prazo? c) que obstáculos temos ao alcance de nossos objetivos e que estratégias empregaremos para superá-los? Que conhecimentos necessitamos para desenvolver as ações, estratégias e o projeto em geral?

O projeto da unidade de saúde, além de se orientar nos valores, princípios e características da APS no SUS, deve levar em consideração as finalidades do serviço e as particularidades de cada equipe em sua relação com a comunidade, sua história, aspectos culturais da população e a cultura organizacional, em seus aspectos facilitadores e dificultadores.

Compreender a “*Situação Atual*” corresponde ao Momento Explicativo do PES (Matus, 1987) e inclui conhecer a situação: a) do território e da população; b) do processo e resultados do trabalho da unidade de saúde e c) do processo gerencial da unidade de saúde. Comparando a Situação Atual com a Visão de Futuro, identificamos **Problemas** e isso corresponde ao momento normativo do PES. Usando ferramentas adequadas a cada cultura, podemos **priorizar** problemas, lembrando a importância de eleger pelo menos um problema nas três categorias: situação de vida da população, situação de saúde e serviço de saúde. O próximo desafio é **Estudar os problemas** em sua **complexidade**, isto é, descrever, explicar, interpretar e compreender cada problema priorizado em seu contexto, em sua multidimensionalidade, na relação, interação e retroação com outros aspectos e problemas da realidade. O estudo de cada problema desse modo irá apontar “**nós críticos**”, isto é, centros de ação ou um grupo de problemas que, se melhor resolvidos, o problema será impactado favoravelmente. O **Plano de Ação** será feito para intervir no nó crítico. Com isso, deve ficar claro e explícito quais ações serão realizadas, quem será responsável, quando, quais as **Estratégias** a curto, médio e longo prazo e que recursos serão necessários e como

serão avaliadas as ações. As estratégias são as restrições ao plano de ação e a sua definição pressupõe fazer uma reflexão em grupo sobre quem são os atores envolvidos com o problema, quais os seus interesses e projetos, que recursos são necessários e que dificuldades existirão para viabilizar as ações propostas. Depois, o grupo estabelece consensualmente as estratégias.

Este plano de ação que vai sendo construído para os problemas priorizados é um instrumento de gestão, essencial para os Gestores, Colegiado de Gestão, Equipes, Conselhos Locais de Saúde e Comunidades. Ele serve para apoiar a Coordenação do Processo de Trabalho. A operacionalização do planejamento e da gestão com esta perspectiva exige a construção de **Agendas** que operacionalizem um processo com enfoque estratégico-situacional-comunicativo, apoiado na cultura organizacional da unidade de saúde. A agenda dá visualização aos processos e os direciona a longo, médio e curto prazo. Nela, devem estar contemplados os **tempos e espaços** para o processo de planejamento, monitoramento e avaliação dos planos de ação e para os processos de educação permanentes, intimamente vinculados entre si. A agenda pode ser construída em grandes temas e para um período de um ou dois anos, por exemplo, dependendo dos problemas e questões a serem enfrentados. A partir dessa grande agenda, o tema central do mês é desdobrado nas reuniões rotineiras de equipe e com a comunidade.

ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE A METODOLOGIA

O primeiro aspecto é que ela se transformou num material didático de quase 200 páginas que contém aspectos conceituais, metodológicos e operacionais (ferramentas e instrumentos) em cada momento da metodologia. Foi encaminhado ao Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) para submeter à apreciação da possibilidade de torná-lo uma publicação do MS. Mesmo como um material didático interno e informal, ele vem servindo como referência no Estágio de Gerenciamento nas Residências do SSC. Além disso, é referência para o apoio técnico em gestão e planejamento nas unidades e para um Curso de Gestão.

Superar o traço cultural da improvisação exige **lideranças comunicativas** que ajudem a equipe e comunidade a equilibrar a gestão dos problemas cotidianos e urgentes com o desenvolvimento do pensamento complexo e estratégico. As avaliações periódicas ou o monitoramento dos planos de ação apontam para a revisão dos objetivos, metas e estratégias, sempre que necessária; além disso, cria

a necessidade de reconstrução dos saberes e modos de fazer e formar em saúde, produzir conhecimento e fazer a gestão. Esta metodologia, acredito, possui potencial para ser incorporada como uma nova cultura no cotidiano de unidades de APS do SUS.

Uma questão fundamental no SSC é buscar articulação entre a atenção à saúde, a formação em serviço, a educação permanente das equipes e as atividades educativo-participativas com a comunidade, com os problemas priorizados. A dimensão comunicativa na gestão e planejamento exige a articulação direta entre planejamento, avaliação e aprendizagem na situação de trabalho, tendo como perspectiva a renovação cultural e organizacional. É processo lento, gradual, permanente.

A função **liderança** pode ser individual, ou como na Gestão Colegiada, coletiva, mas necessita manter o olhar do todo, do projeto, de sua implementação e a permanente reconstrução da identidade do grupo. Conciliar necessidades, desejos e qualidades individuais com a construção de um projeto coletivo é tarefa difícil, mas acredito que possa ser possível se nos apoiarmos em ferramentas teórico-metodológicas e operacionais facilitadoras. A dinâmica e a coordenação de reuniões da equipe com a comunidade representam um nó crítico nesta cultura.

Todas as reuniões necessitam ser planejadas, preparadas e coordenadas. Os objetivos devem ficar claros para todos; a dinâmica e as técnicas devem facilitar o alcance dos mesmos. A dinâmica que segue favorece a construção compartilhada:

Momento individual → Pequenos Grupos → Momento em Grande Grupo

Coordenar reuniões pressupõe, com apoio em ALFORJA (1993): a) conduzir o grupo na busca dos objetivos propostos; b) ter método e flexibilidade; c) dominar o tema e ter posições claras; d) integrar e animar o grupo; e) facilitar a participação de todos; f) saber perguntar, o que perguntar e quando perguntar; g) explorar as causas e as relações não-visíveis a um primeiro olhar; h) saber opinar, calar e ouvir; i) ser “parceiro” na construção de um projeto comum; j) garantir a avaliação e o registro dos processos. As dinâmicas de grupo: a) favorecem a criação coletiva do conhecimento e a construção de propostas de trabalho mais consensuais; b) devem ser utilizadas dentro de um processo mais amplo de ação e formação; c) é importante ter claros os objetivos que se deseja alcançar e conhecer as possibilidades e limitações para seu alcance; d) é preciso saber utilizá-las no momento oportuno; e) devem ser utilizadas com criatividade.

O gerente ou colegiado de gestão, neste contexto, deve atuar como uma liderança comunicativa, com a intenção de promover a renovação cultural, apoiar-se em método e ferramentas gerenciais para exercer a função gerencial com competência, respeitar, mas também questionar os modelos mentais tradicionais, facilitar o surgimento dos indizíveis ou de tudo aquilo que é difícil para uma equipe explicitar, mas que é também fundamental no crescimento do grupo, no desenvolvimento das relações de trabalho e na adequação da cultura aos novos modos de trabalho que o contexto do SUS nos propõe. Os limites culturais necessitam ser superados: trabalhar com eles exige desenvolver a capacidade de comunicação no sentido mencionado anteriormente, equilibrando diálogo e discussão.

Entendo que o uso criativo dessa metodologia, no cotidiano de uma unidade de APS, trabalharia simultaneamente com a cultura técnica, a cultura gerencial e a capacidade de liderança, renovando a cultura organizacional num sentido positivo. Isso facilitaria o alcance de objetivos dos serviços que se organizam com orientação em APS e no Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência desta pesquisa levou-me a reforçar minha convicção da necessidade de incorporarmos dimensões comunicativas em metodologias gerenciais e de planejamento com enfoque estratégico-situacional, mas também a perceber o quanto é difícil fazer isso em uma cultura onde coexistem traços culturais contraditórios e onde a improvisação e um fazer excessivo, muitas vezes sem reflexão, é um traço cultural historicamente construído. Mudar essa situação exige a ação de lideranças capazes de conduzir as equipes em processos de planejamento a partir de problemas, mas que saibam trabalhar com a renovação cultural e organizacional. Isso tem implicações na formação de gestores que, neste contexto, deve ter um enfoque de **liderança comunicativa**, que pode e deve ser desenvolvida, não sendo apenas características natas de alguns privilegiados.

A metodologia sistematizada buscou, no caso do SSC, valorizar, ampliar, aprimorar e articular **os traços positivos da cultura**, como a participação, o diálogo e a busca de consensos entre os integrantes da equipe, na relação desta com a comunidade, a construção e atualização do conhecimento de modo permanente, visando à atualização dos saberes e dos modos de trabalho, de tomada de decisão, de formação em serviço, a responsabilidade por responder às necessidades da população,

a criatividade no trabalho conjunto e a produção de conhecimento articulada com os desafios de renovação e inovação das práticas.

Por outro lado, ao sistematizar a metodologia, procuramos oferecer caminhos e ferramentas de trabalho para que os **traços considerados negativos ou dificultadores** pudessem ser enfrentados construtivamente, a saber, a dificuldade da equipe de lidar produtivamente com as diferenças e conflitos nas relações de trabalho e pessoais seriam enfrentadas através principalmente da introdução de trabalho com Agenda e de um método facilitador da comunicação nas reuniões de equipe, Conselho Local de Saúde e outras. A não aceitação das focas na cozinha poderia contribuir na mudança deste traço cultural, desde que os “indizíveis” saibam ser tratados, daí a importância das lideranças e que estas dominem uma metodologia. Os traços como uso inadequado do tempo coletivo e individual, considerando as prioridades da equipe, dificuldade de implementar um projeto efetivamente compartilhado, dificuldade de usar o planejamento como ferramenta de gestão estratégica e do cotidiano, de “fazer cumprir as combinações” das reuniões e as dificuldades de problematizar as expectativas tradicionais da população em relação a novos modos de trabalho, todos esses problemas poderiam ser melhorados, acredito, através da criação de Gestão Colegiada e método gerencial e de planejamento estratégico-situacional-comunicativo.

Cabe referir que, atualmente, passados dois ou três anos do processo de pesquisa realizado nesta unidade de saúde, vários dos aspectos mencionados acima foram criados e desenvolvidos, sementes que frutificaram e que foram plantadas durante o processo da pesquisa, como a construção da Visão Compartilhada de Futuro, a implantação de Acolhimento, a criação de Gestão Colegiada e, mais recentemente, a participação da coordenadora da unidade de saúde e outra profissional da equipe em um Curso de Gestão promovido pelo SSC. Acredito que a forma participativa, criativa e rica como ocorreu o processo de devolução dos resultados da pesquisa na equipe contribuiu para estes avanços no modo de trabalho e de gestão na unidade de saúde. Em outras equipes do SSC, vêm ocorrendo inovações como: Gestão Colegiada, o Acolhimento, Estimativa Rápida (conhecer as necessidades da população), planejamento participativo, Conselhos Locais de Saúde, educação continuada, trabalho com agendas, entre outras.

Para que os coordenadores de unidades de saúde se desenvolvam como lideranças comunicativas, devem apropriar-se de **metodologias**, entendidas como **ca-**

minhos coletivos a serem percorridos para apoiar o trabalho gerencial. A integração, no cotidiano da unidade e serviço de APS, da avaliação, do planejamento e da educação permanente, e sua operacionalização através de agendas racionalmente construídas, é o núcleo essencial da metodologia gerencial e tem potencial para cuidar simultaneamente das finalidades e dos processos interativos, das subjetividades e da renovação cultural.

Rivera e Artmann In: Rivera (2003) consideram que, para atuar sobre as estruturas mentais dos sujeitos, o sistema de gerência deveria ser acompanhado por práticas educativas permanentes, constituindo uma gestão criativa que priorize formas de tomada de decisão e controle coletivas, consensuadas, baseadas na comunicação. A possibilidade de mudar a cultura residiria, assim, na capacidade da liderança de construção legitimada de novas representações a partir da participação dos sujeitos/atores em processos comunicativos.

A simbologia que constitui a cultura organizacional estudada – valores, pressupostos, costumes, concepções, sentimentos e posturas relacionados aos modos de trabalhar e gerenciar – foi constituindo-se, através da história deste serviço, em processos de aprendizagem (mais ou menos formais) inerentes ao enfrentamento contínuo de problemas. Esta simbologia é influenciada interna e externamente pelos processos culturais e sociais mais gerais, marcados por relações de poder e projetos em disputa. Isto aponta a necessidade de discutir também a cultura organizacional como um poder simbólico dos diferentes atores sociais em disputa no contexto da implementação do SUS.

As mudanças conceituais que sustentam as propostas do SUS são profundas, pois correspondem a questões paradigmáticas relacionadas com a própria concepção de saúde e de cuidado em saúde. Por isso, não é surpresa que a sua implementação seja um processo social tão complexo e tão difícil. A coexistência de traços culturais informados em diferentes paradigmas e modelos de atenção e gestão, expressa nas contradições, parece ser fruto dos 23 anos de história do SSC e de um ambiente sócio-institucional em que disputam diferentes projetos. Além disso, vivemos uma época de transição em que os próprios fundamentos filosóficos e científicos estão sendo questionados em profundidade. As contradições neste contexto, entretanto, não devem ser vistas como negativas e sim como tensionadoras para projetos de futuro abertos a diferentes possibilidades, cuja direcionalidade dependerá do protagonismo que os sujeitos e atores sociais consigam sustentar.

A implementação de projetos e modos de trabalho mais coerentes com a APS revisada (CONASS, 2005) no SUS, estratégicos na reorganização do sistema de saúde como um todo, deve apoiar-se no reconhecimento de que a cultura presente em cada situação nas organizações de saúde provavelmente apresentará co-existência de traços contraditórios na cultura técnica, na cultura gerencial e na liderança, como capacidade de socialização de sujeitos. Criar e desenvolver o novo, em contextos complexos, exige abordagens também complexas, que superem o pensamento reducionista e linear que nos limita para pensar as intervenções em realidades de unidades e serviços de APS no contexto do SUS.

Cabe ainda destacar a concepção e importância da categoria de “liderança” neste contexto, compreendida como uma *capacidade* individual ou coletiva de atuar sobre condições básicas para promover a aprendizagem nas situações de trabalho. Neste sentido, a Gestão Colegiada tem, como defende Campos (2000), a capacidade de articular metodologicamente a produção de serviços, organizações e sujeitos e a gestão teria um papel não apenas de busca de resultados, mas também um papel pedagógico e terapêutico.

A pesquisa me leva a pensar que, mais estratégico do que “bater de frente” para implantar mudanças de modo verticalizado, é utilizar a cultura como recurso em processos de mudança organizacional e isso se faz conhecendo e valorizando a cultura junto com os sujeitos. Identificar os desejos, as qualidades, as expectativas, as melhores capacidades e os projetos de cada integrante da equipe e da comunidade, e buscar conciliá-los, com criatividade, sensibilidade e com muita intuição, em um projeto de APS é um bom caminho a ser construído.

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES A SERVIÇOS DE APS DO SUS

Outro de meus aprendizados no processo da pesquisa foi de que propor ao grupo “*acordos éticos*” pode ajudar quem coordena uma reunião, um grupo focal ou uma oficina a ultrapassar os limites dos “indizíveis culturais”, isto é, a trazer à tona aqueles temas difíceis, mas que necessitam ser abordados pra que se desenvolva o projeto da unidade de saúde. Este aprendizado representou um salto de qualidade em minha experiência como pesquisadora e como apoiadora técnica no SSC. Nos grupos focais e oficinas em que fiz a devolução dos resultados da pesquisa, utilizei, com apoio em Senge (2002), o seguinte acordo ético, que facilitou bastante o diálogo e a discussão das hipóteses sobre a cultura organizacional:

a) falar sempre de si (de seus sentimentos, valores e percepções); b) deixar em suspenso seus próprios pressupostos

para escutar o outro sem julgamento; c) não julgar, não acusar, não defender-se; d) questionar os próprios pressupostos; e) expressar opiniões com respeito e confiança no grupo; f) respeitar as diferenças, mas buscar pontos de concordância; g) buscar compreender as implicações futuras das diferentes alternativas apresentadas; h) participar para compreender questões complexas e aprender com a equipe.

O delineamento teórico-metodológico da pesquisa que realizamos não permite generalizar resultados, mas levanta questões para reflexão que podem ser semelhantes em outras unidades do SSC e talvez também em unidades da rede de APS do SUS. Conhecer a própria cultura significa e implica de certo modo, para cada sujeito, conhecer a si mesmo na interação com os demais, sejam colegas de trabalho, seja com a população, seja com o coordenador da unidade de saúde. Significa mostrar e admitir fragilidades, mas também as qualidades e potencialidades de desenvolvimento profissional e pessoal. O processo de conhecer a própria cultura é um processo difícil, mas, acredito, contribui para sustentar as mudanças organizacionais em que a cultura seja vista como um recurso a ser mobilizado em suas melhores facetas, para que os sujeitos despertem o desejo de auto-renovação, de recriação do seu trabalho coletivo e individual. É esse processo subjetivo e intersubjetivo que produz maior motivação e responsabilização, pois cada sujeito começa a construir o seu próprio sentido para o trabalho de que participa.

A cultura organizacional é um processo histórico, complexo, multidimensional, contraditório, portanto, rico, plena de possibilidades de avanços e de retrocessos. Uma metodologia gerencial que valoriza e se apoia em traços culturais positivos para, junto com os sujeitos desta cultura, trabalhar com suas fragilidades. O método aqui apresentado tem essa intenção.

Uma pesquisa sobre a Cultura Organizacional necessita apoiar-se no desejo dos sujeitos de nela participarem, pelo menos um desejo relativo. Medos e conflitos estarão sempre presentes. O trabalho de pesquisa deve respeitar as diferenças, valorizar a construção compartilhada e admitir que saberes e práticas devem ser permanentemente construídos, nunca estarão acabados. O futuro está aberto e depende das sementes que plantarmos no presente.

E, para finalizar, quero *agradecer* à equipe, à comunidade e aos gestores que participaram desta pesquisa e dar-lhes os *parabéns* pela coragem demonstrada em comunicar-se através da própria cultura, reconhecendo suas fortalezas, mas também suas fragilidades e sua disposição de renovar-se!

REFERÊNCIAS

ALFORJA. **Técnicas participativas para la educación popular**. 5. ed. Tomo I. Lima, Peru: Tarea, 1992.

ARTMAN, E. **O planejamento estratégico situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde**. Uma abordagem comunicativa. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993.

ARTMAN, E. *et al.*. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.4, out-dez, 1997. 723-740.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: Conass, 2005.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus, 1987. 2v.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington: s.e., 1987 (borrador).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1996.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

RAUPP, B. **Educação e planejamento participativo em saúde: estudo comparativo de duas experiências em serviços de saúde comunitária - Porto Alegre e Montevideu**. Porto Alegre, 1999. Dissertação (Mestrado

em Educação) - Faculdade de Educação da UFRGS, Porto Alegre, 1999. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/GEP/teses e dissertações>> . Acesso em: 10 jul. 2008.

RAUPP, B. **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: referências conceituais, metodológicas e operacionais**. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. 2008. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/GEP/RIS/materiaisdidaticos>>. Acesso em: 10 jul 2008.

RIVERA, F. J.U. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1995

_____. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RIVERA, F. J.U. e ARTMAN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p.221-242,1999.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. 10. ed. São Paulo: Editora Nova Cultural, 2002.

TRIVIÑOS, A N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Ideias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis. V. IV.Porto Alegre: Ritter dos Reis, 2001.

Submissão: abril de 2008

Aprovação: agosto de 2008
