

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO / CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

APRENDIZAGEM E CULTURA ORGANIZACIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE E REFLEXÕES EM UMA UNIDADE DOCENTE-ASSISTENCIAL

Julho de 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO / CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES APRENDENTES

APRENDIZAGEM E CULTURA ORGANIZACIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE E REFLEXÕES EM UMA UNIDADE DOCENTE-ASSISTENCIAL

Ricardo de Sousa Soares

Orientadora:
Rita de Cássia de Faria Pereira

Julho de 2013

S676a Soares, Ricardo de Sousa.

Aprendizagem e Cultura Organizacional na Saúde da Família: análise e reflexões em uma unidade docente-assistencial / Ricardo de Sousa Soares. – João Pessoa, PB, 2013.
93 p.: il.

Dissertação de Mestrado. Mestrado Profissional em Gestão de Organizações Aprendentes – Centro de Ciências Sociais e Aplicadas / Centro de Educação – Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2013.

1 Gestão de pessoas em saúde2. Cultura organizacional. 3. Aprendizagem.

CDU: 37.091.322.7

FOLHA DE APROVAÇÃO

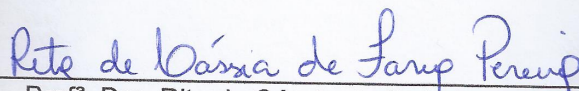
Ricardo de Sousa Soares

APRENDIZAGEM E CULTURA ORGANIZACIONAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA:
ANÁLISE E REFLEXÕES EM UMA UNIDADE DOCENTE-ASSISTENCIAL

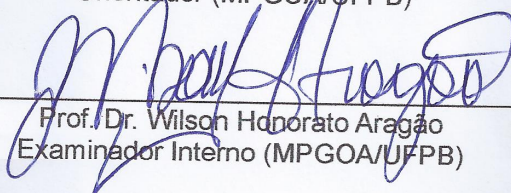
Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Gestão de Organizações
Aprendentes da UFPB, linha de pesquisa
Aprendizagem em Organizações.

28p6 / 13

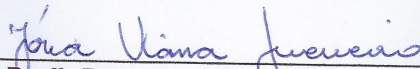
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dra. Rita de Cássia de Faria Pereira
Orientador (MPGOA/UFPB)



Prof. Dr. Wilson Honorato Aragão
Examinador Interno (MPGOA/UFPB)



Prof^a. Dra. Jória Vianna Guerreiro
Professora de Saúde Coletiva DPS/CCM

possibilidades a primeira vista

expectativas, conflitos e dissonâncias

no contraditório encontro, diferentes visões

vidas, e mundos

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família enfrenta hoje o grande desafio de superar um modelo de atenção biologicista, e consolidar-se como espaço de cuidado integral, de inovação, e de aprendizagem contínua. Reconhecer as diferentes subculturas nas organizações e potencializar a aprendizagem individual e coletiva é essencial em espaços como este. Nesta pesquisa estudamos a Aprendizagem e a Cultura Organizacional em uma unidade docente-assistencial, campo de prática para alguns cursos de graduação e para a residência em medicina de família e comunidade da Universidade Federal da Paraíba. Fizemos um estudo de caso com uma abordagem qualitativa apoiado na hermenêutica-dialética. Realizamos 15 entrevistas com profissionais (incluindo residentes), apoiadores e preceptores da residência. A equipe mostrou traços positivos de coletividade, tolerância ao outro, compreensão, e como aspectos negativos uma relação tensa com a gestão e, poucos e difíceis espaços de conversa. A residência foi um ponto discutido como fator de mudança de práticas, qualificação do cuidado, e de construção de propostas para a unidade de saúde. Ao mesmo tempo, as mudanças ocorridas neste período geram ansiedades e conflitos trabalhados pela equipe. As unidade estudada apresentou algumas identificações com princípios da Atenção Básica, principalmente com o trabalho em equipe, e o cuidado ao paciente. Diversos aspectos foram levantados sobre a valorização e desvalorização do trabalho, principalmente o reconhecimento do trabalho no primeiro, e condições difíceis de trabalho no segundo. O acolhimento e o papel do apoiador, foram temas repetidamente discutido nas entrevistas.

Palavras-chave: gestão de pessoas em saúde; cultura organizacional; aprendizagem; atenção primária à saúde; internato e residência

SUMÁRIO

1. QUALIFICAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA	07
2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE PESQUISA.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 QUESTÕES DE PESQUISA.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL	16
3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL E APRENDIZAGEM	20
3.3 CULTURA E APRENDIZAGEM NA GESTÃO EM SAÚDE	23
4. ASPECTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS.....	27
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA	28
4.2 COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA	29
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	33
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
5.1.A UNIDADE DE SAÚDE MUDANÇA DE VIDA E A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	36
5.2.CULTURA TÉCNICA: MOTIVAÇÕES, PERCEPÇÃO VALORATIVA E ASPECTOS NEGATIVOS DO TRABALHO	40
5.2.1.O ACOLHIMENTO NO MUDANÇA DE VIDA	47
5.3.NORMATIVIDADE / GOVERNABILIDADE	54
5.4.ANÁLISE DAS LIDERANÇAS	59
5.5.APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL.....	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES	81

AGRADECIMENTOS

I – Dani e Davi

Por todo tempo privado dessa vida vivida com Dani
E por toda a força, carinho e estímulo ao mestrado
Agradeço a ela, parte indissociável do meu viver
Nosso filho era projeto, quando a pesquisa era projeto.
E foi um crescer devagar mas gostoso que passou
voando... nasceu, sorriu, brincou e segue diária e incansavelmente
brindando-me com rios de energia e sinceridade
a dissertação desenhando os contornos finais, e a vida
apenas começando

II – Rita

disponível, flexível, e paciente co-gestora do caos
orientando os rumos de um navegar impreciso
dos tons da escrita, laboriosa, criativa, pedaços
de canções, frases e ideias perdidas no tempo

III – Companheiros

quando olhamos para o passado
algumas, poucas pessoas, rompem
qualquer ideia de temporalidade
lutamos e vivemos do mesmo sopro

1. QUALIFICAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA

desejos, dores e sonhos variados
harmonia refeita em sensações
cruzam-se braços amordaçados
invisibilidades e re-significações

O processo de constituição do Sistema Único no Brasil (SUS) inicia com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 70, imersa na luta pela democratização do Brasil, e defendendo uma reforma geral no Brasil com a democratização do acesso aos serviços de saúde e uma concepção ampliada de saúde, entendendo a reforma do setor saúde não só na estruturação de seus serviços e de um sistema universal, mas também inserida nas diversas reformas sociais e na garantia de educação, direito a terra, habitação, segurança alimentar e distribuição de renda no país. Portanto, a RSB surge com um projeto de reforma geral no Brasil. Neste sentido e entendendo a RSB como idéia-proposta-projeto-movimento-processo (PAIM, 2008a) avançamos parcialmente na reforma do setor saúde com o SUS, com uma significativa ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas permanecendo os desafios na qualificação dos serviços de saúde e na garantia de uma reforma geral. Para isso precisamos resgatar o papel político da reforma sanitária e a construção de um projeto de sociedade aprofundando a democracia, a distribuição de renda e a justiça social no país (SANTOS, 2011). Entre os avanços do SUS vários estudos destacam a redução da mortalidade infantil, atribuída em grande parte à melhoria de alguns determinantes sociais, mas também relacionada à qualificação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS através da Estratégia Saúde da Família (ESF) (VICTORA *et al.*, 2011). Apesar de inicialmente pensada enquanto um programa focalizado, a ESF se tornou a estruturante no SUS e na APS brasileira podendo ser analisada enquanto estratégia de reorientação do modelo de atenção (PAIM, 2008 b), trazendo transformações importantes no trabalho em saúde e nas relações entre os trabalhadores e usuários do SUS. E é certamente essa mudança de práticas de saúde e cuidado, superando a mercantilização da saúde e mecanização da vida, um dos principais desafios da Saúde Coletiva nos últimos 30 anos.

A APS é o contato preferencial entre o paciente e o Sistema de Saúde, tendo nas suas atribuições a capacidade de resolução de até 90% dos problemas de saúde, e acompanhando a pessoa e sua família, em um contexto comunitário, ao longo de sua vida

(STARFIELD, 2002). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada como programa em 1994, vem se consolidando como principal estratégia de reorganização da APS e do SUS, tendo alcançado muitos resultados positivos, como a redução da mortalidade infantil e a expansão do acesso da população aos serviços de saúde (SAMPAIO *et al.*, 2012). Recentemente reformulada, a Política Nacional de Atenção Básica, reforça em seus princípios os atributos da APS e importância da territorialização, aproximando os termos Atenção Básica e APS, e reforçando a importância do trabalho no território, da importância do impacto do trabalho na autonomia dos sujeitos e do trabalho em equipe interdisciplinar, democrático e participativo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Com a mudanças curriculares nos cursos da área da saúde, e a necessidade de qualificação da APS no Brasil, tem crescido a importância de uma formação geral nas graduações da área da saúde, reforçando a ESF como espaço de aprendizado no Brasil e também a necessidade de expansão das especializações em saúde da família e da residência médica e multiprofissional na área. A Residência Médica é uma especialização *lato senso* caracterizada por treinamento em serviço (Lei 6.932/81) e é considerada a principal formação do especialista médico no Brasil. Nesses últimos anos tivemos um avanços das discussões sobre as necessidades de residências médicas no país e a Medicina de Família e Comunidade (MFC) está dentro das especialidades consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação para a expansão e ampliação de Residência Médica (MEC/MS, 2009). A Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), segundo a Resolução nº 02 de Maio de 2006 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNMR) tem a duração de 2 anos e tem como princípios formar um médico para atuar na APS atuando com uma concepção ampliada de saúde, em nível individual e coletivo, ainda segundo a mesma resolução:

deve priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, no cuidado em saúde e na continuidade da atenção; atender, com elevado grau de qualidade, sendo resolutivo em cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a diferentes grupos etários; desenvolver, planejar, executar e avaliar programas integrais de saúde, para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico; estimular a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade; desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde; desenvolver habilidades docentes e a capacidade de auto aprendizagem; desenvolver a capacidade de crítica da atividade médica, considerando-a em seus aspectos científicos, éticos e sociais. (CNMR, 2006).

Um dos grandes desafios para os residentes e os egressos da Residência de MFC é como ajudar nas mudanças no trabalho e aprendizado em equipe. Uma vez que vivenciamos um ambiente de constantes inovações tecnológicas, e portanto, de avaliação

clínica, e introdução de novas ferramentas de atenção. Entretanto, hegemonicamente temos tentativas pontuais de qualificação e de treinamentos, desconsiderando as singularidades de cada equipe e principalmente a cultura organizacional como estratégia de mudança. Essas tentativas de processos educativos para os profissionais da APS no Brasil são historicamente muito fragmentadas nas diversas áreas técnicas da gestão, sendo ainda dissociadas de reflexões sobre o cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USFs), algumas vezes com conteúdos prontos e não possibilitam a reflexão, organização e adaptação em nível local. Em todo o treinamento, são introduzidos novos conteúdos, novos protocolos, e mais formulários a serem preenchidos durante o já curto tempo de trabalho. Na prática, o potencial de mudanças é muito pequeno. Em algumas reuniões de equipes e atividades formativas chegamos a ter discussões profundas incluindo reflexões importantes sobre os determinantes sociais e as condições de vida da população, problemas individuais e do território, questões administrativas e de fluxos, mas dificilmente discutimos nossos valores e nossos pressupostos, pouco paramos para conversar sobre os porquês de trabalharmos na saúde, nossas motivações, desejos, e quais nossas visões sobre as finalidades e princípios do nosso trabalho enquanto equipe.

A racionalidade gerencial hegemônica enxerga o trabalhador como uma peça ou engrenagem de uma grande máquina. Por esta racionalidade o trabalhador não pensa sobre o seu trabalho e não participa dos rumos da organização, perdendo a noção dos valores e finalidades de seu trabalho (CAMPOS, 2005). Estas características tradicionais e conservadoras de gestão ainda são muito presentes na gestão em saúde, inclusive na APS, em muitas tentativas de um controle rígido do processo de trabalho, e a gestão muitas vezes para pouco para ouvir o trabalhador, seus anseios e suas necessidades, desconsiderando a sua autonomia e importância como sujeito de seu trabalho.

Comparando a valise do médico com uma caixa de ferramentas, Merhy (2005) analisa as tecnologias de saúde em três níveis: dura, leve-dura e leve. As tecnologias duras são as que primeiro nos vem a cabeça, a exemplo da Tomografia Computadorizada, tem alta densidade tecnológica, mas são equipamentos e procedimentos que exigem pouca variabilidade humana. Nas tecnologias leve-duras, estão as ferramentas que possuem uma certa flexibilidade, mas também possuem estruturas como a clínica, os protocolos, diretrizes; e nas tecnologias leves, são as que possuem maior flexibilidade, e estão nas relações entre o trabalhador-usuário, trabalhador-gestor, e nas relações entre trabalhadores entre si. Para o autor é no campo das tecnologias leves, e leve-duras que estão as maiores possibilidades de mudança de práticas, e são também as maiores necessidades hoje de qualificação no SUS. Pensamos

nos Modelos de Tecnoassistenciais como o resultado prático que as tecnologias e os modelos mentais estão proporcionando no cuidado, e neste sentido, concordamos com Paim (2008b) que os modelos de atenção como combinações tecnológicas no trabalho em uma “espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde” (PAIM, 2008b p.554).

Percebo as propostas de mudança do Modelo de Atenção como um conjunto de ferramentas que podem ser utilizadas para mudarmos as práticas e caminharmos rumo aos princípios do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira. E é justamente na miscigenação dessas várias ferramentas pelos diversos sujeitos/atores, bem como na inovação e criação que podemos potencializar novas modelagens de cuidado. Considerar, discutir, e saber trabalhar a Cultura Organizacional e a Aprendizagem nas instituições de saúde, nos diversos níveis que compõem as redes de serviços de saúde é essencial para a mudança no modelo de cuidado hegemônico. Portanto, acreditamos que conhecer, discutir e compartilhar premissas e valores no trabalho, dentro do contexto de cada equipe, e ampliando para as concepções de saúde, deve permear todo o planejamento e deve ser considerada em toda a estratégia ou programa que vise construir novas práticas de saúde. Podemos desta forma, paulatinamente, construir ambientes de trabalho favoráveis e trabalhadores pré-dispostos a uma reflexão permanente, co-produzindo sujeitos mais autônomos, e avançando para um clima organizacional aberto a inovação e criatividade. A ESF pela complexidade de seus desafios e pela multiplicidade de ações desenvolvidas, é um espaço privilegiado para a confluência e articulação desses diversos saberes e práticas.

Ao pensar-se o sistema de serviços de saúde como uma rede coordenada capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, é importante ter em conta que as ligações entre os nós desta rede somente podem ocorrer mediante o estabelecimento de uma rede intrincada de interações entre: aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (prestadores e profissionais) e os cidadãos, que podem ser considerados como os três sujeitos genéricos da coordenação/integração em sistemas de serviços de saúde. Entende-se, assim, que as formas de organizar a atenção à saúde são expressão das relações e das interações entre estes três atores centrais. A gestão é entendida neste trabalho como um processo político de produzir contratualidades entre os diferentes atores sociais com vistas à organização das ações de saúde. (LIMA; RIVERA, 2009 p.330)

Essas necessidades de novas modelagens de cuidado, bem como a expansão e qualificação da rede de atenção a saúde, gerou no âmbito da gestão da educação e do trabalho em saúde, a necessidade de mudança da formação profissional na área da saúde e de qualificação dos profissionais que já estão na rede. As transformações nas diretrizes curriculares nos cursos da área da saúde e, mais especificamente na medicina,

vem proporcionando um crescimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como um local de aprendizagem interdisciplinar e integradora, coerente com as necessidades de saúde da população, e de um trabalho crítico, reflexivo e em equipe (DEMARZO, 2011). Essas mudanças exigiram a incorporação de metodologias ativas de aprendizagem valorizando a prática, o conhecimento prévio do educando e o aprender a aprender.

Segundo Gomes *et al.* (2008), a aprendizagem significativa de Ausubel traz uma teoria de aprendizagem que reconhece o conhecimento prévio do educando, e considera o entendimento e não a simples memorização. Nesse aprendizado o conhecimento novo interage com o conhecimento prévio, e nessa dinâmica surge um outro conhecimento. O autor destaca, entre vários, dois meios de construção desse conhecimento: a diferenciação progressiva e a reconciliação integrativa. O primeiro na interação do conhecimento novo e prévio, e no surgimento de novos significados, o segundo, estabelece as relações entre os conceitos já existentes delimitando as suas semelhanças e singularidades (GOMES *et al.*, 2008).

a integração de conteúdos novos à estrutura cognitiva ocorre de forma hierarquizada e mais complexa, pela ligação a conhecimentos prévios, por meio de “subsúncos”, que permitem uma “ancoragem” das novas proposições e possibilitam criar um novo conceito mais abrangente ou reformulado (CARVALHO *et al.*, 2011 p. 136).

No trabalho em saúde, a aprendizagem significativa surge da possibilidade das mudanças de práticas, nos espaços formais ou informais, mas que essencialmente surjam a partir de uma relação dialógica entre os trabalhadores, de entendimento dessa realidade, e de um estudo que considere os conhecimentos prévios de cada educando, singularizando a formação, provocando novos significados e, inevitavelmente, disparando mudanças em suas realidades de trabalho. Entre as possibilidades para a mudança da aprendizagem nas instituições de saúde, a Educação Permanente em Saúde vem fortalecendo a gestão democrática, estimulando a aprendizagem em equipe e a criatividade no enfrentamento das questões de saúde, desempenhando seu papel de qualificação e transformação da gestão no SUS (CECCIM; FEUERWEKER, 2004). Segundo a Política de Educação Permanente é vista como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorpora, ao cotidiano das organizações a ao trabalho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. (...) Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores

sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009 p20).

Uma outra política que visa a modificar a relação entre os trabalhadores e que vem se institucionalizando e ganhando força nos últimos anos é a Política de Humanização. Esta traz o foco para a micropolítica do cuidado e da gestão, tendo a co-gestão como uma de suas áreas de atuação e reforçando a necessidade de um trabalho e gestão democrática na saúde (PASCHE *et al.*, 2011). A Co-Gestão proposta na política de humanização entende o desafio da mudança da modelagem de atenção, entendendo trabalho como um espaço de criação e mudança, dos serviços, produtos e pessoas, e que é nessas relações entre os diversos sujeitos/atores que construímos autonomia e co-responsabilização e mudança (SANTOS FILHO *et al.*, 2009). Em sua concepção, a Gestão Compartilhada faz uma crítica à gestão em saúde tradicional, baseada em um trabalho fragmentado e individualizado, onde o trabalhador-alienado não reflete sobre o seu trabalho, e propõem espaços de co-gestão, criando e fomentando o diálogo entre trabalhadores, usuários e gestores, buscando uma maior participação de todos no cuidado e na gestão em saúde (CAMPOS, 2005).

Na medida em que construímos espaços para a participação de todos os trabalhadores integrantes da equipe de atenção primária do SUS, estamos co-produzindo ações e serviços de saúde que respondem às necessidades da população dos territórios-área de abrangência. Constituem-se, nessa experiência, sujeitos e atores sociais mais comprometidos, criativos, reflexivos, com maior responsabilização e capazes de produzir novos sentidos no trabalho que desenvolvem. É preciso romper com a imobilização, alienação e descomprometimento que encontramos ainda hoje nos serviços de saúde no país. A democratização do trabalho e da gestão na rede de atenção primária é estratégica para promover e semear a necessidade de mudança em outros pontos de atenção da rede de serviços de saúde. É preciso evoluir de formatos hierárquicos de organização e gestão do processo de trabalho para formas mais horizontalizadas em relação ao poder e à responsabilidade (SOARES; RAUPP, 2009 p.446)

O conceito mundo de Habermas nos ajuda a pensar as possibilidades das relações intersubjetivas entre os trabalhadores da saúde. Habermas distingue três mundos: o mundo objetivo, relacionado aos fatos, o estado das coisas; o mundo social, a legitimação das relações interpessoais, as normas; o mundo subjetivo, representando as vivências, subjetividades e afetos de cada pessoa. A Ação Comunicativa ocorre quando as pessoas conseguem conversar, trocar ideias e discutir, em igualdade de condições visando formar consensos através de diálogo e argumentações (HABERMAS, 2012).

É necessário construirmos formas de planejar e de gestão em saúde mais democráticas e comunicativas, proporcionando aprendizagem nas organizações, considerando e apoiando-se na cultura como estratégica para a viabilização dos

processos de mudança nas organizações. Rivera (2003) traz esse olhar para o planejamento estratégico incorporando a ação comunicativa, tendo um grande potencial de construir mudanças.

A concepção comunicativa de planejamento implica na compreensão como processo cultural, de negociação e de exercício de uma liderança intersubjetiva. Há nessa compreensão a necessidade de um aprofundamento na dimensão cultural e na negociação cooperativa, encerrada como uma forma de argumentação racional, assim como uma preocupação com um tipo e liderança de natureza linguística (RIVERA, 2012 p.63).

Ao optarmos pelo aprendizado e pela construção compartilhada em equipe, precisamos processualmente superar as contradições dos modos tradicionais de gestão e trabalho, como parte de uma mudança paradigmática (SOARES; RAUPP, 2009). Neste sentido, é necessário, reconhecer os horizontes de mudança, mas também e principalmente, compartilhá-los e criar e/ou potencializar os espaços de comunicação e construção coletiva, caso contrário as resistências às mudanças e às propostas, muitas vezes oficialmente aprovadas em reuniões de equipe, aparecerão no cotidiano do trabalho como ruídos (BERNARDES *et al*, 2007) ou através de mecanismos de defesas da equipe impedindo que qualquer coisa as faça parecer pessoalmente incompetentes e fingindo que todos apoiam a estratégia coletiva da equipe” (SENGE, 2006, p.58).

Analisando a cultura organizacional como as simbologias e sua “sustentação sobre o projeto real de uma organização”, Rivera (2003) ressalta a importância de uma liderança comunicativa, a partir do envolvimento e participação dos diversos sujeitos/atores da organização desde o processo de idealização como forma de co-responsabilização no trabalho em saúde. Neste sentido, é papel fundamental da liderança promover uma boa comunicação na equipe, a partir da valorização dos momentos de diálogo, de discussão e da construção de consensos.

Ao longo dos anos na Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporamos em maior ou menor grau que é importante ter reuniões, prepararmos-nos para reuniões, construirmos pautas e grande parte das equipes tem um espaço semanal reservado para se reunir. Também em muitas equipes vem sedimentado a ideia de que é necessário fazermos o reconhecimento e a cartografia dos nossos territórios e comunidade, e a partir daí, traçamos estratégias e planos de ação para a resolução dos problemas mais importantes. De forma similar, sistematizamos situações-problemas e casos clínicos de pacientes para discutir com a equipe como um todo e desenvolver projetos terapêuticos. Acreditamos que da mesma forma que discutimos casos, fazemos reuniões, estudamos saúde, doença e os territórios, é importante fazemos uma verdadeira cartografia cultural

na organização do trabalho na ESF, incluindo nos nossos planejamentos, estratégias e ações. A Cultura Organizacional como transversal a todos os processos de mudança que pretendemos realizar. É preciso reconhecermos nossas interações enquanto equipe, entendendo a relação entre o que percebemos visual e superficialmente, mas aprofundando nossas análises para a compreensão a partir do reconhecimento das diferentes percepções, da história de cada local de trabalho e de cada trabalhador, e dos diversos esquemas de trabalho e subculturas presentes nas diversas Equipes de Saúde Família (EqSF).

Nas equipes em que temos a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), essas diferenças entre percepções, são visíveis as diferenças de ideias e a dificuldade de construir um trabalho compartilhado, sendo temas recorrentes de nossas discussões teóricas na residência e nas pactuações do estágio com a equipe. Entretanto, também percebemos que a equipe da USF Mudança de Vida, um dos campos de prática da RMFC, tem se aberto a algumas mudanças importantes no sentido de qualificar o acesso e o acolhimento da USF, o que por um lado, tem reforçado a importância dos residentes como parte da equipe, e por outro, tem gerado ansiedade e resistências de muitos profissionais. Acreditamos que esse tensionamento gerado nessa fase de implementação da residência e das mudanças propostas por estes, possa ocorrer em parte, por não considerarmos a cultura organizacional da equipe da USF Mudança de Vida, e pela dificuldade de construirmos um processo de aprendizagem legítimo e compartilhado com todos. Queremos ao entender a aprendizagem e a cultura organizacional, discutir suas contradições, limites e avanços, e trazer sugestões para a qualificação da participação e da educação permanente na equipe.

2. OBJETIVOS E QUESTÕES DE PESQUISA

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar e refletir sobre a Aprendizagem e Cultura Organizacional na Unidade de Saúde da Família Mudança de Vida, discutindo suas contradições e possibilidades nos processos de Aprendizagem.

2.2 QUESTÕES DE PESQUISA:

- Quais e como ocorrem os processos de aprendizagem em equipe?
- Quais os fatores que potencializam ou dificultam a aprendizagem na unidade de saúde?
- Como foi a implantação da residência na USF Mudança de Vida?

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Analisar a cultura e a aprendizagem de uma organização de saúde é uma tarefa complexa, de compreender as relações que as pessoas estabelecem com o trabalho, a forma com que os sujeitos/atores desse trabalho se relacionam e constroem seu jeito próprio de trabalhar. É ainda descortinar o modo como essas pessoas se relacionam com as mudanças e com o enfrentamento de novos problemas e a partir destes aprimoram ou conservam seu modo de trabalhar. Compreender a cultura de uma organização pode ser estratégico nos processos de mudança e aprendizagem de uma organização, mais ainda de uma organização de saúde que tem uma relação próxima com a comunidade e com seus processos de sofrimento e adoecimento, e que envolve várias categorias profissionais em um campo de constantes modificações teóricas e de incorporação tecnológica. Iniciaremos a reflexão sobre o referencial teórico discutindo a Aprendizagem Organizacional, e suas principais vertentes e escolas, depois discutiremos a formação da cultura de uma organização e algumas formas de estudar e entender a cultura organizacional, e por fim, adentraremos na relação entre Aprendizagem e Cultura Organizacional na gestão em saúde, analisando alguns métodos e ferramentas para a análise da cultura e aprendizagem organizacional na Atenção Primária à Saúde.

3.1 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL

Ainda não temos na literatura um conceito ou definição de consenso sobre Aprendizagem Organizacional, mas diversos olhares, abordagens e categorizações. Uma das classificações propostas por Antonello (2005) categoriza a Aprendizagem Organizacional em 6 focos, agrupando pelas diferentes ênfases identificadas na literatura, são eles: socialização da aprendizagem individual, processo-sistema, cultura, gestão do conhecimento, melhoria contínua e inovação. A **socialização da aprendizagem individual** é mais próximo do campo da psicologia, reconhece as diferenças entre a organização e o conjunto de indivíduos, e considera os indivíduos como agentes para as organizações de aprendizagem, e a aprendizagem ocorre compartilhando cognições e ajustando suas rotinas em resposta aos problemas enfrentados. O foco em **processo-sistema** que visualiza as organizações como um sistema de aprendizagem, sendo um modelo normativo que entende as organizações como sistemas interpretativos, e o enfoque de que é fundamental a aprendizagem para uma organização que se adapte as

mudanças do ambiente externo. O foco em **cultura** tem uma ênfase de estudo nos significados compartilhados das organizações, na sua interpretação e na aprendizagem a partir da construção de novos significados e de novas formas de agir. A **gestão do conhecimento** tem uma ênfase na abertura aos novos conhecimentos, na sua aquisição e gestão, e na transformação dos conhecimentos tácitos em explícitos. O foco na **melhoria contínua** e do gerenciamento da qualidade total tem a aproximação com a aprendizagem organizacional pelo enfoque em contínua qualificação do processo de trabalho. Por fim, o foco na **inovação**, que tem a sua aproximação com o pensar novas ideias, com a criação, e com a implementação de mudanças a partir dessas novas produções de conhecimento (ANTONELLO, 2005).

Uma outra proposta de análise por Antonello e Godoy (2011) estudaram as várias dimensões e perspectivas da Aprendizagem Organizacional com suas interseções e singularidades, analisando nas perspectivas psicológica, sociológica, antropológica, da ciência política, histórica, econômica, e da ciência da administração. No campo da administração, as autoras identificam seis perspectivas de teóricas: cognitiva e do conhecimento; tomada de decisão organizacional e da adaptação; da teoria dos sistemas; cultural; aprendizagem da ação; e, estratégica / gerencial. A **perspectiva cognitiva e do conhecimento** centrada na noção de que as pessoas não são um depósito de experiências passadas mas intérpretes a partir do seu sistema cognitivo. A **perspectiva da tomada de decisão e da adaptação** com o foco nas adaptações da organização em nível coletivo ao longo do tempo. A **perspectiva da teoria dos sistemas** com um olhar para a organização com rede e sistema, observando a complexidade de suas relações e tentando respostas mais estruturadas a partir desse olhar complexo. A **perspectiva cultura** com duas vertentes uma complementar a perspectiva cognitiva visualizando a aprendizagem coletiva e uma outra vertente com um olhar mais próximo das rotinas defensivas da organização. A **perspectiva da aprendizagem da ação** fundamentada no aprender-fazendo, com uma abordagem mais experiencial e baseadas em práticas. E a **perspectiva estratégica/gerencial** como uma tendência recente na literatura, baseada em gerentes ativos, e na visão estratégica como uma forma de gerar uma vantagem competitiva (ANTONELLO, 2011).

A partir da análise é possível ainda distinguir a presença de duas grandes vertentes de estudos: a Aprendizagem Organizacional e as Organizações que Aprendem. Na primeira vertente estão presentes estudos mais descritivos e analíticos buscando entender os processos, habilidades e possibilidades para a construção da aprendizagem no seu contexto tendo Chris Argyris como um dos autores mais citados. Já nas

organizações que aprendem trazem estudos com uma característica mais prescritiva e normativa tentando modificar características para que ela possa aprender, tendo Peter Senge como principal referência (LOIOLA; BASTOS, 2003).

Senge, um dos teóricos das Organizações que Aprendem, trabalha com a ideia de cinco disciplinas que integradas contribuiriam para uma organização aprendente, a saber: o pensamento sistêmico, domínio pessoal, modelos mentais, a construção de uma visão compartilhada, aprendizagem em equipe. O *domínio pessoal*, como o desenvolvimento e comprometimento individual dos integrantes de uma organização; os *modelos mentais*, que são 'pressupostos profundamente arraigados' que influenciam a forma de como as pessoas e organizações se comportarem frente aos desafios; a *construção de uma visão compartilhada* como comunicação e discussão de imagens de futuro nas organizações; a *aprendizagem em equipe* como um exercício de diálogo e construção em equipe; e o *pensamento sistêmico* que integra as outras disciplinas e traz uma visão sobre as organizações aprendentes com apoio na teoria dos sistemas. (SENGE, 2006).

Na aprendizagem em equipe, destacamos o conceito de comunicação como equilíbrio entre o diálogo e discussão, e em espaços mais abertos à circulação de ideias tentando minimizar os 'pré-conceitos' e com uma abertura a ouvir o outro, reforçando a interação e a intersubjetividade, como também a construção de projetos, e definição de consensos de forma compartilhada (SOARES; RAUPP, 2009).

A aprendizagem em equipe envolve o domínio das práticas de diálogo e discussão, duas formas distintas de conversação entre as equipes. No diálogo, há a exploração livre e criativa de assuntos complexos e sutis, uma profunda "atenção" ao que os outros estão dizendo e a suspensão do ponto de vista pessoal. Na discussão, por outro lado, diferentes visões são apresentadas e defendidas, e existe uma busca de melhor visão que sustente as decisões que precisam ser tomadas. Diálogo e discussão são potencialmente complementares, mas a maioria das equipes não tem habilidade de distinguir um do outro e de passar conscientemente de um para o outro. (SENGE, 2006 p.264-265).

A discussão de Senge (2006) sobre Modelos Mentais se aproxima da definição de Cultura Organizacional, entendendo como as resistências e mecanismos de defesa, a partir de concepções ou ideias prévias sobre o funcionamento das organizações que muitas vezes dificultam as reflexões e problematizações sobre as situações enfrentadas. Para o autor, é necessário aprimorarmos habilidades de reflexão e de indagação. A primeira consiste em desacelerar nossa forma de pensar e concluir, e testar como chegamos às generalizações. A indagação seria a habilidade de compartilhar ideias e premissas na interação com outras pessoas, estando aberto e conhecendo os outros pontos de vista (SENGE, 2006).

As organizações estão cotidianamente imersas aos problemas e anseios do seu ambiente interno e externo, e é a partir da consciência dessa relação e da busca de adaptação e mudança que surge a aprendizagem. Para Antonello (2005), a Aprendizagem Organizacional é dependente de três características: identidade e competências organizacionais adquiridas em sua história; aprendizagem a partir de outras organizações, aprendizagem autêntica a partir da sua prática e dos seus conhecimentos prévios. A autora identifica pontos em comum na definição de Aprendizagem Organizacional na literatura, são estes: a ideia de *processo* como um espiral de continuidade, *mudança* de atitude, *grupo* (interação e coletividade), *criação e reflexão*, *ação*, *situação* (aprendizagem a partir da atividade em seu contexto), *cultura* (construção compartilhada de significados).

A aprendizagem organizacional é um processo contínuo de apropriação e geração de novos conhecimentos nos níveis individual, grupal e organizacional, envolvendo todas as formas de aprendizagem – formais e informais – no contexto organizacional, alicerçado em uma dinâmica de reflexão e ação sobre as situações-problema e voltado para o desenvolvimento de competências gerenciais (ANTONELLO, 2005 p.27).

Tão importante quanto delimitar e compreender a Aprendizagem Organizacional, é definir o olhar a ser lançado para esse campo, dentro das suas diversas abordagens nas suas diferenças e convergências. Antonelo e Godoy (2011) se aproximam de uma concepção de aprendizagem relacionada às práticas, entendendo a Aprendizagem como um “processo pelo qual os atores refletem suas práticas para entender as conexões entre os aspectos determinantes, as ações e os resultados”, entendendo na Aprendizagem Organizacional a importância da experimentação, exploração e reflexão crítica considerando os microprocessos no qual estão imersos os sujeitos/atores em seu contexto. Entendendo a Aprendizagem Organizacional como um conceito polissêmico que abre para diversas possibilidades de trabalho, as autoras criticam as abordagens de utilitárias e racionalistas, entendendo a aprendizagem nas organizações não como a soma das aprendizagens individuais de seus membros, mas como um processo social, integrado e multinível envolvendo as aprendizagens individuais, grupais, organizacionais. Neste sentido discutem uma abordagem de Aprendizagem Organizacional baseada em práticas, reconhecendo a cultura, os conflitos inerentes ao estudo das práticas e do aprendizado no trabalho, estudando aspectos não usualmente observados nas relações entre os trabalhadores, seus objetos de trabalho, e os significados de trabalho, abrindo-se espaço para novas construções e pesquisas de aprendizagem a partir das práticas de trabalho (ANTONELLO; GODOY, 2011).

3.2 CULTURA ORGANIZACIONAL E APRENDIZAGEM

Para entendermos melhor a Cultura Organizacional cabe uma reflexão breve sobre a cultura e sua potente influência na dinâmica de uma organização. Sendo uma organização formada por pessoas, a cultura vai estar intimamente relacionada com a história de vida dessas pessoas, com o seu contexto e sua historicidade, no processo longitudinal de experimentações, vivências, conservação e mudança que vão inter-relacionando-se e co-modelando modos de pensar e agir.

Cultura pode ser entendida então, como a resultante cognitiva de uma construção social que é extraída de aspectos importantes da experiência coletiva dos membros de uma sociedade que se configuram como modelos mentais, visão compartilhada ou arquétipos; os quais, uma vez incorporados, passam para o nível do inconsciente coletivo, onde muitas vezes, procedimentos não são explicáveis do porque, mas são aceitos como certos, sem questionamentos, 'simplesmente são assim' (ZAGO, 2005 p.66).

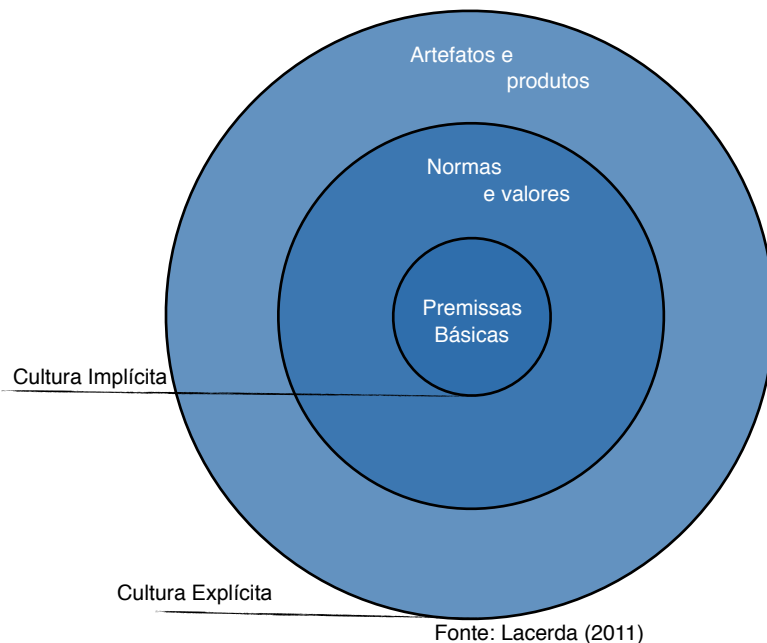
Apesar de sua formação ter uma relação próxima com a cultura de um país ou região, a cultura de uma organização se desenha com contornos próprios que são acumulados pelos desafios únicos que enfrenta e pelas interações que seus diferentes membros vão tecendo no cotidiano do trabalho. As peculiaridades dos seus membros, interações e ambientes, vão tornar a cultura de uma organização também únicas (ZAGO, 2005). A Cultura Organizacional é um conceito complexo, construído por diversos sujeitos/atores interagindo longitudinalmente no seu trabalho, envolvendo tanto aspectos visíveis, mas também muitas questões intersubjetivas e até inconscientes. A medida que as pessoas produzem suas ações e relações de trabalho, resolvendo seus problemas individuais e coletivos, criam formas de funcionamento próprias, em uma regulamentação silenciosa do trabalho, que se reverbera aos novos membros se reproduzindo no tempo. Schein (2009) considera a cultura como um aprendizado compartilhado de um grupo formando padrões que atenderiam a necessidade de estabilidade e consistência destas pessoas. Ainda segundo o mesmo autor:

A cultura de um grupo pode ser entendida como um padrão de suposições básicas compartilhadas que foi aprendido por um grupo à medida que solucionava seus problemas de adaptação externa e de integração interna. Esse padrão tem funcionado bem o suficiente para ser considerado válido e, por conseguinte, para ser ensinado aos novos membros como o modo correto de perceber, pensar e sentir-se em relação a esses problemas (SCHEIN, 2009 p. 16).

Para conseguirmos aprofundar melhor o estudo sobre a cultura de uma organização, podemos entendê-la a partir de suas dimensões. Utilizaremos como referências as dimensões culturais de Hofstede e Trompenaars a partir da análise de

Lacerda (2011), na qual discute as concordâncias e divergências entre os dois autores. Trompenaars divide as dimensões culturais em três níveis em círculos circuncêntricos, onde na camada interna estariam a cultura implícita e na camada externa a cultura explícita : a) artefatos e produtos; b) normas e valores; c) premissas básicas (FIGURA 1).

Figura 1: Níveis de Cultura



Os artefatos são a parte visível e superficial da cultura, facilmente enxergamos, mas tem significados de difíceis interpretações, são desde as roupas, linguagem, rituais mais explícitos. As normas e valores são ideias compartilhadas sobre o que é certo e o que é errado. E as premissas básicas são os valores mais arraigados e inconscientes (SCHEIN, 2009; LACERDA, 2011). É necessário aprofundar a

análise da cultura e para processos de mudanças culturais mais potentes é necessário chegar as suposições básicas compartilhadas, entendendo também o papel das lideranças na formação dos valores e normas, e as formas de aprendizagem organizacional (SCHEIN, 2009). Trompenaars identifica sete dimensões para a análise de cultura em três categorias de análise:

- a) Problemas de relacionamentos com a pessoa: universalismo/particularismo; individualismo/coletivismo; neutro/emocional; específico/difuso; conquista/atribuição;
 - b) Problemas de relacionamento com o tempo: atitudes em relação ao tempo
 - c) Problemas de relacionamento com o ambiente: atitudes em relação ao ambiente.
- (LACERDA, 2011).

Outro importante modelo de análise de cultura é proposto por Hofstede, baseado em cinco dimensões: distância de poder; resistência a incerteza, individualismo/coletivismo; masculinidade/feminilidade; dinamismo confuciano. A **distância de poder** parte do pressuposto de que o poder é distribuído desigualmente, mas podendo ter uma maior ou menor hierarquia nas organizações, e portanto níveis de tolerância diferentes. A **resistência a incerteza** tem relação com a tolerância das pessoas as situações desestruturadas, organizações que evitam a incertezas tendem a ser mais

normatizadores, enquanto organizações que convivem melhor com a incerteza tem maior tolerância aos diferentes modos de pensar. O **individualismo/coletivismo** tem relação ao grau de envolvimento e integração das pessoas com grupos ou a tendência ao trabalho mais isolado. A **Masculinidade/feminilidade** tem relação com o comportamento mais competitivo relacionado ao masculino ou as característica de maior atenção e cuidado com o outro relacionada ao feminino. O **dinamismo confuciano** tem relação com países orientais que tem uma aceitação maior das desigualdades, com a persistência com resultados lentos e com a economicidade (LACERDA, 2011).

Foucault (2012) analisa o poder de uma forma ampla, presente nas relações do Estado com a população, imerso nos valores, verdades, e normas da sociedade, e também devendo ser percebido nas instituições e organizações locais. Concordamos com Jaime Junior (2002) que a organização não pode ser vista como uma simples reprodução da sociedade nem tampouco totalmente desvinculada dela. Para estudarmos a cultura nas organizações precisamos entender as singularidades das identidades individuais e as complexidades do coletivo, e compreender as relações de poder, desigualdades e conflitos que dinamizam esse movimento.

A cultura organizacional deve ser vista, simultaneamente, como um texto polissêmico e um contexto dentro do qual interpretam e dão sentido às suas experiências no universo do trabalho. Ela não pode ser entendida senão como um palco de disputas, um complexo jogo político entre atores sociais portadores de diferentes capitais econômicos, culturais e simbólicos, recursos que são distribuídos de forma desigual na estrutura da sociedade, configurando, assim, distinções, desigualdades sociais. Desigualdades estas que, dialeticamente, refletem-se e atualizam-se nas organizações (JAIME JUNIOR, 2002 p.82).

A cultura de uma organização sofre uma forte influência da cultura de seu país e de sua região. Dentre as variáveis, são muito utilizadas o modo como a organização lida com a incerteza; à sua integração interna (tarefas/pessoas; feminino/masculino; hierarquia; indivíduo/coletivo); sobre o tempo, espaço e linguagem. No Brasil, segundo Chu e Wood Jr (2008), os estudos apontam: no primeiro aspecto para a necessidade de evitar as incertezas; quanto a integração interna para a elevada distância ao poder, inclinada a valores femininos e ao coletivismo; com pouca orientação ao desempenho e visando metas de curto prazo. Os autores destacam nos traços culturais o jeitinho, a desigualdade de poder e hierarquia, flexibilidade, plasticidade, personalismo e formalismo. Vivemos um período de transformação desses valores e o reconhecimento destes traços culturais, muitas vezes complexos, ambíguos e de difícil visualização, podem ajudar a identificar as subculturas existentes na organização, catalisando as suas mudanças culturais (CHU;

WOOD Jr., 2008). Apesar dessas características possivelmente comuns em alguns estudos sobre a cultura brasileira, é importante compreendermos a nossa cultura como heterogênea, considerando a diversidade política, econômica, social e cultural do Brasil, tendo portanto, características próprias das culturas regionais, também a serem consideradas no entendimento da cultura de uma organização (MUZZIO; COSTA, 2012).

Antes de trazer alguns aspectos sobre as organizações públicas é importante destacar que cada organização também terá características peculiares do seu surgimento, cultura e influências locais, e de seus trabalhadores. De maneira geral, as organizações públicas brasileiras carregam na sua bagagem cultural o peso histórico de um Estado autoritário, clientelista, centralizador e excessivamente burocrático. Apesar de nos últimos anos ter crescido a ideia da necessidade de renovação e qualificação da gestão das instituições públicas, muitas vezes essas transformações se deparam com a hierarquia e com o partidarismo de sua gestão. Segundo Pires e Macêdo (2006), a cultura dessas organizações tem a influência das características das organizações brasileiras (coletivismo, grande distancia de poder e evitação da incerteza), mas com especificidades como o apego às regras e às rotinas, a supervalorização da hierarquia, paternalismo das relações e apego ao poder. Esses autores discutem a singularidade das instituições públicas de integração dos aspectos políticos e técnicos e, entre os fatores que dificultam a qualificação das organizações públicas brasileiras, o sentimento de constantes mudanças com as alterações de governo com projetos de curto prazo, em descompasso com as expectativas e projetos do quadro permanente, e apontam a necessidade da valorização e sensibilização dos trabalhadores para a construção de mudanças estruturais nas organizações públicas que respondam aos anseios da sociedade brasileira (PIRES, MACÊDO, 2006). As organizações públicas são espaço de circular os desejos de seus sujeitos/atores, campo em disputa pela hegemonia e por mudanças nas modelagens e isso reforça a necessidade de investirmos em ferramentas e métodos que potencializem a comunicação entre os trabalhadores e a co-gestão do seu trabalho, estabelecendo novos entendimentos e pactos normativos (CAMPOS, 2005; RIVERA, 2003).

3.3 CULTURA E APRENDIZAGEM NA GESTÃO EM SAÚDE

A aprendizagem e a cultura organizacional são temas que tem sido muito estudado nos últimos anos no campo da gestão em saúde. Nos últimos 10 anos tivemos a institucionalização da Política de Humanização reforçando um olhar mais cuidadoso para a relação entre os trabalhadores e usuários, e entre os trabalhadores entre si. Outra

política que está visceralmente relacionada com a Aprendizagem Organizacional é a Política de Educação Permanente. A análise de cultura organizacional ganha destaque pelas dificuldades que temos na implementação de mudança de práticas e de superação do modelo de atenção centrado em procedimentos. A Educação Permanente enquanto reflexão sobre a prática, busca uma aprendizagem significativa, a partir da interação entre os diversos sujeitos/atores do trabalho, identificando problemas, e buscando a superação deles (STROSCHEIN, ZOCHE, 2012). É incorporada na Política Nacional de Atenção Básica como uma importante estratégia que deve ser difundida entre seus trabalhadores e utilizada no cotidiano do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Ministério da Saúde na avaliação do processo de trabalho e gestão das equipes de Saúde da Família pelo Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) reforça positivamente na avaliação das unidades, gestões municipais que estabeleçam relações democráticas com as equipes, e equipes que tenham possibilidade de diálogo interno, trocas de experiências, reuniões periódicas, estimulando unidades que sejam espaços de aprendizagem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Esses movimentos institucionais e acadêmicos na Saúde da Família reconhecem este espaço como um local singular de experimentação, com várias construções exitosas em todo o país, mas também com grandes dificuldades de qualificação. Raupp (2008) destaca a Cultura Organizacional como um 'nó-crítico' a ser trabalhado para a viabilização de processos de mudança no SUS, ainda mais por vivermos as contradições da transformação paradigmática que vivemos. Na Estratégia Saúde da Família o trabalho em territórios diversos e dinâmicos, potencializa essa necessidade de adaptação e flexibilidade (PESSÔA et al., 2011).

As organizações de saúde devem ter um ambiente favorável à criação do conhecimento organizacional. As condições adequadas, no caso da saúde onde se está em pleno processo de fortalecimento da atenção primária e a saúde da família como principal estratégia de implantação, seriam a liberdade em questionar a cultura desfavorável a estas mudanças; estimular à ação; estimular à cooperação, desenvolver visões compartilhadas, pensamentos sistêmicos; estimular diferentes interpretações da realidade (PESSÔA et al., 2011 p.28).

Os estudos de análise da cultura organizacional na saúde, e mais especificamente a produção na Saúde da Família ainda é restrita no Brasil. Rivera (2003) constrói a partir de Thévenet e Schein uma proposta para análise da cultura em organizações. Thévenet destaca como pontos de análise: os fundadores e lideranças marcantes; uma análise histórica dos projetos e tecnologias implementados ou descontinuados na organização; análise das estruturas produtivas e sua importância; os sistemas de gestão; e, as

estruturas de poder. A partir de Schein, o autor destaca como análise: o processo de socialização dos sujeitos; crises na história organizacional; crenças valores, convicções dos criadores ou 'portadores da cultura'. O autor divide em três categorias para a análise, a saber: cultura técnica, normatividade e socialização dos sujeitos (RIVERA, 2003). Raupp (2008) fez uma adaptação a partir dos estudos de Rivera (2003) visando a análise de cultura na Atenção Primária à Saúde em um serviço docente-assistencial de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A partir desta adaptação, tendo aproximado as nossas necessidades de análise cultural da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, representada no QUADRO 1 (RIVERA, 2003; RAUPP, 2008).

QUADRO 1: Elementos para a Análise Cultural	
Categoria	Tipo de Informação Possível
Análise da Cultura Técnica	- Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social - Continuidades e descontinuidades dos processos ações e atividades da USF - Relação dos sujeitos com o trabalho - Identidade da USF - Razão de ser do trabalho (processos ações e atividades) - Enfrentamento de situações de crise - Valorização diferencial das atividades - Percepção valorativa dos produtos (serviços e ações) do trabalho da equipe de saúde - Conhecimento dos sujeitos sobre a identidade do trabalho nas USFs (princípios da APS, política nacional de atenção básica, princípios e diretrizes da gestão municipal).
Normatividade ou Governabilidade	- Tipo de comunicação, formas de coordenação do trabalho da USF - Vivência da ordem interna (participação dos sujeitos o sistema de condução da USF) - Orientação predominante (individualismo, orientação colateral [o grupo predomina], hierárquica - Ordem baseada na tradição, autoridade legal ou carisma - Relação entre os profissionais da equipe, e percepção das relações de poder na equipe e com a comunidade
Socialização dos sujeitos e análise das lideranças	- Importância dada a capacitação - Formas de treinamento, educação permanente - Enfoques de aprendizagem nas situações de trabalho - Formas de ascensão - Responsabilização - Nível de formalidade e grau de valorização da solicitação e prestação de contas - Análise do tipo de liderança (fundadores e/ou portadores da cultura)
Fonte: adaptado de Raupp (2008) e Rivera (2003)	

Acreditamos que essa análise da cultura organizacional abre caminhos também para novos significados no processo de trabalho em saúde, e reconhece as necessidades de mudança das equipes, e da aprendizagem organizacional. Esses pontos de aproximação entre cultura e aprendizagem são especialmente importantes para

entendermos a dinâmica do trabalho na Saúde da Família. Precisamos de um olhar sistêmico sobre os processos de Aprendizagem e a Cultura Organizacional na ESF, entendendo a complexidade e importância de reconhecer os limites e possibilidades de trabalhar a Cultura Organizacional na Unidade de Saúde da Família, mas também compreendendo a rede de relações com cada indivíduo e sua bagagem cultural, com a comunidade e com as peculiaridades de cada local, com as outras equipes da cidade, com as relações entre as categorias profissionais, entre os profissionais, gestores e usuários, e entre a cultura e processo histórico da sociedade de uma maneira geral. Ao mesmo tempo este campo amplo e complexo de relações não pode nos passar uma sensação de impotência ou incapacidade, mas sim harmonizar nossos anseios, e nos ajudar a reconhecer as diferentes inserções e possibilidades de participação e mudança, seja no espaço do trabalho local, na vida pessoal, nas lutas trabalhistas e na transformação social. Precisamos além de reconhecer e compreender a cultura, entender as subculturas existentes na organização de saúde, que coexistem sejam influenciadas pelas diversas culturas profissionais existentes na área da saúde, mas também pelas relações de poder e pelas diferentes formas que os membros da equipe de saúde interagem no trabalho. É a partir dessa interação essas subculturas e do enfrentamento dos problemas internos e externos que ocorre a mudança e a aprendizagem.

4. ASPECTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS

Realizamos um Estudo de Caso na Unidade Saúde da Família (USF) Mudança de Vida, no bairro Gervásio Maia, João Pessoa – Paraíba, utilizando uma abordagem qualitativa apoiada na Hermenêutica-Dialética. A população em estudo envolveu os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família, incluindo ainda o apoiador da US, gestores da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e preceptores da residência. O Estudo de Caso é um método de estudar um objeto social, fenômeno ou situação, a partir de um conjunto de técnicas investigativas com a finalidade de compreender com um olhar amplo o objeto estudado. A utilização deste tipo de estudo nesta pesquisa vem responder a necessidade de análise crítica e reflexões sobre os processos de aprendizagem e cultura organizacionais na USF citada, identificando-se com uma tendência crescente utilizados nos estudos em organizações, por proporcionar um conhecimento e compreensão dos problemas e de seu contexto, adentrando na subjetividade e na dinâmica da organização, com possibilidades de construir contribuições práticas para o enfrentamento dos problemas (GODOY, 2010).

A pesquisa qualitativa adentra no universo das percepções e significados, conhecendo as impressões, ideias, e elaborações sobre o tema em estudo, se desprendendo das preocupações com os números. Segundo Minayo (2008, p.57), a pesquisa qualitativa aprofunda o estudo da história, representações, percepções e opiniões, “produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam”.

A Hermenêutica-Dialética faz essa relação entre a compreensão, contexto, mediação e a contradição e o contraste, construindo outro caminho para o pensamento na pesquisa qualitativa. A hermenêutica traz as contribuições sobre o entendimento dos textos, da historicidade e da realidade, tendo as suas limitações compensadas pelo dissenso, mudança e valorização dos macroprocessos reforçados pela dialética (MINAYO, 2008). A dialética reconhece as contradições vivenciada pelos sujeitos em sua realidade, e busca analisar sua contribuição nos processos de manutenção ou mudança de uma determinada ordem (OLIVEIRA; QUINTANEIRO, 2009).

4.1 CONTEXTO DA PESQUISA

A ESF surgiu no Brasil como programa em 1994, com uma equipe mínima composta de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes de saúde (no máximo 12 por equipe), com a possibilidade de inclusão da Saúde Bucal, com 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal dependendo da conformação adotada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Passamos por um momento inicial em João Pessoa de expansão da ESF, chegando acerca de 90% da população, mas com unidades em casas com estrutura precária. Nos últimos anos tivemos a construção de grandes unidades agrupando aproximadamente quatro equipes de saúde da família, ainda tendo várias unidades de saúde isoladas. As Unidades Integradas trabalham em alguns aspectos de maneira separadas, cada uma tendo seu território de responsabilidade, mas com algumas funções em comum como o trabalho das técnicas/auxiliares de enfermagem. Também é realizado o atendimento de urgência por profissionais de nível superior de outra área nos momentos em que os profissionais da área de referência estão em trabalhos externos. Além disso, existem profissionais comuns às quatro equipes da Unidade Integrada, são eles: auxiliar de limpeza, recepcionista, marcador de exames, vigilante e apoiador institucional.

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) está na sua fase de implementação tendo formado seus primeiros egressos em janeiro de 2012. A criação desse curso de formação *lato sensu* é coerente com as necessidades de formação e qualificação de profissionais para a atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) e surge no bojo da reforma curricular do curso de graduação de medicina da UFPB, fortalecendo também essa interação e qualificação nos campos de prática de graduação e pós-graduação em APS, com uma identificação entre as novas necessidades de médico generalista e algumas das características do especialista que a RMFC se propõe a formar.

Os residentes, ao entrarem no programa, atuam como médicos de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de João Pessoa, em unidades que também são campos de práticas para os estudantes de medicina de diversos períodos do curso. Como uma forma de incentivo e como os residentes também assumem equipes de saúde além da bolsa de residência, a Secretaria de Saúde de João Pessoa, parceira do programa de residência, fornece uma complementação financeira chegando o residente a receber o salário equivalente ao médico que atua nas ESF de João Pessoa. Neste sentido, o residente tem também um duplo vínculo trabalhista, com a universidade, através da Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, e com a

Prefeitura Municipal de João Pessoa. A USF Mudança de Vida é composta por 4 equipes de Saúde da Família em uma Unidade Integrada, sendo que 2 das equipes recebem residentes em Medicina de Família e Comunidade. Ao todo, são aproximadamente 70 pessoas.

4.2 COLETA DE DADOS E SUJEITOS DA PESQUISA

Realizamos na coleta de dados entrevistas semi-estruturadas e 1 grupo focal estudando as diferentes concepções e percepções sobre o tema. Realizamos a gravação das entrevistas e do grupo focal, sendo que todos os participantes conheceram os objetivos da pesquisa e assinaram o consentimento livre e informado. As entrevistas foram realizadas entre novembro de 2012 e março de 2013. Realizamos 15 entrevistas semi-estruturadas, sendo 6 entrevistas com trabalhadores da USF de diferentes áreas de atuação, 4 entrevistas com Residentes de Medicina de Família e Comunidade, 2 entrevistas com preceptores da residência e 3 entrevistas com apoiadores e representantes da gestão municipal (QUADRO 2).

QUADRO 2: Entrevistados por categoria profissional	
Categoria Entrevistada	Quantitativo de entrevistas
médico residente	4
professor	2
enfermeira	2
apoiador / gestão	3
ACS	3
auxiliar de limpeza	1
Total	15

A escolha dos entrevistados foi intencional nos interessando as diferentes ideias e percepções sobre a Cultura Organizacional e Aprendizagem da USF Mudança de Vida. Segundo GODOI e MATTOS (2010), no cotidiano da pesquisa vamos paulatinamente percebendo a partir dos casos similares uma saturação teórica, caracterizando empiricamente que não teremos dados adicionais significativos.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que

está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 2002 p.57).

Na entrevista semi-estruturada, segundo Minayo (2008), o roteiro deve se desdobrar em vários indicadores essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas, construído de forma que permita flexibilidade nas conversas e absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. Utilizamos como orientador para a realização das entrevistas semi-estruturadas as questões no Apêndice B, visando compreender e analisar as informações sintetizadas no QUADRO 3, a partir das referências de aprendizagem e cultura organizacional estudadas.

QUADRO 3: Categorias e Informações Analisadas na Entrevista		
Categoria	Tipo de Informação Possível	Referências
Cultura Técnica	- Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social - Continuidades e descontinuidades dos processos ações e atividades da USF - Relação dos sujeitos com o trabalho - Identidade da USF - Razão de ser do trabalho (processos ações e atividades) - Enfrentamento de situações de crise - Valorização diferencial das atividades - Percepção valorativa dos produtos (serviços e ações) do trabalho da equipe de saúde - Conhecimento dos sujeitos sobre a identidade do trabalho nas USFs (princípios da APS, política nacional de atenção básica, princípios e diretrizes da gestão municipal).	- Rivera (2003) - Raupp (2008)
Normatividade ou Governabilidade	- Tipo de comunicação, formas de coordenação do trabalho da USF - Vivência da ordem interna (participação dos sujeitos o sistema de condução da USF) - Orientação predominante (individualismo, orientação colateral [o grupo predomina], hierárquica - Ordem baseada na tradição, autoridade legal ou carisma - Relação entre os profissionais da equipe, e percepção das relações de poder na equipe e com a comunidade	- Rivera (2003) - Raupp (2008) -
	- História da USF e formação do posto - Chegada de novos membros	- Zago (2005)
Análise das lideranças	- Formas de ascensão - Responsabilização - Nível de formalidade e grau de valorização da solicitação e prestação de contas - Análise do tipo de liderança (fundadores e/ou portadores da cultura)	- Rivera (2003) - Raupp (2008)
	- Hierarquia e relação de poder - Tomada de decisão	-Pires; Macêdo, 2006

QUADRO 3: Categorias e Informações Analisadas na Entrevista		
Categoria	Tipo de Informação Possível	Referências
Aprendizagem Organizacional	- Mudanças no trabalho no último ano - Aprendizagem formal e informal - Importância dada a capacitação - Aprendizagem individual e em grupo - Formas de treinamento, educação permanente - Enfoques de aprendizagem nas situações de trabalho - Planejamento em equipe	- Antonello; Azevedo (2011)
	- Possibilidade de discussões sistêmicas sobre os problemas e diálogo ou mudanças pontuais sem diálogo - Relação entre a equipe, e trabalho interdisciplinar - Espaços para estudo individual, discussão de temas e situações-problemas no trabalho - Visões de futuro compartilhadas	- Senge (2002)
	- Reunião da Equipe de Saúde da Família e das equipes integradas; Autonomia e co-participação	- Campos (2005)
Fonte: Elaborado a partir de Rivera (2003) e Raupp (2008). Ampliado e modificado com referência em Campos (2005); Senge, 2002; Antonello; Azevedo (2011); Pires; Macêdo (2006); Zago (2005).		

Realizamos 01 grupo focal, com a participação de 07 pessoas, sendo 1 moderador, com participação de residentes e 1 preceptor (QUADRO 4). O grupo focal ocorreu no dia 22 de novembro de 2012, teve uma duração de 1 hora e 53 minutos. O grupo focal proporciona uma maior diversidade de opiniões dos participantes, agregando mais sujeitos na pesquisa, e proporcionando um momento de interação entre estes (OLIVEIRA; FREITAS, 2010) O grupo foi moderado por um residente de outra unidade, previamente preparado para a moderação, seguindo um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE C).

QUADRO 4: Participantes do Grupo Focal	
Categoria Participante	Quantitativo de entrevistas
médico residente	5
professor	1
moderador	1
Total de pessoas	7

Segundo Leopardi (2002), o papel do moderador envolve três aspectos principais: preparação, conteúdo e fechamento da discussão, aprofundando o debate, estabelecendo relações e associações nos comentários, tendo flexibilidade e habilidade para resolução de conflitos e promoção da discussão. Tivemos o papel de observação e registro o mais fiel possível da discussão no grupo. No grupo focal trabalhamos com

questões (APÊNDICE C) dando ênfase nas informações mais passíveis de serem discutidas e trabalhadas em grupo (QUADRO 5).

QUADRO 5: Categorias e Informações Analisadas no Grupo Focal		
Categoria	Tipo de Informação Possível	Referências
Cultura Técnica	- Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social - Continuidades e discontinuidades dos processos ações e atividades da USF - Relação dos sujeitos com o trabalho - Identidade da USF - Razão de ser do trabalho (processos ações e atividades) - Enfrentamento de situações de crise - Percepção valorativa dos produtos (serviços e ações) do trabalho da equipe de saúde	- Rivera (2003) - Raupp (2008)
Normatividade ou Governabilidade	- Tipo de comunicação, formas de coordenação do trabalho da USF - Vivência da ordem interna (participação dos sujeitos o sistema de condução da USF) - Orientação predominante (individualismo, orientação colateral [o grupo predomina], hierárquica - Ordem baseada na tradição, autoridade legal ou carisma - Relação entre os profissionais da equipe, e percepção das relações de poder na equipe e com a comunidade	- Rivera (2003) - Raupp (2008)
Análise das lideranças	- Responsabilização - Nível de formalidade e grau de valorização da solicitação e prestação de contas	- Rivera (2003) - Raupp (2008)
	- Hierarquia e relação de poder - Tomada de decisão	-Pires; Macêdo, 2006
Aprendizagem Organizacional	- Mudanças no trabalho no último ano - Aprendizagem formal e informal - Formas de treinamento, educação permanente - Enfoques de aprendizagem nas situações de trabalho - Planejamento em equipe	- Antonello; Azevedo (2011)
	- Possibilidade de discussões sistêmicas sobre os problemas e diálogo ou mudanças pontuais sem diálogo - Relação entre a equipe, e trabalho interdisciplinar - Espaços para estudo individual, discussão de temas e situações-problemas no trabalho - Visões de futuro compartilhadas	- Senge (2002)
	- Reunião da Equipe de Saúde da Família e das equipes integradas - Autonomia e co-participação	- Campos (2005)
QUADRO 5: Elaborado a partir de Rivera (2003) e Raupp (2008). Ampliado e modificado com referência em Campos (2005); Senge, 2002; Antonello; Azevedo (2011); Pires; Macêdo (2006).		

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Todas as falas das entrevistas e grupos focais foram transcritas, para proporcionar uma melhor análise dos dados. A análise dos dados foi realizada a luz da Hermenêutica-Dialética, utilizando categorias empíricas e a *priori*. Segundo Minayo (2002), a análise tem três finalidades complementares: a) estabelecer uma compreensão dos dados coletados; b) confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas; e c) ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

uma análise compreensiva ancorada na hermenêutica-dialética busca aprender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade em seu movimento contraditório. Portanto, tendo em conta que os indivíduos vivendo determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes são condicionados por tal momento histórico e por isso, podem simultaneamente interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem. Sendo assim, a orientação dialética de qualquer análise diz que é fundamental realizar a crítica das ideias expostas nos produtos sociais (textos, monumentos, instituições) buscando, na sua especificidade histórica, a cumplicidade com seu tempo; e nas diferenciações internas, sua contribuição à vida, ao conhecimento e às transformações (MINAYO, 2008 p.347).

Buscamos compreender as diferentes visões sobre a Cultura Organizacional e Aprendizagem na equipe estudada, diversificando os participantes e as formas de coleta e, conseqüentemente, possibilitando uma análise consistente e plural. A hermenêutica traz importantes contribuições para a análise da Cultura Organizacional por trabalhar sua multiplicidade de interpretações e significados, e também por reconhecer como um espaço de contradições, conflitos e, portanto, dialético (JAIME JÚNIOR, 2002). A análise dos dados a partir do olhar da hermenêutica-dialética, tentou superar o desafio de compreender o discurso e as práticas, tentando entender a suas condições históricas e seus significados, potencializados por uma atitude crítica, identificando suas contradições. As categorias definidas *a priori* foram a cultura técnica, normatividade, análise das lideranças e aprendizagem organizacional. Duas questões empíricas tiveram maior aprofundamento a partir das entrevistas a saber, o acolhimento e o papel do apoiador.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba atendendo às Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos, previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes da pesquisa nas entrevistas e o grupo focal foram esclarecidos do objetivos do trabalho e da forma da coleta das informações, e assinaram o Consentimento Informado. Todos os nomes dos entrevistados foram trocados para a

garantia do anonimato no relatório, bem como a preservação da integridade física e moral dos entrevistados, sendo garantida a saída da pesquisa se considerarem conveniente. O Consentimento Informado foi em duas vias, ficando uma com o Pesquisador e a outra com o participante, e os dados, serão guardados por cinco anos, posteriormente destruídos. Os dados não serão utilizados para nenhuma outra finalidade. Faremos reuniões com residentes e com a USF participante discutindo os resultados da pesquisa.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

no desenho, novos horizontes
imersos em sonhos e utopias
decepções e desilusões gritam
atitudes clamando compreensão

A pesquisa na USF Mudança de Vida foi bastante rica, e pode mostrar vários aspectos sobre o trabalho em equipe, suas peculiaridades locais, e as suas relações com as características da Saúde da Família em João Pessoa. Iniciaremos a discussão dos resultados com o resgate da implantação da residência nesta unidade de saúde, suas dificuldades iniciais e mudanças pedagógicas e operacionais ocorridas neste processo. Após, discutiremos a Cultura e Aprendizagem Organizacional a partir das categorias definidas a priori: cultura técnica, normatividade, análise das lideranças e aprendizagem organizacional. Na seção sobre cultura técnica foi bastante proeminente nas falas as dificuldades encontradas pela equipe no trabalho e as diferenças de percepção sobre os objetivos do trabalho entre a gestão e a equipe. O acolhimento à demanda espontânea foi uma categoria que se destacou neste capítulo e necessitou de um aprofundamento maior, por ser um processo que foi foco de tensão e conflitos no período da pesquisa. Na normatividade um ponto que mereceu um destaque maior foi a relação com a gestão municipal e com a comunidade. O papel do apoiador foi extensamente discutido nas entrevistas com entendimentos contraditórios e até antagônicos sobre o seu papel e será abordado na análise das lideranças. E por fim discutiremos na aprendizagem organizacional as diversas formas de socializações do sujeitos, as opiniões sobre as reuniões de equipe e os processos de educação permanente na unidade. No QUADRO 6 apresentamos uma síntese dos principais resultados. Destacamos que dividimos em categorias como uma forma de entender e discutir melhor a Cultura e a Aprendizagem Organizacional, mas que elas tem uma relação muito próxima entre si, principalmente na discussão entre liderança e aprendizagem, e que por isso alguns várias vezes transcenderemos os limites das seções.

QUADRO 6: Resumo dos Principais Resultados

Categoria de Análise	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
Cultura Técnica - Percepção dos sujeitos sobre o ambiente institucional e social - relações com o trabalho - Razão de ser do trabalho (processos ações e atividades) - valorização/desvalorização - Identidade com o trabalho	- “ajudar as pessoas” e a “estar próximo da comunidade”; clínica na APS - militância e identificação política - reconhecimento do trabalho pela equipe / população - trabalho em equipe, valorizando o grupo, princípios da APS, acesso (acolhimento)	- insegurança com as mudanças de gestão; projetos a curto prazo; clientelismo - vínculo precário - salários ruins; vínculos e estrutura física precária; cobranças da gestão; excesso de demanda
Normatividade ou Governabilidade - comunicação/coordenação - vivência de ordem interna - orientação predominante - relações entre equipe, gestão e comunidade	- coordenação pelos apoiadores - uma ideia de co-participação - valorização do trabalho coletivo; abertura a mudanças - boa relação interpessoal	- pouca autonomia/decisão; grande hierarquia entre equipe e gestão; - evitação da incerteza; alguns individualistas; - alguns conflitos com a população; pouca integração;
Análise das Lideranças - Tomada de decisão, coordenação, responsabilização	- o apoio como a liderança formal - enfermeiras, residentes, e alguns ACSs como lideranças informais -	- indefinição oficial da coordenação - não legitimação das ações em nível local
Aprendizagem Organizacional - aprendizagem individual e em grupo; discussões sistêmicas - reuniões de equipe, autonomia e participação	- valorização do trabalho interdisciplinar; valorização da educação permanente e aprendizagem em equipe - acontece periodicamente; valorizada como espaço de socialização de informações	- muitos cursos e capacitações pré-definidas; poucos espaços de discussão em grupo - reuniões da integrada com muitas pessoas, e pouca participação; precisa do aval da gestão para a operacionalização

5.1 A UNIDADE DE SAÚDE MUDANÇA DE VIDA E A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) sendo uma especialização lato senso em serviço deve ser a forma prioritária para a formação do

profissional médico que atue na Atenção Primária à Saúde (APS). A expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e o fortalecimento da concepção da Saúde da Família como estratégia e porta de entrada no sistema aflora no Brasil uma imensa lacuna de formação para a atuação em cuidados primários, e projeta a abertura e o crescimento dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, que tem um crescimento exponencial mas ainda com um quantitativo de vagas bem aquém da necessidade da rede de saúde (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010), e com os desafios de preencher as vagas ociosas, qualificar os programas de residência, e construir possibilidades de valorização e fixação na APS brasileira.

A RMFC inicia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em 2010. No primeiro ano da RMFC/UFPB, os residentes assumiram como os médicos de equipes Saúde da Família (EqSF) de diferentes Unidades de Saúde (US), ambas unidades integradas com quatro equipes cada. Os residentes ficaram em duas unidades que tinham uma aproximação com a UFPB, sendo campos de prática do internato e de módulos da graduação do curso de medicina. Nesses momentos ocorreriam a preceptoria prática dos residentes, e em alguns poucos turnos específicos para a preceptoria prática da residência. A carga horária da residência segue as recomendações da Resolução 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação com o mínimo de 50% das atividades em unidades de APS, 10% de atividades comunitárias e 10% de atividades em unidades de atenção secundária e terciária (CNRM, 2006). As atividades na APS incluem aproximadamente cinco turnos de atendimento ambulatorial no posto, um turno de visita domiciliar e outras atividades comunitárias, e um turno de reunião de equipe. As atividades de atenção secundária e terciária consistem em um plantão noturno em hospitais gerais ou especializados, com ênfase em urgência e emergência em diferentes especialidades, e um turno de atividade ambulatorial especializada em policlínicas ou hospitais da rede, ou no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) que é campo de prática para o curso de medicina da UFPB.

Ao assumir como médico da equipe o residente assume a responsabilidade de ser protagonista do processo de trabalho junto com sua equipe, e o preceptor assume uma função de apoio aos residentes. Se inserido na realidade que irá atuar, possibilita uma melhor preparação para a prática como MFC, mas também expõem os residentes ao conflito de ideias, diferentes horizontes, e a necessidade de pactuações contínuas com a equipe, e de escuta e formação para o enfrentamento dos problemas cotidianos, se tornam co-artesãos das modelagens de trabalhos nas USs. Concordamos com Pagani e Andrade (2012) da necessidade de um processos de formação na Saúde da Família

baseado na aprendizagem significativa, na educação permanente, e na formação de profissionais que possam lidar as dificuldades com autonomia e criatividade. É importante que a preceptoria se aproxime do território e que possa apoiar os processos de mudança da equipe e da comunidade. No nosso programa, a preceptoria de campo tem uma aproximação relativa com as EqSF por serem unidades que são campos de prática para módulos da graduação de medicina, mas são mais próximos da universidade e não orgânicos da equipe.

As atividades teóricas são composta por dois momentos semanais, um no período da tarde no qual os residentes não tem atividades no posto e concentram os estudos relacionados a clínica, e o outro momento no período noturno com uma ênfase nas discussões de processo de trabalho e de atuação no território. As atividades teóricas vieram se aprimorando nos últimos anos, tendo em vista que na primeira turma tínhamos um cronograma intercalando temas flexíveis e planejados previamente, envolvendo discussões de artigos, casos clínicos, problemas do território, e ferramentas específicas do MFC. Sempre tentando utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem. No segundo ano do programa, continuamos na mesma estrutura, separando os residentes do primeiro e segundo ano. Resolvemos em conjunto com os residentes juntar as turmas em uma única aula teórica, e trabalhar sempre a partir de temas gerados a partir da prática. Apesar de vir sendo avaliado positivamente este momento, houve a necessidade de ampliar os momentos de aprendizagem para potencializar os estudos e as ações no território, e foi criado um novo espaço de programação teórica chegando à conformação que temos atualmente.

A Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba (RMFC/UFPB) inicia no Mudança de Vida em fevereiro de 2011 com a chegada da segunda turma de residentes. A residência que tinha preenchido apenas duas vagas no ano anterior, passa a ter 7 R1s e começa a concentrar os campos de prática em Unidades Integradas, no caso o Mudança de Vida. *“primeira vez na residência que dois residentes assumiram equipes na mesma integrada”* (Cecília). Ainda que estivessem em equipes diferentes a ida para o Mudança de Vida foi uma primeira perspectiva de aproximar os residentes na rede para construir projetos de mudança conjuntamente na residência e de concentrar a preceptoria para qualificar o processo de aprendizagem. O Mudança de Vida é uma unidade de saúde com 5 anos de existência, antes dela existir tinham o atendimento em duas equipes isoladas que integraram está unidade com o

acréscimo de mais duas equipes para o atendimento da comunidade que estava se instalando na área.

“Era uma população nova, que não tinha formado uma identidade, então isso foi uma construção que foi muito difícil e por ser uma região da cidade que é mais afastada é difícil vincular os trabalhadores naquele local.” (Claúdia, apoiadora)

É bem presente nas falas de residentes e preceptores a escolha do Mudança de Vida pela história de luta de partes dos grupos que formaram a comunidade, e que também foi uma característica importante da escolha pela residência em Medicina de Família e Comunidade. Contraditoriamente, a relação da USF com a comunidade no primeiro ano de residência foi de vários tensionamentos, e os residentes não tiveram a aproximação inicialmente imaginada dos movimentos comunitários.

“O outro lado é a própria comunidade, a própria história da comunidade, que é uma história de luta que veio do movimento de luta pela moradia. É uma comunidade que tem um potencial enorme, veio de organização, tem várias associações lá dentro, e fico triste por não conseguir trabalhar com esse potencial”. (Cora, residente)

Com a chegada da residência na unidade, uma das dificuldades enfrentadas foi a mudança no modo de cuidado, a opção por uma atenção centrada na pessoa e nas necessidades da população implica organizar a demanda e o acolhimento. *“A população estava acostumada com algo que era mais medicalizante e mais rápido para ela, não necessariamente melhor. E isso foi difícil” (João, preceptor)*. Esse compromisso com o trabalho aparece de forma mais explícita no Acolhimento, mas também em outros momentos como uma consulta individual de escuta qualificada, centrada no paciente, na maior resolutividade e acompanhamento dos casos complexos, na realização de mais visitas domiciliares e nos grupos de Educação em Saúde.

“Com a residência tem mais planejamento, mais visita, e mais grupo, e melhor acesso” (Ferreira, ACS)

A residência em Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa e na Paraíba é bem recente, e não é tão valorizada quanto nas outras especialidades médicas como condição para atuação na sua área. Um outro discurso presente nas falas dos residentes é que a residência vem possibilitar o conhecimento e as ferramentas para um trabalho

mais qualificado na APS, e isso aparece tanto em residentes que já tiveram uma experiência curta de trabalho na Saúde da Família, nas pessoas que estão vivenciando o primeiro emprego, e em uma residente que já teve uma história de trabalho na gestão e que quer uma nova experiência de trabalho em saúde.

5.2. CULTURA TÉCNICA: MOTIVAÇÕES, PERCEPÇÃO VALORATIVA E ASPECTOS NEGATIVOS DO TRABALHO

Os profissionais da US Mudança de Vida tem uma identificação significativa com os princípios da Saúde da Família, valorizando o trabalho em equipe, a cooperação, o cuidado ao usuário. Alguns profissionais acreditam pensarem diferente dos gestores sobre as finalidades e princípios da Saúde da Família. Existe também uma certa insegurança por parte dos profissionais por não serem estatutários, a maioria dos contratos dos profissionais de nível superior são prestadores de serviço. Parte dos trabalhadores mostraram características como o coletivismo, a evitação da incerteza, e a insegurança com as mudanças de gestão e os projetos a curto prazos, as grande hierarquias e o clientelismo, que são comumente encontradas em organizações públicas brasileiras (PIRES; MACÊDO, 2006). Existe uma parte significativa de trabalhadores abertos a mudanças e novas tentativas de mudanças no processo de trabalho, desde que possam reavaliar suas decisões posteriormente.

Os dois aspectos de destaque nas entrevistas sobre motivação para o trabalho foi o “ajudar as pessoas” e a “estar próximo da comunidade”. Esse sentimento de contribuir com o outro e de cuidado é bem presente no trabalho em saúde, e mais ainda na Saúde da Família onde se almeja uma atenção mais próxima das pessoas e com vínculos mais duradouros. A realização do trabalho clínico, e fazer o acompanhamento do paciente saiu em algumas falas com uma maior concentração nos residentes e preceptores, como uma identificação da clínica em APS mais próxima do paciente e do acompanhamento longitudinal, em contraposição ao modelo de atendimento rápido e sem vínculo de pronto atendimento. O estar com a comunidade, desenvolver vínculo com o usuário e ter uma relação democrática no trabalho tem aproximações significativas com os princípios da Atenção Básica no Brasil e mostram essa identificação com o objetivo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A seguir falas que ilustram essas motivações:

“Eu gosto do que eu faço porque ali, eu não to só fazendo o que eu gosto, eu to ajudando a população.” (Lu)

“Trabalhar com pessoas e com a clínica, e um processo de evolução deste cuidado, me dá muito mais prazer do que uma clínica aguda (de consertar pessoas). Então trabalhar com pessoas que você tenha uma relação ao longo do tempo me dá muito mais prazer, me dá retorno, como pessoa eu me sinto muito mais útil” (Paulo, preceptor).

O reconhecimento com a comunidade foi um fator de muita satisfação para o trabalho em estudo realizado em USFs de João Pessoa. Os autores também encontraram como fatores de satisfação o reconhecimento do trabalho em equipe, poder confiar no gestor e a satisfação com o salário (ROSENSTOCK *et al.*, 2011). Percebemos na USF Mudança de Vida essa relação forte com o reconhecimento pela equipe e comunidade como fatores associados à valorização e motivação, mas as relações com o gestores e a política salarial são vistas como aspectos negativos pelos trabalhadores da unidade que estudamos.

Para a maior parte dos residentes essa proximidade com a população (individual e coletivamente), se vem ao encontro de uma identificação de militância e identificação política, também e de compromisso com a construção do Sistema Único de Saúde e da Reforma Sanitária Brasileira e com um sentimento de mobilização social e construção democrática.

“É onde, dentro da minha profissão eu consigo estar mais perto da comunidade, do povo, mobilizando por melhores condições de vida” (Cora - residente)

Uma parte dos residentes tiveram uma ligação próxima com o movimento estudantil e com outros movimentos sociais durante a graduação e vinculam esse desejo de trabalhar na saúde da família com um espaço de luta política. Outras questões que surgiram na motivação para o trabalho foram a possibilidade de fazer coisas novas e acreditar que é possível mudar a visão das pessoas. Entre os residentes surgiu pontualmente o conhecer da prática do médico de família e comunidade, e estudo e aprofundamento teórico da residência.

“A residência motiva tudo. A gente realmente conhece os conceitos, conhece o que é o médico de família, o agir do médico de família, a prática do médico de família e comunidade. Todos os dias eu me realizo em saber que eu não fui para o PSF sem passar pela residência. Eu que nunca tinha ido antes. Não teria a visão que tenho hoje se não tivesse ido para a residência.” (Hilda, residente)

Sobre a valorização do trabalho foi muito forte nas falas o reconhecimento das pessoas da comunidade pelo trabalho realizado, tanto pela boa qualidade dos atendimentos individuais, como pelas visitas e atividades coletivas. O reconhecimento do trabalho pelos outros membros da equipe e o retorno positivo das mudanças propostas também surgiu na maioria das falas como um dos momentos em que o profissional se sente valorizado. Em relação aos preceptores apareceu a relação com os residentes e os momentos de aprendizado compartilhado como fator de valorização. Dentre os aspectos positivos para o trabalho surgiu o conhecer a família e a comunidade, trabalhar com grupos de educação em saúde na comunidade., poder trabalhar com a incerteza e com o errar, e poder aprender com os erros. Tanto pelos residentes como pelos outros entrevistados da equipe surgiu a presença da residência e a relação com a UFPB como um aspecto positivo do trabalho.

Em relação à desvalorização o ponto mais marcante foram as dificuldades na relação com a gestão municipal, que na maioria das vezes surge na fala como uma gestão verticalizada e opressora. Destacamos que essa dificuldade com a gestão não se refere à gestão local no posto, que em João Pessoa se apresenta como o Apoiador Institucional e que tem uma relação boa com a equipe, mas discutiremos melhor o seu papel em outro capítulo. Esse sentimento de desvalorização do trabalhador pela gestão aparece de diferentes formas nas entrevistas. Um aspecto referido é em relação a gestão do trabalho, tendo em vista que os trabalhadores relataram o vínculo precário, a remuneração insuficiente, a dificuldade de liberação para congressos e a rigidez de horários. Transparece em algumas falas a cobrança da gestão por quantidade de procedimentos e não por qualidade. Algumas pessoas reclamam das dificuldades administrativas do setor de recursos humanos da secretaria quando foram fazer os contratos. O primeiro pagamento só saiu no dia 20 do mês seguinte à admissão e ainda assim em algumas situações ocorreram atrasos.

Segundo alguns relatos, os vínculos precários de trabalho são um dos motivos pelos quais alguns trabalhadores não expressaram suas opiniões nas reuniões, pois se sentem ameaçados por não ter um contrato estável. As pesquisas sobre precarização do trabalho apontam que 30 a 65% de todos os profissionais do setor possuem vínculos precários, sendo que em relação aos profissionais de nível superior, a região Nordeste é que mais utilizou o contrato temporário (TAVEIRA *et al.*, 2012). A precarização dos vínculos e a remuneração ruim como um dos fatores de desmotivação entre Agentes Comunitários de Saúde (SANTOS *et al.*, 2011). Apesar de para o médico inicialmente o salário ser visto como um fator motivador junto com a possibilidade de diminuir o ritmo de

atendimento intenso dos plantões, a remuneração também surge como um fator de desmotivação (SILVA, 2010; SANTOS, 2011; VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Um outro aspecto comentado sobre a desvalorização é a rede de serviços de saúde de João Pessoa que ainda não está bem estruturada. Os entrevistados relatam que não recebem as contra-referências dos pacientes encaminhados para a média e alta complexidade, e que geralmente, quando necessitam de um suporte da média e alta complexidade, não conseguem marcar os exames ou especialistas ou mesmo não podem solicitar alguns exames porque a regulação limita o acesso a algumas especialidades mesmo que seja de uma doença que é frequente e que deve ser tratada na Atenção Básica.

O excesso da demanda foi um dos fatores presentes em quase todas as falas como principal aspecto negativo e que teria desejo de mudar no trabalho. Existe uma ideia forte de que todas as categorias profissionais de quase todas as equipes vivem essa sobrecarga, inclusive estando relacionado com estresse e sofrimento de parte dos profissionais.

“Uma coisa que a gente percebe na Mudança de Vida é a sobrecarga, é a sobrecarga de todos os trabalhadores lá. Desde os técnicos de enfermagem, a médico, a recepcionista, tá todo mundo cansado, tá todo mundo sobrecarregado. Eu acho isso ruim porque repercute na unidade toda. O clima quando você entra na unidade é diferente. A forma com que as pessoas lidam no dia-a-dia, ou se cumprimentam, conversam, ou falam, é um clima mais tenso. É menos receptivo, é menos aberto. Por a gente estar tensionado pela demanda o tempo inteiro, quando alguém chama pelo nosso nome a gente já pensa que é mais demanda. Já tá esperando mais demanda. As relações ficam mais rígidas por causa disso.”(Cora, residente)

Percebemos que alguns residentes chegam na ESF com uma expectativa muito positiva de se aproximar da comunidade, e de realizar ações de educação em saúde, e que na prática são afogados por uma grande demanda, que ocupa a maior parte dos turnos de trabalho, e por um atendimento excessivo em alguns desses turnos, o que dificulta a realização de atividades de planejamento e comunitárias. Em um estudo realizado com médicos em Recife, foi encontrada a dificuldade de realização de muitos atendimentos em pouco tempo, da centralização na consulta, em discrepância ao desejo inicial de uma maior interlocução comunitária como um dos fatores que contribuem para o desgaste e *burnout*. Associado a isso, essa demanda pela consulta expõe as dificuldades de infraestrutura produzindo um “sentimento de baixa realização profissional, já que todo o esforço volta-se para uma atuação distanciada do que reconhecem como sendo a

missão da ESF” (FELICIANO *et al.*, 2011 p.3377). A seguir, uma fala que ilustra a ideia de que a demanda excessiva impede a realização de outras atividades importantes na ESF:

“A gente não tem esse tempo para sair do PSF para ir fazer essas atividades fora.” (Dora - enfermeira)

Um outro aspecto negativo destacado pelas entrevistas é a estrutura física ruim. Apesar do Mudança de Vida ter sido uma das unidades modelo construídas para o trabalho na Saúde da Família existem várias queixas em relação ao ambiente de trabalho, pouco acolhedor tanto para o trabalhador quanto ao usuário. A unidade ainda não tem os consultórios climatizados, e é muito quente na maior parte do ano, não sendo disponibilizados ventiladores para todo o profissional. Falta também local apropriado para almoçar, e as vezes materiais básicos como papel higiênico, e produtos de limpeza. Alguns residentes falam que não tem estrutura física para realização de pequenos procedimentos, e que muitas vezes o usuário precisa ser encaminhado para um hospital distante para algo que deveria ser realizado no posto como suturas, colocação de dispositivo intra-uterino, medicações injetáveis, hidratação venosa, entre outros. Pensando como uma unidade docente-assistencial seria positivo ter locais com estudo, disponibilidade de livros, e locais para os profissionais conversarem, trocarem informações e discutirem casos. Faltam também medicamentos na farmácia do PSF como analgésicos, antibióticos. Impressos (receituários, solicitações de exames, entre outros) também oscilam no abastecimento.

“Não tem ar condicionado nas salas dos médicos nem na sala das enfermeiras. Eu mesma comprei o ventilador para levar. A gente não se sente acolhido. Não tem conforto nem para população nem para o profissional” (Hilda -residente)

Uma queixa de alguns residentes e preceptores é que essa estrutura física facilita o acesso dos usuários aos profissionais, e que muitas vezes o usuário entra na porta sem bater interrompendo consultas. E que as vezes até no almoço ou em algum pequeno intervalo é fácil do profissional ser chamado pela população o que dificulta os momentos de descanso do profissional e interrompe continuamente o trabalho.

“Acho que a estrutura física das unidades dá um acesso fácil demais do usuários aos profissionais. Você não tem um esquema de recepção, então fica fácil do usuário chegar ao médico, e a qualquer profissional. A primeira pessoa que ele encontrar no corredor, é melhor de perguntar do que perguntar na recepção, inclusive porque a resposta vai ser melhor se ele perguntar a pessoa

que está no corredor. E às vezes, você está no corredor porque na unidade, só tem um sonar, por exemplo. Uma coisa é você sair do consultório pra pegar uma coisa e mil pessoas te param no meio porque a estrutura da unidade ajuda a te interromper bastante.” (Cecília - residente)

Em um estudo em municípios de três estados do Nordeste, TRAD e ROCHA (2011) destacaram que os profissionais de saúde apontam as dificuldades com a estrutura física das unidades inadequadas e pouco acolhedoras, falta de medicamentos, dificuldades na organização da unidade ou da rede de serviços, bem como de referência e contra-referência como elementos que contribuem para a desumanização do trabalho e do cuidado a população. Em um estudo qualitativo com médicos em Botucatu, GONÇALVES *et al.* (2011) também encontraram dificuldades de acesso à média complexidade e de contra-referência desta como um dos aspectos negativos do trabalho na Saúde da Família. A sobrecarga de trabalho pela demanda, excesso de pessoas nas áreas, grande pressão assistencial por consultas, e a cobrança da gestão municipal produção foram também evidenciados no estudo (TRAD; ROCHA, 2011). Essa sensação de que um excesso de demanda e de consultas que prejudicam as atividades são percebidos pelos profissionais da saúde da família em vários estudos (FELICIANO *et al.*, 2011; TRAD; ROCHA, 2011; SILVA, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2009).

Também aparecem pontualmente em algumas falas que o profissional se sente desvalorizado quando é xingado pelo usuário, e a desorganização do posto no que concerne à organização dos prontuários e consultórios. Outras pessoas relataram as dificuldades de construir mudanças no posto e as dificuldades dos usuários terem em mudar práticas e hábitos.

Sobre os princípios e ideias sobre o trabalho, é marcante a ideia de que é importante trabalhar em equipe, valorizando a coletividade. Entretanto é uma queixa frequente a falta de tempo para se reunir e discutir o trabalho. Uma das entrevistadas acredita que algumas pessoas da equipe tem características mais individualistas: *“Algumas pessoas sentem o trabalho mais individualista, faz o seu e tchau” (Olga, ACS).* O Trabalho em Equipe é uma característica bastante valorizada pelos profissionais, mas também visto como difícil de ser trabalhado.

“Agora pra você trabalhar o processo de trabalho em equipe, é uma coisa mais desgastante, porque você não consegue muitos aliados. Aliados no sentido de você partilhar de um objetivo final. Meio que cada um quer fazer uma coisa com um objetivo, um quer ganhar mais com a VPI, a outra quer ficar em casa dormindo até mais tarde e não precisar chegar cedo no acolhimento.” (Mário - residente)

É também perceptível o comprometimento com os usuários e a compreensão do posto como um local de ajuda e apoio para a população. A importância da ética no trabalho também é discutida e relacionada com o acolhimento às necessidades da população. Acreditamos que associado a estes princípios está uma ideia dos profissionais de que é preciso lidar com a demanda de atendimento. Uma parte dos entrevistados reconhece a necessidade da população de consulta, por algumas das equipes terem grandes áreas adscritas e por ter uma vulnerabilidade social maior na comunidade. Alguns trabalhadores queixam da cobrança da gestão pelo atendimento a todas as pessoas que procuram o posto de saúde. Parece ser um consenso que essa demanda excessiva prejudica a qualidade do cuidado prestado no posto, que é uma das características bem valorizadas pelos membros da equipe. Percebemos como valorizado o trabalho na Saúde da Família como um espaço privilegiado para a Educação Popular em Saúde, com o comprometimento com a democratização da saúde, e com a descentralização e autonomia dos trabalhadores em nível local, com o trabalho no território, e com uma concepção ampliada de saúde.

Nessas ideias transparece uma aproximação com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica como acolhimento, vínculo, territorialização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e nas falas dos residentes também estão presentes relações com as características essenciais e complementares da APS principalmente na ideia de APS como acompanhamento (longitudinalidade) e o olhar para a família e a comunidade (STARFIELD, 2002). O cuidado centrado na pessoa também é citado por dois residentes.

Um dos preceptores traz esse destaque de que a residência leva para o cotidiano do trabalho as ferramentas de trabalho da APS e por essência vai discutir os princípios de uma prática imersa nos princípios da APS e da Atenção Básica. Ao nosso ver, destes temos princípios compartilhados pela equipe mas também vários elementos estranhos ao mundo de vida organizacional da USF. Um dos entrevistados trouxe uma ideia discordante que se identifica com os princípios mas que no trabalho é impraticável pela grande demanda por atendimentos, que é um gerador de sofrimento por parte da equipe. Para outro preceptor essa visão que os residentes e a equipe tem de APS é diferente da gestão, que tem uma ideia de fazer uma atenção focalizada, desde que atenda à pressão mais emergencial da população.

“A residência se propõe a organizar o processo de trabalho baseado nos princípios da APS, de coordenação do cuidado, de integralidade, de melhoria do acesso e de

longitudinalidade. Acompanhar melhor os pacientes, fazer visita domiciliar, coordenar o cuidado, entender como este usuário está transitando no sistema de saúde, tentar aumentar o cardápio de ofertas pensando na integralidade. Tudo isto foram mudanças trazidas pela residência.” (João, Preceptor)

Às vezes me dá uma ideia que a APS que essa gestão acredita é uma noção de APS mais seletiva, poder fazer só o básico ali pra população não reclamar (Vinícius, preceptor)

5.2.1 O ACOLHIMENTO NO MUDANÇA DE VIDA

O Acolhimento surgiu empiricamente na pesquisa como um dos pontos de tensão da equipe nesse último ano, e com modificações que intensificaram esses conflitos após a residência. Aprofundamos o estudo do Acolhimento como uma forma de entender a cultura e os processos de aprendizagem em equipe na US Mudança de Vida. O Acolhimento enquanto proposta para a Saúde da Família em João Pessoa começou há cerca de 8 (oito) anos como uma proposta da Secretaria de Saúde. Neste tempo foram feitas discussões com as equipes sobre o tema mas já com a diretriz de que era para ser implantado. A história da USF Mudança de Vida é um pouco mais recente, antes de existir a unidade integrada com quatro equipes de Saúde da Família, existiam duas equipes em locais separados. Segundo as entrevistas, geralmente era difícil conseguir médicos e quando conseguiam ficavam por pouco tempo e era uma forma de punição. O Acolhimento na US acontecia muito próximo do antigo modelo de triagem: não havia classificação de risco, as pessoas eram atendidas por hora de chegada. Refletiam também um modelo de atenção biologicista centrado em consultas rápidas (apenas queixa-conduta), com pouca resolutividade. Algumas pessoas relatam que por atender um quantitativo alto de pessoas esses profissionais davam ‘conta do recado’, mesmo que não abordando as reais necessidades de saúde, e consequentemente gerando encaminhamentos e solicitações de exames bem acima do necessário. E essa é a impressão que os profissionais tem da reação de uma parte da população.

“Esse processo de construção da residência é um processo bem dinâmico. Dinâmico para a equipe, para os residentes e para a população. Era um território com mudanças frequentes de médicos. Com alta rotatividade de médicos. E com uma força muito grande do modelo queixa-conduta, sem organização das ações programáticas, e sem uma discussão mais profunda sobre o trabalho em equipe. Com a chegada dos residentes muda um pouco o perfil de atendimento, e termina gerando uma série de desentendimentos tanto com a equipe como a comunidade. É uma comunidade excluída e era

acostumada a requerer o atendimento de uma forma diferente do que a residência se propõe.” (João, Preceptor)

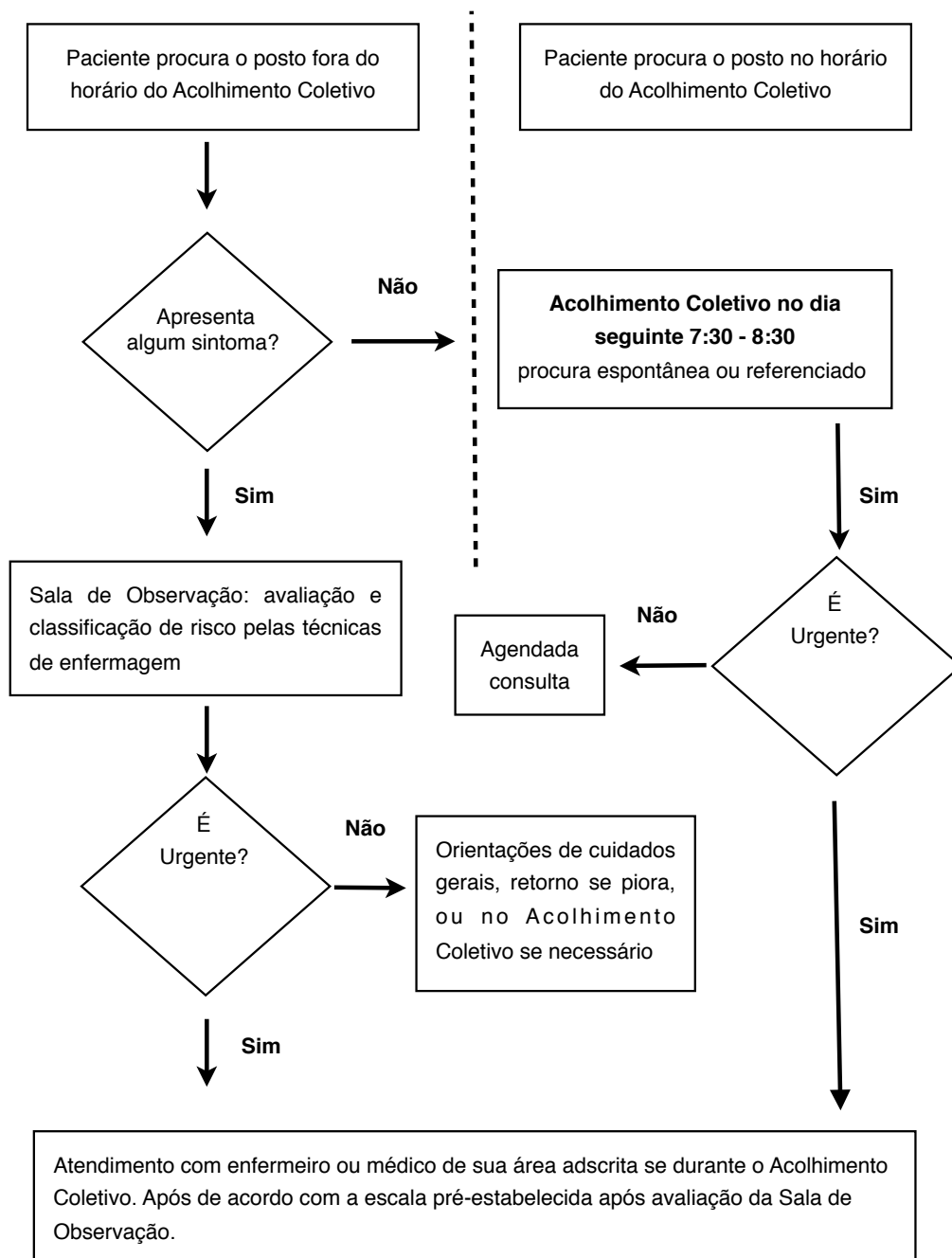
Entendemos o Acolhimento como a postura assumida pela equipe nos encontros entre trabalhadores e usuários, mais especificamente estaremos abordando a estruturação do acolhimento a demanda espontânea da unidade. Esse encontro profissional-usuário é um espaço comunicativo potente para ascutar as necessidades dos usuários de saúde da comunidade e ajudar a qualificar a oferta de serviços da unidade. Além dessas dimensões a discussão sobre o Acolhimento necessariamente é indutora de mudanças na organização do processo de trabalho por estar sempre provocando um olhar para as necessidades de saúde da população e para a demanda de serviços da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Acolhimento na USF Mudança de Vida é remodelado a partir das definições da secretaria de saúde e, ainda antes da chegada da residência, sofre outras modificações por uma proposta de professores da universidade para a implantação do Acolhimento Coletivo, um espaço onde os profissionais pudessem interagir com a comunidade e qualificar a demanda espontânea de atendimentos. O Acolhimento Coletivo implantado no Mudança de Vida teve uma influência na prática descrita por CAVALCANTE FILHO *et al.* (2009) na qual abre-se um espaço coletivo para diálogo entre os profissionais e usuários, conversando coletivamente sobre o funcionamento da unidade e com a participação da comunidade, seguido de um momento de escuta individual de todos os presentes. Para além das possíveis configurações operacionais do Acolhimento Coletivo, é preciso reconhecê-lo como um espaço comunicativo entre os profissionais e usuários, um espaço para discutir os anseios, desejos, necessidades, e também um momento de negociação entre a demanda e a oferta, de compartilhar cuidado, e co-construir planos terapêuticos na interação de usuários e trabalhadores de saúde (CAVALCANTE FILHO *et al.*, 2009).

Neste modelo a equipe se reunia pela manhã, tinha um momento de escuta das demandas dos usuários, e após acontecia a escuta individual. Com a chegada dos residentes, o Acolhimento Coletivo teve várias pequenas mudanças e configurações. Todas essas mudanças foram questões que em maior ou menor grau geraram estresse e ansiedade na equipe. Atualmente, o Acolhimento Coletivo é realizado todas as manhãs, onde também é feito o agendamento de pessoas que não necessitam de consultas no mesmo dia. As urgências são atendidas no mesmo dia após a escuta de todas as pessoas que procuram o posto de manhã cedo. A seguir, um fluxograma que tenta caracterizar melhor o acolhimento à demanda espontânea no Mudança de Vida. Nos

últimos meses apenas as equipes com residentes estavam fazendo o Acolhimento, e mais recentemente uma das médicas egressas da residência. Participavam os médicos e enfermeiros, e em uma das equipes os ACSs ajudavam, mas não faziam a escuta.

Fluxograma do Acolhimento no Mudança de Vida



O principal conflito gerado no acolhimento é que em vários momentos a oferta é menor do que a demanda, e o usuário fica irritado ao ouvir que não tem vaga para ser atendido no dia, ou mesmo em algumas situações que não tem vaga nem para ser atendido na agenda. Isso aparece bem nas falas de quase todos os médicos e enfermeiros entrevistados. Na unidade as equipes lidam de maneiras diferentes com a agenda e o excesso de demanda. Uma das equipes atende a demanda espontânea e não marca limite para agendamento, e a agenda é marcada para as próximas semanas, e as vezes meses. E a outra equipe abre vagas semanais para marcar consultas de médicos ou enfermeiros. No primeiro caso, aumenta o absenteísmo de acordo a demora de marcação e deixa o usuário muito distante da consulta. Já no segundo caso é ainda mais centrado nos médicos que marcam a consulta, mas se não houver vaga o paciente deve voltar no outro dia em busca de atendimento, e é um gerador de estresse já que mesmo assim, não fica previamente definido se vai ser atendido ou não no dia seguinte.

“A demanda é maior do que o número de vaga. E isso tem que ser trabalhado no acolhimento todos os dias. A gente deixou agenda livre. No primeiro dia do mês deixamos o dia para marcar o atendimento, e marcar todo o mês. Então a gente discutiu e resolvemos fazer o atendimento semanal. Toda a segunda-feira, fazemos o atendimento para a semana toda. Deve ser ruim para as pessoas, e para nós também. Mesmo que a gente acolha todo mundo que está lá, a gente não tem vaga para todo mundo. E as pessoas ficam irritadas. Acham que é o médico que deveria atender. Mesmo que a gente atenda 16, 20 pessoas, eles acham que a gente deveria atender mais.” (Hilda, residente)

É presente em algumas entrevistas essa identificação do Acolhimento como uma proposta da universidade, incluindo a organização anterior e as mudança provocadas pelos residentes. E em parte dos profissionais um certo receio de termos ‘criado’ o Acolhimento mas não operacionalizá-lo na prática. Em algumas falas dos residentes existe uma identificação da gestão como responsável pela criação do Acolhimento, o que é parcialmente verdadeiro, mas essa modelagem de escuta e cuidado qualificados, e de um olhar mais profundo sobre a demanda dos usuários vem das nossas identificações com uma Atenção Primária cuidadora, acessível, e atenta às reais necessidades dos usuários, coerente com os princípios do SUS e da APS/AB. Também é direcionada à gestão a crítica de manter uma relação profissionais por habitantes insuficiente para um cuidado de qualidade, pois mesmo estando dentro do previsto na Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), não reconhece a especificidade de ser uma área de grande vulnerabilidade social, e inclusive considera uma redistribuição de famílias para a Unidade de Saúde.

“A demanda deve ser revista pela gestão. É uma demanda muito grande, não se dá conta. São populações extremamente carentes.” (Paulo, preceptor)

Outro ruído é que a comunidade não compreende o acolhimento, isso é expresso tanto nas falas de que a população tem uma necessidade muito vinculada ao modelo biomédico, e também em parte é reconhecido como uma dificuldade do posto em pactuar com a população e informar melhor sobre o acolhimento *“Falta esse diálogo. Nem a população está satisfeita, nem os profissionais estão satisfeitos. E isso é traduzido em agressões”*. Alguns dos residentes ficaram muito esgotados e tiveram processos de sofrimento individual pelas dificuldades com a grande demanda do posto, com as relações com a comunidade e com as pactuações de equipe. Também é percebido um processo de adoecimento em outros profissionais da US. O Acolhimento aflora causas significativas de estresse e esgotamento dos profissionais como a alta demanda de atendimento, e o contato direto com usuários descontentes que muitas vezes respondem com xingamentos e desrespeito com os profissionais. Esse tratamento ruim, bem como o excesso de atendimentos, são fatores que influenciam o adoecimento dos profissionais de saúde. Em um estudo realizado em João Pessoa foi identificado que a maior parte dos profissionais lida em maior ou menor grau com o estresse cotidiano, e que 37,09% dos profissionais da Saúde da Família tem Síndrome de *Burnout* desenvolvida ou em desenvolvimento (ALBUQUERQUE, 2012).

De certa forma, ainda não conseguimos um envolvimento maior da equipe multiprofissional, nem um espaço de reorientação do modelo de atenção, de contestação dos desejos, e de uma oferta que transcenda o modelo biomédico. Talvez essa seja uma das grandes dificuldades, que potencializa o ciclo vicioso da busca constante por mais consultas, dos estresses e reclamações. Mesmo com as dificuldades no acolhimento é bem reconhecido tanto pelos residentes como pelos profissionais de saúde que a unidade de saúde vem qualificando o seu trabalho e melhorando o acesso da população.

“A gente conseguiu organizar um pouco a demanda. Era só a demanda espontânea, chegava no acolhimento, pegava todos os nomes e atendia. A gente conseguiu dividir o que era agudo, o que era prioritário para atendimento no dia, o que era uma demanda a ser agendada. A gente conseguiu cuidar um pouco melhor do usuário que era agendado.” (Cora, residente)

Um exemplo que pode nos ajudar a compreender essa mudança recente no Acolhimento e sua relação com a aprendizagem organizacional é o **Caso da Sala de**

Observação. Os usuários de qualquer uma das equipes que procurarem o posto após o horário do Acolhimento Coletivo, são orientados a retornar no outro dia pela manhã para o Acolhimento Coletivo, e se apresentam algum sintoma, são acolhidos na Sala de Observação com uma avaliação da técnica de enfermagem em escala. Se houver necessidade de atendimento, o paciente é encaminhado para atendimento do enfermeiro ou médico. Essa proposta foi construída pelos residentes a partir do diálogo com a equipe e foi apresentada um projeto de protocolo e fluxos na reunião da integrada, com avaliação e classificação de risco baseados em sintomas e sinais, e atendimento de acordo com as necessidades clínicas. Foi feita uma discussão, esclarecidas algumas dúvidas e aprovada na equipe. Entretanto, apesar de não externalizado, a questão das referências da Sala de Observação surgiu como um assunto não resolvido.

“Uma das discussões do acolhimento, eles fizeram um protocolo para apoio à sala de observação. Antes, depois do Acolhimento Coletivo, os pacientes eles iam direto na porta do médico. Depois iam para a observação” (Paulo, preceptor).

Vários ruídos surgiram na equipe após a implantação desse novo fluxo. Não eram pré-estabelecido profissionais (médicos e enfermeiros) de referência como retaguarda para as técnicas de enfermagem, já que são acolhidos vários pacientes de todas as equipes. Assim, as técnicas buscavam um profissional para atender o paciente com sintomas agudos, como todos os profissionais estão sempre próximo ao limite de atendimentos, muitas vezes recebiam respostas negativas. Também era uma situação difícil para as técnicas de enfermagem dizer que o paciente não tinha a necessidade de consulta naquele momento e que deveria retornar em outro dia no horário do Acolhimento Coletivo para conversar com o médico ou enfermeiro da sua equipe de Saúde da Família. Os ruídos percorriam os corredores do posto com reclamações das técnicas de enfermagem que ficavam solicitando atendimento dos médicos e enfermeiros. Estes queixavam-se que ultrapassavam a quantidade esperada de atendimento. E os pacientes que ficavam esperando uma definição do posto para suas consultas. Analisando as entrevistas percebemos que mesmo tendo um processo de construção longa, e pautado em reunião, não foi suficiente para resolver as questões operacionais, e as mudanças no trabalho, tanto das técnicas de enfermagem, como dos médicos.

“Quando a gente foi implementar o fluxograma da triagem na sala de observação pra fazer classificação de risco, a gente fez um modelo, apresentou com datashow, e não teve tempo de discussão nenhuma, começou na

segunda-feira a fazer, isso gerou um ruído enorme, que até hoje gerou repercussão junto as técnicas de enfermagem da sala de observação, porque não deu pra esgotar essa discussão em pequenos grupos. E aí gera esse ruído no dia-a-dia. A gente apresentou, ninguém falou nada, nem sugeriu, tirou uma dúvida aqui, outra acolá. E segunda-feira estava: ‘vamos começar a implementar’. E ninguém fez. Fez um dia, e não fez mais.” (Cora, residente)

Os ruídos geralmente causam incômodos e constrangimentos no cotidiano do trabalho. Na nossa opinião devem ser encarados como algo natural no processo de trabalho, sintomas das nossas dificuldades de mudança de práticas e de valores relacionados ao trabalho. Os ruídos também apontam para a necessidade de maior envolvimento da equipe na estruturação e decisão das propostas, e para a necessidade de uma comunicação mais fluida (SOARES, RAUPP, 2009). Devem servir como alertas para que potencializemos nossos espaços de aprendizagem em equipe, e busquemos uma melhor abertura às vozes discordantes e às diferentes ideias, mesmo que contrárias às nossas. Em qualquer processo de mudança é necessário explorar os cenários na implantação dessas modificações. No caso da reunião integrada do Mudança de Vida mesmo que seja facultada a fala é um espaço com muitas pessoas, e que nem todos vão se sentir a vontade para falar, e nem haveria tempo para um diálogo sincero entre todos os profissionais da equipe. Uma outra questão que precisa ser prevista nesses processos de mudança é entender que na operacionalização da proposta provavelmente vai ocorrer ansiedade e estresse o que pede espaços de conversa e análise da implantação. No caso da Sala de Observação um espaço fundamental em estabelecer os riscos e critérios de gravidade, é a possibilidade de um acesso livre ao enfermeiro ou médico, para ir paulatinamente construindo e definindo na prática as indefinições dos protocolos e as dúvidas não surgidas no momento inicial. Como muitos dos profissionais se sentiam cheios de trabalho, esses momentos de encontro entre profissionais eram tensos, conflitivos, e geradores de estresse.

“Acaba que não envolve, não discute, gera boicote. Isso acontece muito lá dentro quando não tem espaço para discussão. Outros acordos que a gente consegue esmiuçar melhor, debater melhor, consegue avançar, consegue começar a fazer. (Cora, residente).

Os ruídos e conversas foram acontecendo nos corredores, na copa, e nos outros espaços informais, até que foi tomando corpo criando propostas de modificações no acolhimento, e quando foi pautado novamente na reunião da equipe, surgiu a solução de uma escala de médicos e enfermeiros para serem referências para as urgências que

procurarem o posto após o horário do Acolhimento Coletivo. E foi reconhecido por todos como uma saída que representava a ideia de Acolhimento construída pela US e contemplava as necessidades de trabalho das categorias profissionais.

“As meninas da observação sempre pediam para ter uma referência para que elas não ficassem batendo na porta de cada médico pra ver quem atende esse usuário. Hoje a gente tem uma escala que todo mundo concordou em ajudar.” (Adélia, apoiadora)

“Era uma discussão que vinha sido construída informalmente, tanto que eu falei, bota no grupão, bota na roda, no dia que ela botou, gerou aquele mal-estar. As enfermeiras ficaram caladas, porque não queriam assumir, e propôs o teste, para fazer, mas acho que foi uma coisa que foi rápida pra implementar, mas veio de espaços informais, de corredor, de conversa.” (Cora, residente)

Neste exemplo da Sala de Observação vemos o quanto a reunião de equipe em grandes grupos, quase como assembléias é insuficiente para um diálogo sincero, e inevitavelmente é geradora de ruídos e boicotes. Essas resistências às pactuações, muitas vezes até inconscientemente, sintoma de que as pessoas não tiveram a oportunidade de verdadeiramente refletir sobre o problema, e de construir coletivamente as propostas de uma forma que contemple o desejo e a necessidade de todos.

5.3 NORMATIVIDADE / GOVERNABILIDADE

Inicialmente precede fazermos a discussão da relação entre a US Mudança de Vida e o ambiente externo. Neste caso, discutiremos os dois atores mais importantes: a gestão e a comunidade. A relação com a comunidade foi conflituosa no início, com alguns picos de estresse por descontentamento de usuários no acolhimento mas tem melhorado durante o tempo. Uma das questões atribuídas a essa tensão foram justamente as mudanças no acolhimento e no agendamento de consultas propostas pelos residentes nas reuniões de equipe. Contraditoriamente, a esses momentos de conflito, ter uma expectativa de comunidade mobilizada foi um dos motivos que levaram os residentes e preceptores a escolherem esse como um campo de prática da residência. Entretanto, o trabalho centrado em consultas e a grande necessidade da área são vistos como fatores dificultadores dessa aproximação longitudinal com a comunidade organizada.

“É uma comunidade que tem uma vulnerabilidade social inquestionável, e um comprometimento de entender. São muitos moradores de lá que antes de morar lá não tinham acesso a serviços de Atenção Básica. Não era fácil o acesso. E aí eles acabam não entendendo qual é a finalidade do serviço. E tão

acostumado com o pronto atendimento, com a queixa-conduta. E como os profissionais do Mudança de Vida hoje estão preocupados em trabalhar com a lógica da Saúde da Família, existe esse conflito de interesse. A comunidade está acostumada com pronto atendimento, e na hora do acolhimento, principalmente na hora da escuta, que está concentrado o número de usuários, é uma hora muito desgastante inclusive para os trabalhadores. Os trabalhadores tentam explicar que ali não é um momento de queixa-conduta, que eles querem fazer o cuidado longitudinal, que eles tem compromisso com a longitudinalidade, com a integração da rede, e com os outros princípios da APS. E muitos dos usuários estão acostumados a conquistar no grito.” (Cláudia - apoiadora)

Um dos principais pontos de conflito com a comunidade é a solicitação de consulta imediata. Com a demanda grande, e as estratégias de qualificação do cuidado, algumas vezes não é possível o atendimento no dia. Em alguns casos espera-se dias ou semanas, e esse é o principal motivo de conflito com a comunidade. Essa tensão foi muito mais intensa no início da residência, tanto pela mudança no modo de cuidado como influenciada pelo tempo que a comunidade ficou sem médico naquelas áreas. Outra questão é que as fragilidades da rede de atenção de João Pessoa também provocam indignação e revolta pela população, e não quem está lá, no dia-a-dia, de cara a cara com o paciente para dizer que o especialista ou exame que ele espera há meses ainda não foi marcado nem tem previsão é o próprio profissional de saúde.

“As pessoas precisam de muitas coisas. A gente não consegue oferecer tudo, mas fazemos o esforço para ajudar. Os problemas que o usuário passa na comunidade, o ACS também passa. As dificuldades de marcar uma consulta para especialista, a gente também sofre.” (Augusto, ACS)

A relação com a gestão é um pouco mais difícil, e discutiremos mais a fundo quando formos falar do apoiador e das lideranças. Apesar de não ter problemas de relacionamento interpessoal com seus representantes, a relação com a gestão não é boa. A impressão geral é que a gestão não compreende as dificuldades locais, centraliza muitas decisões, e com uma forte relação de poder. Acreditamos que essa cobrança é reproduzida para a equipe.

Parece ter uma certa norma não explícita de que o atendimento ao usuário sempre está em primeiro lugar, vindo antes do bem-estar da equipe. Também percebemos que a equipe tem uma inclinação maior ao coletivismo, e a uma cooperação da equipe. Tem uma cobrança interna em relação a assistência porque influi na bonificação financeira, e também o trabalho, principalmente dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, que aumenta de forma significativa quando um dos componentes da equipe falta.

O entendimento das relações entre as equipes na USF Mudança de Vida, prescinde de retomarmos a caracterização da Unidade de Saúde integrada, na qual trabalham juntos 4 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 1 equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Quando falarmos de entre Equipes de Saúde da Família (ESF) ou equipes isoladas estaremos nos referindo as 4 EqSF e ao PACS, e quando falarmos da relação entre as integradas, nos referiremos ao grande grupo.

A maioria das pessoas considera as relações interpessoais como cordiais e saudáveis. Existe uma percepção majoritária de que as equipes trabalham de diferentes formas e que não há uma integração entre elas: *é uma falsa integrada. São 4 equipes que se comunicam pouco entre si*” (Paulo, preceptor). Cabe destacar que algumas funções dos técnicos de enfermagem, recepção e apoio são comuns a todas as equipes. Também há um rodízio entre médicos e enfermeiros para serem profissionais de referência para as técnicas de enfermagem no atendimento à demanda espontânea de toda unidade após o momento de escuta do Acolhimento Coletivo.

“A unidade como um todo tenta funcionar como uma equipe integrada, mas é muito frágil a ligação. É muito frágil o funcionamento.” (Cláudia, apoiadora)

“As equipes trabalham tudo de um jeito. Tem momentos que elas conseguem fazer junto, uma atividade da integrada, mas é raro, muito difícil.” (Ana, apoiadora)

Existe uma visão na maioria dos profissionais de que as pessoas conseguem trabalhar em equipe, principalmente nas equipes isoladas, e de que há uma dificuldade de um trabalho conjunto na integrada, apesar de também reconhecer uma ideia de cooperação entre os profissionais das diferentes equipes nos momentos em que são precisam. Um dos entrevistados tem uma visão discordante de que na prática as pessoas trabalham sozinhas, essa fala se confunde com um pouco comprometimento com o trabalho.

Alguns trabalhadores compartilham muito do: ‘essa é minha parte, e acaba aqui’. (Carlos, residente)

Foi bastante representativa a quantidade de pessoas que relatam a dificuldade de mudar o processo de trabalho no posto. Essa resistência para a mudança apareceu de forma mais explícita com os residentes que chegam com várias ideias novas e vontade

de implementar essas ideias nas unidades, de parte dos apoiadores, e também com os profissionais e preceptores.

“Logo quando chega, a pessoa leva aquele choque, e a partir desse momento não tem reação para reagir. Tem muitas pessoa que resolvem o problema chorando.” (Lu)

Apesar dessa percepção de que é difícil implantar novos projetos e mudanças, a totalidade dos entrevistados mostrou uma grande abertura para mudar e tentar novos projetos, não abrindo mão apenas dos princípios e de questões centrais de cada profissão, como por exemplo o médico e enfermeiro não abrirem mão da proximidade da população, de atender, e os ACSs não abrirem mão de suas visitas e do contato com a comunidade. “Nada é imutável” é a frase que ecoou da maioria das entrevistas. A seguir, a frase de uma apoiadora que reconhece essa característica nos trabalhadores no geral:

“eu percebo que eles são muito abertos para experimentar. Se der certo a gente continua, se não, volta a discutir.” (Ana, apoiadora)

Em algumas falas surgiu também a dificuldade de mudar o modelo de atenção centrado hegemônico, centrado no médico, em consultas, exames e medicamentos. E também reconhecem que esse modelo está arraigado na população, e nos próprios profissionais, mesmos nos que desejam modificá-lo. O choque entre a vontade de mudar e a realidade foi marcante para todos. Na USF Mudança de Vida, assim como nas outras USFs em João Pessoa, os médicos residentes encontraram um processo de trabalho centrado no médico e no atendimento individual, com pouco tempo para diálogo, e com uma quantidade de atendimento excessiva. Além disso, enfrentam muitas resistências da equipe, da gestão e às vezes até da comunidade em vários processos de mudança. Mesmo as equipes tendo se formado há pouco tempo, elas já estabeleceram seu modo de funcionamento, suas crenças e valores, que também refletem suas histórias e trabalhos anteriores na Saúde da Família em João Pessoa e em outras cidades. Portanto, muitas das ideias e propostas apresentadas pelos residentes de reorganização do cuidado e do processo de trabalho encontram resistências (visíveis ou não) por parte dos trabalhadores. Acabou-se produzindo um clima de tensão e ansiedade nos residentes em parte pelo trabalho exaustivo mas também pelas dificuldades de mudança no processo de trabalho da equipe da USF Mudança de Vida. A RMFC além do aprendizado clínico, é também um momento importante de aprendizagem com diferentes pessoas e diferentes

experiências como grupos, visitas, consultas e trabalho em equipe. Sentimos na pele as alegrias do trabalho, mas também o desânimo pela distância entre a realidade e nossas utopias, “é difícil perceber que o ritmo da mudança vai bem mais lento que o bater de nossos corações” (SOARES, 2010 p.59). Em um estudo sobre a percepção dos residentes médicos sobre o Trabalho Interdisciplinar, a partir de uma experiência local, Ferreira *et al.* (2009) analisa que os residentes médicos daquele programa identificam como importantes para a formação e o cuidado o trabalho em equipe interdisciplinar, mas percebem os conflitos nas dificuldades da organização tradicional do trabalho em linha de montagem (FERREIRA *et al.*, 2009). Um ACS referiu o incômodo de muitas vezes escutar que se não tiver médico não adianta ter posto de saúde. Uma das mudanças percebidas após a residência foi uma maior dinamicidade nos grupos de Educação em Saúde, apesar de que em uma das falas percebe isso mais focalizado em uma das equipes. Outra questão consensual de melhor organização do acesso aos usuários atualmente, mesmo que ainda tenha dificuldades.

“De hoje para traz eu tenho um olhar bem positivo. Em relação à entrada da residência, a primeira coisa foi gerar mudanças, trazer a tona discussões, problematizar coisas que não estavam funcionando. De positivo a gente conseguiu implementar os grupos que não acontecia. A gente conseguiu melhorar e qualificar um pouco o cuidado ao usuário. O Programa de Hipertensão e Diabetes era só renovação de receita, com o grupo, a gente conseguiu abarcar uma demanda maior, e conseguiu adicionar outras coisas, as orientações do dia-a-dia. De grupo a gente conseguiu fazer a puericultura, o de gestantes, e o Hiperdia, que não tinha.” (Cora, residente)

Um dos preceptores relata a dificuldade de conseguir salas e que as vezes não tinha acesso mesmo com a sala desocupada, mas que por outro lado ele teve uma postura inicial dura de reforçar a sua posição como preceptor e de dar apoio aos processos de aprendizagens dos alunos, residentes e equipes, e de não ser responsável pela demanda. Só depois de começar a ceder um pouco e de ter um apoio maior na demanda da equipe, começou a conseguir gerar esquemas de trabalho que potencializassem o aprendizado do aluno.

“Acho que foi um processo de conquista, de tentar me aproximar da equipe, e para isso parcialmente eu tive que ceder a participar dos atendimentos da unidade para poder ganhar empoderamento. Contraditoriamente uma coisa que eu não acreditava, que eu não achava importante, na sequencia, eu tive que fazer. Tanto que até hoje eu tenho uma agenda. Só que essa agenda, diferente do que era antes é pactuada e dentro das minhas possibilidades.” (Vinícius, preceptor)

A residência em MFC dura dois anos, e é esse o tempo que o residente tem para chegar, conhecer seu ambiente de trabalho, sua comunidade, ao mesmo tempo realizar projetos e aprender ferramentas de gestão da clínica e do trabalho na APS. A equipe tem um tempo diferente, eles já estão na unidade quando o residente chega, e vão continuar quando o residente for embora. Por esse ponto de vista, teremos sempre um certo tensionamento de quem está chegando e quer trazer novas ideias e percepções para o trabalho. E isso também gera uma ansiedade na equipe. Entretanto, como é um novo campo de prática, e um local de difícil fixação de médicos, em algumas falas o residente é visto como a possibilidade do médico passar um tempo maior na equipe. O simples fato de ter um médico já traz uma expectativa positiva. Associado a isso, o residente terá momentos inerentes ao seu processo de formação de discutir e aprender os princípios da medicina de família e comunidade, da APS, de pensar modelagens assistenciais e, portanto, vai tentar colocar em prática essas discussões.

“O residente tenta tensionar para a mudança e não consegue porque a equipe é resistente, porque a demanda é gigante. O residente chega com uma fome de fazer algumas coisas e não consegue, eu me estresso quando na minha cabeça, na minha concepção do que é ser Médico de Família e Comunidade, na minha ideologia, eu não estou conseguindo implantar plenamente na prática. Essa motivação pessoal de querer mudar, de querer fazer diferente, e ser domado pelo cotidiano que te suga.” (Mário, residente)

Em várias falas de residentes e preceptores esse é um motivo importante de estresse e conflito no processo de trabalho, e algo que apresenta um certo grau de sofrimento para o residente, principalmente durante o primeiro ano. Uma das residentes que já estava próxima de terminar, percebe este aprendizado de como lidar com a equipe para além da própria residência e da atuação do posto atual, mas uma habilidade que foi desenvolvida mas que terá que ecoar nas suas próximas inserções.

“o que a gente entra muito na agonia de que em dois anos tem que aprender tudo. E eu quero aprender a fazer a unidade perfeita de saúde da família. Tu não vai aprender. Dois anos é um tempo muito curto. Processo de trabalho é muito difícil. E realmente é. E é o mais demorado. E a gente não vai conseguir mudar tudo, e o que vai aprender de habilidade nesses dois anos, a gente vai levar pra outros momentos, e não necessariamente igual.” (Cecília, residente)

5.4 ANÁLISE DAS LIDERANÇAS: GERÊNCIA, APOIO E LIDERANÇAS INFORMAIS

A gerência das Unidades de Saúde da Família em João Pessoa, e mais especificamente sua configuração no Mudança de Vida, foi um ponto com várias e contraditórias visões entre os diversos sujeitos/atores da US. Antes de aprofundar o debate é necessário caracterizar a figura do Apoiador e as diferentes atuações, a gerência nas USFs e mudanças nos últimos anos. Não queremos aqui esgotar os debates sobre as definições e concepções de gerência, apoio matricial, institucional, e suas possibilidades atuação, mas harmonizar conceitos para potencializar o debate no contexto da pesquisa. Entendemos Apoio Matricial como a relação entre o especialista de determinado núcleo profissional com o profissional da Saúde da Família na resolução de um problema para a qualificação do cuidado (CUNHA; CAMPOS, 2011). E utilizaremos Apoio Institucional para se referir ao apoio mais aproximado do campo da gestão e gerenciamento das unidades. Não queremos reforçar uma separação da clínica e da saúde coletiva, ao contrário reconhecemos a relação da clínica com os problemas sociais e com a organização do processo de trabalho, que é impossível essa dissociação, e que esses aspectos se entrelaçam no cuidado e no apoio, mas no nosso objeto de pesquisa, veremos concepções de apoio atividades bem mais próximas da organização do trabalho, e outras mais relacionadas à assistência.

Desde 2005, surgiu em João Pessoa a necessidade de uma pessoa de referência para as USFs para as questões administrativas e de gestão de processo de trabalho que foi chamado de apoio técnico. Na época a maioria das USFs funcionava em casas alugadas, e a gestão era geograficamente distante das unidades, havendo inclusive denúncias de profissionais que nunca compareciam ao trabalho. O apoio técnico surge de uma necessidade de supervisão e controle mas já com um desejo de um maior diálogo com os profissionais da ESF. Para Bertussi (2010) a implantação do apoio as equipes de saúde em João Pessoa surge com base na indivisibilidade entre a gestão e na produção do cuidado e apoiador como agenciador de conexões. O apoio foi uma tentativa de superação de uma gestão historicamente autoritária, apostando no diálogo, participação e problematização das realidades das equipes de saúde da família como estratégia de mudança. Segundo a mesma autora:

Procuramos superar as formas tradicionais de estabelecer relações, produzindo encontros e conexões, com atravessamentos de saberes e poderes, na perspectiva de articular e fazer dialogar os projetos institucionais com os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, considerando suas experiências e desejos, mobilizando a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens no mundo do trabalho, provocando os trabalhadores a problematizar e refletir sobre suas práticas (BERTUSSI, 2010 p.157-158).

Com o surgimento dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) os apoiadores foram vinculados ao NASF, como equipes multiprofissionais que prestariam apoio as USFs. e houve uma expansão da quantidade de apoiadores no município. Atualmente na ESF de João Pessoa, os apoiadores Institucionais são divididos por Unidades Integradas (em geral um a três por Unidade Integrada) ou por grupo de unidades isoladas, todos fazendo parte dos NASFs. Mais recentemente foi criado um apoio administrativo, que responderia pelas questões mais administrativas mas que ainda está sendo definido o seu papel.

“Aqui em João Pessoa eu vejo que o apoio matricial foi uma adaptação de duas coisas, o trabalho de gestão que já era feito com o apoio técnico, com as novidades que o NASF trazia, aí montou o apoio matricial que é esse arranjo que a gente faz hoje. Tanto faz o trabalho em gestão, quanto deveria fazer esse apoio assistencial nas equipes, que é uma coisa que acontece muito pouco.” (Ana, Apoiadora)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz como objetivos dos NASFs aumentar a resolutividade das equipes de Saúde da Família principalmente a partir do apoio a ampliação da clínica a partir dos problemas e necessidades de saúde, não tendo um local físico de trabalho independente, mas estando vinculados a algumas USFs. A PNAB também inclui como atividades relacionadas ao NASF o apoio às atividades de organização do processo de trabalho, análise de indicadores, educação permanente, e articulação de redes como parte da atuação do NASF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Acreditamos que o ideal seria no NASF o equilíbrio entre o Apoio Matricial e Institucional, mas entendendo este último em uma concepção próxima a de Campos (2005), no seu papel de ajudar as equipes no seu processo de co-gestão e gerenciamento, estabelecendo uma relação comunicativa e dialética com a equipe, fazendo parte dela, e também sendo um elo com a gestão (CAMPOS, 2005). Com o uso da palavra “Apoiador”, nos passa a ideia de uma opção por uma gerência de recursos humanos mais próxima de uma liderança comunicativa (RIVERA, 2003), que teria o papel de estimular os processos de mudança, de organização da equipe. BARRETO *et al* (2012) estudando o olhar de apoiadores de João Pessoa sobre o seu trabalho, relaciona-o em três categorias: gestão, gerencial e assistencial. Destaco algumas questões sobre o trabalho do apoiador discutidos no estudo: o apoio aparece como um elo entre o distrito e as unidades de saúde da família; a participação do apoiador nas reuniões de equipe e na organização do processo de trabalho local estimulando a co-gestão e a autonomia dos trabalhadores; monitorando as atividades e percebendo as necessidades de trabalhadores e usuários; participação nas reuniões entre os apoiadores no distrito sanitário; propiciando espaços

de troca de experiências com o referencial da Educação Permanente em Saúde (BARRETO, 2012).

Essas características se aproximam da nossa ideia de apoio institucional, da imagem-objetivo de como deveria ser o papel do apoiador na visão de alguns dos entrevistados, mas percebemos nos entrevistados uma dissonância na operacionalização da gerência e apoio na ESF em João Pessoa. Nas contradições de ser trabalhador e gestor, o Apoiador em João Pessoa foi se aproximando mais da função de coordenador/gerente da USF e de Apoio Institucional, e se distanciando da função de Apoio Matricial inicialmente pensada no NASF e que englobaria duas dimensões: assistencial e técnica-pedagógica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Esse certo distanciamento do NASF chega a provocar incômodos tanto nos apoiadores, quanto nos profissionais. O trabalho de gerência na USF acaba sendo gerador de várias questões emergenciais diárias, e envolvendo o apoiador, deixando-o cada vez mais distante do apoio assistencial. Na fala de uma das apoiadoras, houve uma reorganização dos apoiadores no distrito tentando caracterizar melhor uma equipe multiprofissional, se organizando como território, e tentando fazer mais também o apoio matricial. A seguir, falas que representam a ideia hegemônica nas entrevistas:

“Os apoiadores representam a gestão. São pessoas do NASF, mas que está muito mais na questão administrativa” (Ferreira - ACS).

“A gente observa aqui em João Pessoa que há um distanciamento do apoio matricial para o NASF em alguns pontos do que é a proposta do NASF. E a gente tem uma crise de identidade aqui (...) ‘Ou me dê o nome de coordenadora e me tire do NASF ou me tire essa visão de gestor e deixe a gente fazer NASF’ (Ana, apoiadora).

Na visão consensual dos profissionais de saúde a coordenação da unidade é feita pelo Apoiador Institucional, são as pessoas responsáveis para levar as demandas para o distrito e trazem o retorno das ações que precisam ser implantadas. É o apoiador quem responde pela unidade nos momentos de maior conflito, nas queixas da comunidade, na escuta dos profissionais, quem mobiliza os recursos físicos e, quem corta os pontos dos profissionais. Os apoiadores também reconhecem esse papel, mas alguns se sentem em uma situação de desconforto, e um dos apoiadores discorda, acha que quem coordena a unidade é a equipe, mas reconhece que na prática eles que respondem por muitos dos problemas da unidade, que fazem a mediação dos conflitos, e que fazem a comunicação com a gestão.

“Gestão aqui é o apoio. Saí um pouco do que eu vejo do que é apoio matricial. Eu vejo o apoio como gestão aqui dentro. Supervisionando, fiscalizando. A gente tem vários psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, e a gente tem dificuldade de ter o apoio na área deles.” (Dora, enfermeira)

Percebemos que no Mudança de Vida não está claro para os Apoiadores nem para os profissionais de saúde o real papel, responsabilidade e autonomia. Em algumas falas os Apoiadores são vistos pelos profissionais de saúde como autoritários, responsáveis pela frequência e fiscalização, e por repassar os ‘recados’ e definições dos distritos e da gestão central para as unidades, em outras entrevistas são vistos também como pessoas que podem potencializar o trabalho: *“O apoio na unidade é muito mais de chefia do que de apoio. É uma pessoa que está olhando o teu ponto todo dia”*. Fica claro, em algumas entrevistas que a crítica não é direcionada às pessoas que estão ocupando a função. Geralmente os apoiadores são vistos como pessoas que se relacionam bem com a equipe, mas que tem dificuldades de responder às demandas da unidade pela própria estrutura organizacional da secretaria. As decisões e relações hierárquicas são reproduzidas da gestão central pelo Apoiador. É uma relação de dualidade, por um lado são percebidos como pessoas que gostam e querem contribuir para o desenvolvimento da equipe e da unidade, mas por outro acabam sendo identificados como representantes de uma gestão que não responde efetivamente as necessidades de seus trabalhadores. Entretanto, também é percebido em uma das falas que o diálogo com a gestão melhorou nos últimos anos, e que o Apoiador é um dos responsáveis por isso. As opiniões de três categorias profissionais diferentes retratam essas diferentes opiniões:

“Apoiadores são muito mais próximos da gestão. Muito pouco pela unidade. A gestão diz: vocês vão fazer isso. Aí eles vem e dizem: vocês vão fazer isso. Não pergunta o que vocês acham. Vem de cima pra baixo” (Olga, ACS).

“Tem muitas hierarquias até que você possa fazer alguma coisa. Aí realmente isso me incomoda, essa questão de não poder fazer mais. Eu ficava apenada, querendo fazer as coisas e não tinha condições. A gente não tem autonomia para fazer as coisas que a gente quer realmente” (Adélia, apoiadora)

“São pessoas inteligentes, com capacidade de articular, mas ainda com pouca vivência do trabalho. E com uma grande responsabilidade que é harmonizar as questões administrativas e educação permanente, e organização do cuidado e gestão da clínica na equipe, e as vezes até com demandas assistenciais.” (João, preceptor)

Resgatando o apoio enquanto proposta temos uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica que produz um trabalho fragmentado, alienante, que exclui o trabalhador da

reflexão crítica de sua realidade e da construção coletiva dos rumos da organização (CAMPOS, 2005). Para isso a aposta é que consigamos romper ou minimizar as hierarquias entre categorias profissionais, e potencializar um trabalho interdisciplinar, compartilhado, com o envolvimento dos diversos sujeitos/atores em um movimento de co-gestão (CAMPOS, 2005; CUNHA e CAMPOS, 2011). É muito presente na fala dos apoiadores esse horizonte de uma gestão compartilhada na USF, mas também identificam muitas dificuldades nessa implementação, que subdividi em quatro questões principais: as indefinições na relação entre apoio e gerência, a pouca autonomia em nível local, as grande quantidade de demandas administrativas, e a dificuldade de lidar com grandes equipes.

“A gente tenta disparar um movimento de auto-gestão, esse lugar é de nós todos, então nós todos temos que gerir este lugar. (Ana, apoiadora)”

A indefinição do papel do apoio traz um peso grande sobre a função na visão dos apoiadores. No caso do Mudança de Vida, eles dividem esse papel de apoiador com outra unidade integrada com 3 equipes. Para apoiar a equipe no processo de co-gestão seria um desenho possível, mas para gerenciar duas unidades com um quantitativo grande de pessoas, e problemas operacionais é extremamente difícil. E eles são as pessoas que respondem ao distrito de saúde pelos problemas da unidade, e na nossa visão, são de fato os gerentes das unidades. Mesmo não estando formalizado pela gestão central como responsáveis pela unidade, os apoiadores também se reconhecem como lideranças formais do posto, reconhecidas pela secretaria.

“as lideranças formais somos nós, infelizmente. A gente que traz a linha de trabalho. A gente que traz o que eles tem que fazer. O que vem da secretaria.” (Ana - apoiadora).

Outra questão que dificulta esse apoio/gerência que é apontado pelos trabalhadores como aspecto negativo são as constantes trocas de apoiadores que leva a descontinuidade de alguns projetos e a uma ansiedade pelas mudanças, por outro lado a equipe faz um outro movimento de coesão e resistência diante dessas modificações enxergando que as propostas dos apoiadores são passageiras, como os apoiadores.

“Os apoiadores. Já passaram tantos, uns tem maior facilidade de conversar com a equipe, outros são mais fechados.” (Augusto, ACS)

Nesta visão do apoiador como coordenador e gerente, é predominante pela equipe a ideia de um gerente que fiscaliza e supervisiona. *“Eu não tenho o que dizer deles, estão aqui pra fazer o trabalho deles e eu estou aqui pra fazer o meu. Pra cumprir o que eles mandar em mas nem tudo, né?”*. Essa frase representa a visão da maioria da equipe de que estão para fiscalizar e para trazer as definições do Distrito e da Secretaria. Neste sentido o Apoiador se aproxima muito mais da racionalidade gerencial hegemônica do que de uma co-gestão. Uma parte dos entrevistados percebe que são pessoas que poderiam e que tentam estimular uma maior autonomia dos usuários mas que esbarram na própria lógica da secretaria. Em uma das entrevistas, surgiu a visão da necessidade do apoiador como uma liderança mais dialógica e criativa.

“a questão do apoio do coordenador, do diretor, é uma questão também que tem que ter inteligência para ir lidando com o povo, conduzir o povo numa conversa bem para que fique tranquilo, não se sinta pressionado para produzir e também ser criativo. E a criatividade é uma coisa que está em baixa no mercado hoje.” (Ferreira ACS)

Acreditamos que as lideranças são aspectos essenciais para a mudança cultural e para a aprendizagem organizacional são as lideranças. Para isso precisamos estimular o desenvolvimento dessas capacidades de liderança, mas também mudar estimular o trabalho criativo, e a autonomia as equipes de Saúde da Família. Rivera reforça a importância de uma liderança comunicativa em organizações, com uma aproximação teórica com a ação comunicativa de Habermas (2012). A liderança comunicativa é uma liderança distante da visão tradicional de supervisão e líder autoritário, e mais próxima dos processos interacionais da organização, capaz de incentivar a participação e mobilizar a equipe, com uma visão estratégica, questionando os modelos mentais, e promovendo uma renovação cultural, tendo um alicerce importante em uma boa comunicação (RIVERA, 2003; RAUPP, 2008).

A pouca autonomia da equipe para a tomada de decisão em nível local também foi identificado como uma questão importante pelos entrevistados. A equipe percebe uma relação de grande hierarquia na relação com a secretaria, e de uma autonomia muito pequena. Passa a sensação de que praticamente tudo precisa ser autorizado ou pelo distrito ou pelos níveis mais altos da gestão na secretaria. Algumas pessoas sentem dificuldade de criar e ter novas ideias porque passará por todo fluxo da secretaria para poder implementar. O interlocutor formal dessas demandas é o apoiador. Da mesma

forma, a equipe recebe muitas instruções e orientações de maneira vertical, e se sente com pouca participação nas decisões de seu trabalho.

“Muitas vezes as equipes tem algumas iniciativas, e eu não tenho autonomia de dizer: ‘a gente vai fazer’. Eu sou colocada no lugar de gestora, porém quando eu tenho que tomar uma decisão, eu tenho que consultar a secretaria, porque se essa autorização estiver lá em cima, a gente não tem como tocar, mesmo que não precise de recurso de material, de nada disso. Muitas vezes são coisas simples que a equipe quer, e eu não tenho autonomia de dizer: ‘vamos’, ‘ok, façam’. Eu sempre tenho que consultar se é permitido, e se não for permitido fica meio que o menino de recado.” (Ana, apoiadora)

Na fala de um dos apoiadores surgiu a dificuldade de comunicação e compreensão das decisões da gestão central e as diferentes formas do apoio atuar nas USFs. Além disso há uma crítica ao tratamento diferente dado aos trabalhadores nas diferentes USFs, chegando a ter mais liberação de folgas ou de flexibilizar turnos de trabalhos de alguns médicos, e em outras unidades ser mais dura. Outra questão que incomodou bastante um dos entrevistados foi o fato de que as decisões locais, como por exemplo, cortar o ponto de alguém que faltou, são negociadas com o distrito e diretamente com a secretaria e posteriormente desfeitas, desautorizando as decisões tomadas localmente. Outro entrevistado se queixou de apadrinhamento político da gestão central que pega leve com alguns trabalhadores que não cumprem suas atividades.

Os enfermeiros são reconhecidos pelos profissionais e apoiadores como principais lideranças informais da equipe, em parte por terem algumas funções administrativas e atribuições mais próximas da categoria profissional, como a gestão das auxiliares/técnicas de saúde, e uma responsabilização maior pela coordenação dos agentes de saúde. Uma das enfermeiras entrevistadas reconhece essa atribuição técnica, e acha que isso leva a uma concentração de trabalho na enfermeira, que poderia ser compartilhado, pelos outros profissionais. Os residentes são também reconhecidos por lideranças, são vistos em algumas falas como as pessoas que trazem ideias novas, propostas, e que querem qualificar o posto de saúde.

Na minha opinião se o enfermeiro quiser ele não faz, mas se o enfermeiro não quiser não tem quem faça. (Paulo, preceptor)

5.5 APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL: REUNIÕES DA EQUIPE E SOCIALIZAÇÕES

A Aprendizagem Organizacional vem ao longo do texto tendo pontos de encontro com a análise da cultura organizacional da equipe. A USF Mudança de Vida é uma

unidade de saúde recente, mas que já tem várias características construídas ao longo deste tempo. Vemos que a equipe tem uma preocupação em qualificar o atendimento da população e de se atualizar ao longo do tempo, o que já mostra uma certa pré-disposição a mudanças, mas por outro lado existe um sentimento de desvalorização do trabalho por parte da gestão, e uma sensação de excesso de trabalho que desanimam parte dos profissionais de saúde. Um dos aspectos importantes do trabalho em equipe que também é reproduzido nas USFs é a hierarquia e as relações de poder entre as categorias profissionais, que repercutem nas reuniões de equipe e em todo o processo de trabalho. Por exemplo, o enfermeiro é o responsável pela coordenação das atividades dos ACS, o que gera uma interdependência importante, assim como o médico, por ser um profissional em que o processo de trabalho ainda é centrado no modelo de atenção hegemônico focado na doença, e por ter uma carência de profissionais na rede também exercem influência e relações de poder às vezes mais claras ou invisíveis no processo de trabalho. Percebo aqui em João Pessoa, os espaços de diálogo na ESF muito mecanizados e verticalizados, sem uma real possibilidade de participação coletiva, o que acaba gerando uma sensação de apatia. Cabe aqui pensar, nas ferramentas de melhor aproveitamento desses momentos, e também de reconhecimento dos espaços informais de diálogo e de construção interdisciplinar. O trabalho em equipe as vezes é meio truncado, apesar de ter presente o discurso de uma valorização ao trabalho interdisciplinar. A minha impressão das entrevistas é que a maior parte das situações de conflito relatadas não foram em essência por disputa sobre os rumos do trabalho na unidade, ou sobre princípios do trabalho, mas sobre diferentes entendimentos operacionais das propostas, que transbordam em conflitos no dia-a-dia do trabalho. A equipe tenta melhorar seus momentos formais de conversa e discussão, que basicamente é reunião de equipe, a qual aprofundaremos a discussão neste capítulo. Vimos que a equipe tem lideranças (formais e informais) que tentam de certa forma estimular o trabalho e a aprendizagem em equipe, mas que tem uma lacuna na definição do papel dessas lideranças e de como desenvolver as competências gerenciais. Também não está explícito pela gestão qual o real papel do posto e a contribuição desses trabalhadores para o seu bom funcionamento.

Dois dos entrevistados abordaram em linhas gerais uma visão sobre Aprendizagem Organizacional a partir do referencial da Educação Permanente em Saúde. Para eles existe uma tentativa de gerar processos de aprendizagem mais contínuos, mas que enfrentam a participação ou mesmo a garantia de espaços qualificados para a Educação Permanente em Saúde. Acho que essa aproximação surgida no discurso entre Aprendizagem Organizacional e Educação Permanente em Saúde extremamente

adequada, já que educação permanente é aprendizagem no e pelo trabalho, e a partir de uma reflexão crítica sobre os problemas do seu território e na busca coletiva da superação dessas dificuldades (STROSCHEIN e ZOCHE, 2011). Uma visão que representa a maioria, identifica que cursos, treinamentos e capacitações são muito valorizados pela secretaria de saúde, segundo os entrevistados, mas na maioria das vezes esses espaços não representam as necessidades das pessoas: *“ninguém pergunta para a gente no que a gente quer ser capacitado”* (Mário, residente). No caso dos residentes, muitas capacitações são de temas que foram ou serão discutidos durante a residência. Os entrevistados valorizam mais os momentos de formação que ocorrem internamente como a pessoa como as discussões de temas e casos na equipe. *“bons os momentos de discutir casos complexos”* (Augusto ACS). A concepção de aprendizagem como práxis, inerente ao trabalho, e a partir dele, é um aspecto muito positivo para a equipe. É fundamental ter método, planejar, pensar de uma forma pedagógica e participava as reuniões, mas é igualmente importante reconhecer os espaços informais de aprendizagem como as conversas de corredor ou o cafezinho na copa, são espaços que inevitavelmente ocorrem na nossa prática e que sinalizam para a importância da construção de outros espaços mais leves e que formalmente sejam incorporados a práxis trabalho. Antonello (2011) reforça a capacidade coletiva de aprender, essa até mais importante do que um conteúdo específico a ser aprendido. É necessário reconhecermos a aprendizagem organizacional em toda a sua complexidade, envolvendo o autodesenvolvimento e a relação do indivíduo com o trabalho, mas que é indissociável da relação desses indivíduos entre si, e com espaços que possibilitem essa aprendizagem, considerando a autonomia e a responsabilidade (ANTONELLO, 2011).

As reuniões de equipe foram um dos temas que movimentaram muito as entrevistas. As reuniões de equipe na USF Mudança de Vida acontecem semanalmente nas sextas-feiras a tarde. Quinzenalmente acontecem as reuniões das 4 equipes e do PACS, intercaladas com as reuniões integradas. As reuniões integradas são grandes assembleias envolvendo as 4 equipes e o PACS, com quase 70 pessoas. Achei muito positivo que toda a equipe participa, incluindo os serviços gerais, vigilante, que em alguns lugares são vistos como pessoas a margem das equipes. A unidade é fechada para a reunião e não tem atendimento à população neste horário.

Em relação às reuniões integradas, a maioria das pessoas vê o espaço como necessário e importante para socializar informações, mas contraditoriamente classifica o espaço como chato, cansativo e improdutivo. Apenas duas pessoas referiram o espaço como construtivo. De maneira geral, as pessoas reclamam que têm pouca discussão,

apesar de acharem que existe um esforço para ter dinâmicas e metodologias participativas em algumas das reuniões integradas. A maior parte dos entrevistados não se sente à vontade para falar na reunião integrada, por timidez ou simplesmente não sabem explicar, alguns acham que tem a ver com as relações de poder entre os profissionais. Há também a visão de alguns profissionais que as pessoas se omitem porque não é importante: *“alguns não falam por vergonha, outros porque não se importam”* (Carlo, residente).

“Muito desgastante. Com todo mundo ou separadamente. Não acho que vai pra frente não. Vamos supor: você marca um planejamento agora. E a gente vai fazer uma ação. Não consegue material. Não sente o retorno da gestão. É uma dificuldade grande pra fazer isso. Se a gente não fizer com o pouco que a gente tem. A gente não sai. Eu não vejo muito efeito não. Às vezes a reunião da equipe isolada dá mais efeito. Acho que nem todos se sentem a vontade pra falar. Alguns falam, outros fecham os ouvidos. Não tem motivação. Com o tempo você fica saturado da reunião, sempre as mesmas ideias, e nada de novo. Sempre muito repetitivo.” (Olga, ACS)

Existe um planejamento mensal das reuniões, que partiu de um movimento de tentar mobilizar mais a equipe, criar comissões, envolver e responsabilizar mais as pessoas. Temos visões diferentes sobre esse movimento de programação de pautas, e sobre a coordenação da reunião. A maioria das pessoas achou interessante o movimento, alguns acharam que o apoio tenta se livrar da responsabilidade deles. Em relação à programação mensal a maioria dos trabalhadores entrevistados acha que engessa a reunião, pois impede ou dificulta a discussão de temas emergentes após a programação. Na visão dos apoiadores qualificou a reunião de equipe e, as pessoas se envolvem mais. A minha percepção é que a maioria dos trabalhadores reconhece que melhorou mas ainda está distante de ser uma reunião produtiva ou desejada por eles.

Nas equipes quando eu cheguei aqui, era só o apoio que conduzia as reuniões. Surgiu a reclamação de que estava virando o espaço chato, que só o apoio falava. E foi levantado o encaminhamento de que as reuniões teriam que ter comissões. Que seria os próprios profissionais. E tirava a comissão pra semana. E aí surgiram dinâmica. Eram divididos em algumas equipes, para levantar os questionamentos. (Adélia, apoiadora)

Já nas reuniões das equipes separadas a visão hegemônica é que os espaços são mais participativos e que as pessoas conseguem conversar melhor. Discutem casos, problemas do dia-a-dia. Novamente existem pessoas que preferiam não ter reuniões, que acha que o espaço não é aproveitado. Também tem a dificuldade que uma das reuniões

mensais é ocupada pela construção da VPI (vantagem pecuniária individual) que é uma avaliação de produção e desempenho da equipe, que representa uma parcela do salário deles. Como as pessoas não conseguem efetivamente conversar, ainda fica a sensação em parte dos entrevistados de que existe pouco tempo de reunião. Uma das equipes chegou a marcar um espaço extra quinzenal (na semana que tem apenas reunião integrada) para se reunir, e poder nesses espaços fazerem as suas pactuações e planejar discussão de casos e temas. Mesmo com as dificuldades relatadas, a reunião é vista como um momento de pactuação das mudanças no trabalho de equipe, e quando as questões não são bem pactuadas e debatidas, acontecem os ruídos nas reuniões. Uma minoria acha que o espaço é confortável para as pessoas se colocarem, e dar suas opiniões e que as pessoas efetivamente participam: *“as reuniões todo mundo se coloca, quem tem que discordar, discorda. Mas no final todo mundo se entende, seja por bem ou por mal”*. Entretanto, percebemos como sintomas dessa não participação, os ruídos decorrentes da não operacionalização de algumas propostas.

“Ela aceita aquilo ali, e aí na prática não muda, na prática tem o boicote pessoal. Na hora do grupo, como todo mundo diz, acho que tem uma aceitação boa porque os residentes estão trazendo, tem uma aceitação boa dos ACS, aí ela fala que aceita e na prática não implementa as mudanças. Na prática eu sinto um pouco disso. Então, na verdade, não tá tendo espaço para que ela se coloque” (Cora, residente)

Essas diferenças entre as reuniões em grande e pequeno grupo aparecem pela própria dificuldade de se trabalhar de forma participativa com um grupo tão grande como os da reunião integrada. Além de ter um grupo menor, as reuniões de equipe envolvem pessoas que tem mais interação de trabalho no seu dia-a-dia e que por isso desenvolveram esquemas de trabalhos próprios, e que também tem problemas singulares e que aprendem a resolver de formas também singulares. RAUPP (2008) discute um método de gerenciamento que contemple em seu processo uma construção compartilhada com momentos de reflexões individuais, discussões em pequenos grupos e em grande grupo. O gerenciamento das reuniões de equipe deve ter método, planejamento, mas também flexibilidade, estimulando a participação de todos, a criatividade, com respeito à fala e à opinião do outro, e dentro de um processo mais amplo de ação e formação (RAUPP, 2008). Em um estudo em uma unidade de saúde, vimos que a falta de tempo para as reuniões de equipe, as pautas extensas e a forma mais incisiva com que algumas pessoas se colocam dificulta a participação nas reuniões e a comunicação em equipe (SOARES; RAUPP, 2009).

Existe uma ideia de que não se consegue ver os resultados das reuniões pois a equipe precisa da autorização da gestão para colocar em prática as ideias. Na reunião das equipes nos pareceu que são temas que a equipe pequena tem maior flexibilidade em decidir. Um momento em grande grupo do cuidando o cuidador foi mencionado como um espaço saudável para equipe. De relaxar.

A equipe reconhece que o tempo para trocas, discussão sobre o trabalho é insuficiente, e essa necessidade de diálogo invade os espaços informais que se estabelecem como momentos de socialização da equipe. Essas conversas acontecem na copa, nos horários de almoço, e nos encontros entre os profissionais no final do dia: *“na cozinha se decide muita coisa”*. Os entrevistados relataram esses momentos importantes para a socialização e aprendizagem, desde a discussão de algum incidente crítico que ocorreu durante o trabalho ou a discussão entre profissionais sobre pacientes nos corredores. Entretanto, relatam que o tempo é sempre muito corrido e pequeno para esses momentos, e que às vezes a agenda cheia dificulta as conversas. Um dos agentes de saúde relatou também o próprio trabalho nas visitas domiciliares como um momento de aprendizagem.

“Aprendo quando a pessoa me diz que eu estou fazendo algo errado, e me explica de outra maneira” (Lu)

“Cada dia a gente vai aprendendo, vai ouvindo as histórias de vida de cada um e com o tempo a gente vai ensinando e aprendendo também.” (Ferreira ACS)

Alguns entrevistados destacaram que a relação com a UFPB e ser campo de prática para o internato, residência e de outros cursos da área da saúde, ajudam na troca entre trabalhadores e estimulam a estudar e ler coisas novas. Os residentes, por fazerem parte da equipe, e por estarem nas USFs diariamente, são pessoas mais próximas desse papel. Tem esse olhar dos profissionais de que é a pessoa que traz ideias novas, mas que também está presente no posto e na implementação das propostas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado de troca de experiências e saberes, e de interação entre os trabalhadores de saúde, uma organização que está sempre em contato com mudanças nas políticas de saúde, nas gestões municipais, e na relação com a comunidade. Temos estudos mostrando mudanças importantes na ampliação o acesso, e nas relações de a equipe e os usuários, mas ainda com limites importantes na superação do modelo hegemônico (SILVA *et al.*, 2013). No nosso estudo, percebemos uma situação que acreditamos se repetir em outras unidades e municípios que é de uma carga de trabalho muito grande, muita atualização externa, e poucos momentos para conversar e discutir sobre o trabalho e os rumos da equipe. Isso gera um tensionamento interno contínuo. Ao mesmo tempo, o único momento de conversa semanal, acaba envolvendo um grande número de trabalhadores e uma pauta interminável de discussão. Os desejos e necessidades de troca escorrem por entre a pauta e transformam-se em ruídos que ressoam das mais diversas formas nos corredores, e muitas das ações deliberadas esbarram em resistências e mecanismos de defesa. As aproximações das equipes de Saúde da Família (EqSF) com a universidade em unidades docente-assistenciais, acrescentam mais um ator nesse ambiente de produção do cuidado, e com a residência em Medicina de Família e Comunidade, uma inserção bem mais próxima e longitudinal, por um lado potencializando processos de mudanças e inovação, por outro mais um fator que gera ansiedade e abertura de novos projetos na equipe.

Os espaços de aprendizagem informais presentes no cotidiano do trabalho muitas vezes são cerceados seja pela tendência de isolamento das equipes, ou pelo ritmo intenso de atendimento nas unidades. No caso da USF Mudança de Vida, por ser uma unidade integrada existe uma adscrição de clientela de cada uma das equipes que funciona no mesmo espaço físico que é extremamente necessária, mas que não significa que precise haver uma separação nos processos de aprendizagem, principalmente pelas potencialidades de troca tanto entre pessoas do mesmo núcleo profissional, como também por existirem problemas comuns nas unidades integradas, quer seja em relação ao cuidado quanto em relação a organização dos problemas comuns das Unidades Integradas. Entendemos que a criação e o fortalecimento de espaços democráticos de

diálogo e participação entre os sujeitos/atores da Saúde da Família é essencial. No âmbito dos trabalhadores cabe reconhecer e considerar na agenda de trabalho os momentos que usualmente são vistos como informais como a discussão clínica entre os profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente, como também garantir espaços mais amplos de construção de Projetos Terapêuticos Singulares nos momentos de encontro da equipe (CUNHA, 2005) bem como diversificar as ofertas de aprendizagem e de Educação Permanente a partir das necessidades da equipe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, 2012). Acreditamos que a própria garantia de uma Clínica Ampliada produz resignificações do processo de trabalho a partir da clínica. Outrossim, precisamos garantir e potencializar os encontros da equipe, reconhecendo as necessidades de socializações em grandes grupos, mas também construindo e potencializando estratégias de participação e co-gestão rumo a uma maior autonomia, participação e responsabilidade dos trabalhadores (CAMPOS, 2005; RAUPP, 2008). Esse movimento de construção compartilhada deve ser feito internamente na equipe, mas também na relação com o ambiente externo, destacando as pactuações com os gestores, e principalmente a necessidade de construção de espaços de diálogo e de aprendizagem entre os trabalhadores e sua comunidade que contemple de uma forma comunicativa espaços de diálogo e aprendizagem, e que permeiem todo o processo de trabalho.

A equipe do Mudança de Vida é tem algumas características que refletem a própria construção da Saúde da Família no Brasil, de pessoas que se identificam de diferentes maneiras com o trabalho em saúde e mais especificamente na Atenção Primária à Saúde e que tentam criar estratégias e ações para a qualificação do seu trabalho individual e coletivamente, mas que esbarram em algumas dificuldades organizacionais e nos arranjos das diferentes opiniões da equipe. Acreditamos que para aprofundar um trabalho de equipe interdisciplinar e coletivo, é necessário uma liderança comunicativa, que consiga harmonizar essas diferenças em uma construção dialógica e estratégica (RAUPP, 2008; RIVERA, 2003). O Apoio Institucional em João Pessoa é um ator importante para qualificar essas estratégias de co-gestão, mas entendemos que é preciso de uma definição mais clara sobre a gerência e a coordenação da unidade, para conseguirmos uma maior autonomia e responsabilização no trabalho. A Unidade de Saúde tem algumas características culturais que podem potencializar o trabalho e a qualificação de práticas na Saúde da Família como a valorização do trabalho em equipe e da coletividade. Outra sugestão que temos é que a equipe possa ter espaços mais leves de discussão, explicitando os acordos éticos para uma boa comunicação em equipe (RAUPP, 2008), e considerando o diálogo e a discussão, com momentos de abertura ampla as mais

diversas opiniões e momentos de pactuações e consensos (SENGE, 2002), que possam ser revistos sempre que necessários.

Acreditamos que a indefinição do papel do Apoiador e da gerência da unidade de saúde, é uma das questões que devem ser discutidas e definidas pela gestão do município de João Pessoa. Na nossa opinião, é necessário resgatar a face assistencial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família preservando o apoio à gestão e ao planejamento, mas proporcionando uma maior autonomia e responsabilidade para as equipes de saúde, com uma real coordenação do processo trabalho pela própria equipe. Outra questão que temos expectativa do município é a de qualificação e manutenção dos recursos físicos das Unidades de Saúde e de sua ambiência, explorando ao máximo sua resolutividade e potencialidade. Por fim, fica ainda o desejo da despreciação dos vínculos trabalhistas na cidade, com a definição de um plano de carreiras e cargos, e a realização de concurso público.

Percebemos a necessidade de apontarmos para uma nova práxis em saúde, com autonomia e participação dos trabalhadores, rompendo com os organogramas hierarquizados e criando estruturas de diálogo na gestão e nos serviços de saúde (CAMPOS, 2005). Entretanto, a construção desses espaços requer um processo de amadurecimento dos modos de organização da gestão em saúde, descentralizando responsabilidades e fortalecendo a comunicação em equipe, e reverberando esse processo dialógico nos diversos processos de educação permanente. Compreender a cultura organizacional da equipe, entendendo as subculturas existentes, e compartilhando valores e ideias de futuro, é uma estratégia potente de transformação e mudança das práticas nas unidades de saúde. O conceito de cultura como mundo de vida compartilhado (RIVERA, 2003) reconhece a cultura como constituída a partir do agir comunicativo entre os profissionais envolvidos nos processos de trabalho, podendo ser analisada e mudada, para isso é fundamental reforçarmos bons espaços de comunicação entre os diversos sujeitos/atores da organização de saúde.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, FJB *et al.* **Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 25(3), 2012, 542-549.

ANTONELLO, Claudia Simone. **Aprendizagem nas Organizações: significado do trabalho e espaço organizacional.** IN: ANTONELLO, CS; GODOY, AS (Org.). **Aprendizagem Organizacional no Brasil.** Porto Alegre: ARTMED, 2011.

ANTONELLO, Claudia Simone; GODOY, Arlinda Schmidt. **Aprendizagem Organizacional e as Raízes de sua Polisssemia.** IN: ANTONELLO, CS; GODOY, AS (Org.). **Aprendizagem Organizacional no Brasil.** Porto Alegre: ARTMED, 2011.

ANTONELLO, Claudia Simone. **A metamorfose da aprendizagem organizacional: uma revisão crítica.** IN: RUAS, Roberto el al.(Org.). **APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E COMPETÊNCIAS: CONCEITOS E MÉTODOS.** Porto Alegre: ARTMED, 2005.

BARRETO, AJR *et al.* **Trabalho do Apoiador Matricial na Estratégia Saúde da Família.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 13(1), 2012, p.166-77.

BERNADES, A. *et al.* **Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 12(4), 2007, p. 861-870.

Bertussi, DC. **O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde / Débora Cristina Bertussi.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira. **Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil.** Revista APS, Juiz de Fora, 13(2), 2010, , p. 148-155.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Brigida Gimenez *et al.* **Percepção dos Médicos sobre o Curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde.** Revista Brasileira de Educação Médica. 35 (1), 2011, 132 – 141.

CAVALCANTE FILHO, J.B. *et al.* **Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado.** Revista Interface. 13(31), 2009, p.315-28.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.** Saúde e Sociedade. São Paulo, 20(4), 2011, p.961-970.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECCIM, Ricardo B; FEUERWERKER, Laura CM. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1), 2004, 41- 65.

CHU, Rebeca Alves; Wood Jr., Thomaz. **Cultura Organizacional brasileira pós-globalização: global ou local?**. Revista de Administração Pública — Rio de Janeiro 42(5), 2008, p. 969-91.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. **Resolução CNMR nº 02**, de 17 de Maio de 2006. CNRM / Ministério da Educação.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina**. Revista Brasileira de medicina de família e comunidade. Florianópolis, 6(19), 2011.

FELICIANO, KVO; KOVACS, MH; SARINHO, SW. **Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(8), 2011, 3373-3382.

FERREIRA, Ricardo Corrêa *et al.* **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1), 2011, p.1421-1428.

GODOI, Christiane Kleinubing; MATTOS, Pedro Lincoln CL. **Entrevista qualitativa: instrumento de pesquisa e evento dialógico**. IN: GODOI, Christiane Kleinubing et al. (Org.). Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

GODOY, Arilda Schmidt. **Estudo de Caso qualitativo**. IN: GODOI, Christiane Kleinubing et al. (Org.). Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

GOMES, Andreia Patrícia *et al.* **A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida**. Revista Brasileira de Educação Médica. 32 (1), 2008, p.105 – 111.

GONÇALVES, RJ et al. **Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano**. Revista Brasileira de Educação Médica 33 (3) : 393–403 ; 2009.

HABERMAS, J. **Teoria da Ação Comunicativa**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

JAIME JUNIOR, Pedro. **Um Texto, Múltiplas Interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional**. Revista de Administração de Empresas 42(4) out/nov/dez, 2002.

LACERDA, Daniel Pacheco. **Cultura Organizacional: sinergias e alergias entre Hofstede e Trompenaars**. Revista de Administração Pública — Rio de Janeiro 45(5), 2011, 1285-1301.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981

LEOPARDI, Maria Tereza. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2ª Ed. Florianópolis: 2002.

LIMA, Juliano de Carvalho; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica**. Revista Interface 13(31), 2009, p.329-42.

LOIOLA, Elisabeth; BASTOS, Antonio Virgilio Bittencourt. **A Produção Acadêmica sobre a Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Revista de Administração Contemporânea, 7(3), Jul./Set. 2003: 181-201.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde - a cartografia do trabalho vivo em ato**. 2a Edição. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11ª Ed. (revista e aprimorada). São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. 20ª Ed. Petrópolis: VOZES, 2002.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Interministerial nº 1.001**, de 22 de Outubro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. AMAQ (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MUZZIO, Henrique; COSTA, Francisco José. **Para além da homogeneidade cultural: a cultura organizacional na perspectiva subnacional**. Cadernos EBAPE.BR, 19(1), artigo 8. Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, Mirian; Freitas, Henrique. **Focus Group: instrumentalizando o seu planejamento**. IN: GODOI, Christiane Kleinubing et al. (Org.). Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Graal, 2012.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral.** Saúde e Sociedade. São Paulo, 21(supl.1), 2002, p.94-106.

PAIM, Jairnilson. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica.** Salvador: EDUFBA / Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2008 a.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008 b.

PASCHE, Dário Frederico. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(11), 2011, p.4541-4548.

PESSÔA, Luisa Regina et al. (Org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2011.

PIRES, José Calixto de Souza; MACÊDO, Kátia Barbosa. **Cultura Organizacional em Instituições Públicas Brasileiras.** Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro 40(1), 2006, p. 81-105.

OLIVERIA, Márcia Garndênia Monteiro; QUINTANEIRO, Tânia. **Karl Max.** IN: QUINTANEIRO et al. (ORG.). Um Toque de Clássicos. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

RAUPP, Barbara. **Sistematização de uma Metodologia Gerencial para Unidades de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde no Contexto de uma Pesquisa sobre a Cultura Organizacional.** Revista APS, 11(4), 2008, p. 421-434.

RIVERA, Francisco Uribe. **Análise Estratégica e Gestão pela Escuta.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ROSENSTOCK; KIV; SANTOS, SR; GUERRA, CS. **Motivação e Envolvimento com o Trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil.** Revista Baiana de Saúde Pública 35(3), 2011, p.591-603.

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; MENDONÇA, Claunara Schilling; LERMEN JUNIOR, Nulvio. **A Atenção Primária à Saúde no Brasil.** IN: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, KT et al. **Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?** Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1), 2011, p. 1023-1028.

SANTOS, Nelson Rodrigues. **Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 35(90), 2011, p. 356-365.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa *et al.* **A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde.** Revista Interface 13(supl.1), 2009, p.603-13.

SCHEIN, Edgar H. **Cultura Organizacional e Liderança.** São Paulo: Atlas, 2009.

SENGE, Peter M. **A Quinta Disciplina**. 22 Ed. Rio de Janeiro: BestSeller, 2006.

SILVA, ACMA et al. **A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil**. Saúde e Sociedade. São Paulo, 19(1), 2010, p.159-169.

SILVA, Livia Angeli *et al.* **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1), 2013, p. 221-232.

SOARES, Ricardo de Sousa; RAUPP, Barbara. **Gestão Compartilhada: análises e reflexões sobre o processo de implementação em uma unidade de atenção primária à saúde do SUS**. Revista APS, 12(4), 2009, p. 436-447.

SOARES, Ricardo de Sousa. **Tapioca e Chimarrão**. In: MANO, Maria Amélia; PRADO, Enande Valentin. Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: Edufscar, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

STROSCHEIN, Karina Amadori; ZOCHE, Denise Antunes Azambuja. **Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil**. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, 9(3), 2012, p. 505-519.

TAVEIRA, Z.Z.; DE SOUZA, R.A; MACHADO, M.H. **Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 47, 2012, p. 102-110.

TRAD, LAB; ROCHA, AARM. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3),2011, p. 1969-1980.

VASCONCELOS, FGA; ZANIBONI, MRG. **Dificuldades do trabalho médico no PSF**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1), 2011, p. 1494-1504.

VICTORA, CG et al. **Maternal and Child Health in Brazil: progress and challenges**. The Lancet, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4. Publishesd online May 9, 2011.

ZAGO, C. C. **Cultura Organizacional: dimensões estruturais e aspectos dinâmicos**. Informação & Sociedade: Estudos., João Pessoa, 15(2), 2005, p. 63-93.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Aprendizagem e Cultura Organizacional na Saúde da Família e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Ricardo de Sousa Soares professor da Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos do estudo é analisar e refletir sobre a Aprendizagem e Cultura Organizacional na Saúde da Família, discutindo suas contradições e possibilidades nos processos de Aprendizagem. Tendo como objetivos específicos analisar e refletir sobre a cultura organizacional na saúde da família; conhecer os processos de aprendizagem da equipe de saúde, relatar o processo histórico de consolidação da Residência de Medicina de Família e Comunidade, compreender os fatores que potencializam / dificultam a aprendizagem nesta unidade.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o trabalho em equipes de saúde da família, e para uma melhor aprendizagem possibilidade de qualificação da saúde da família.

Solicitamos a sua colaboração para entrevista, grupo focal e observação como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica (se for o caso). Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Ricardo de Sousa Soares, Departamento de Promoção à Saúde / CCM / UFPB.

Telefone: (83) 3216-7242. Celular (83) 8160-6327

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I

Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – CEP 58051-900 - João Pessoa - PB - Fone: (83) 3216-7791

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Questões a serem visualizadas

- Há quanto tempo trabalha na Equipe? O Que faz?
 - O que lhe motiva/estimula no trabalho? O que motiva a fazer a residência em MFC?
 - O que teria desejo de mudar no trabalho?
 - Que questões considera imutável no trabalho?
 - Quais são os aspectos positivos que você observa no trabalho? **E os negativos?**
 - Na sua opinião, quais os princípios, ideias e valores que são mais marcantes no trabalho?
 - Quais os momentos que você se percebe valorizado ou desvalorizado enquanto trabalhador?
 - Como é a relação com a gestão? E com o apoiador institucional? (apoiador é mais próximo da equipe ou da gestão?)
 - Como é a relação com a comunidade?
-
- Como é a relação entre a equipe?
 - Como é a relação entre as outras equipes que dividem o mesmo ambiente de trabalho (no caso das integradas)?
 - Como você percebe o trabalho em equipe?
 - Como você percebe a coordenação da unidade de saúde? (autoritário)
 - Como as pessoas reagem aos momentos de maior estresse ou conflito?
 - Quais as mudanças no trabalho você percebe neste último ano? Que projetos deram certo ou errado (e foram continuados/descontinuados)?
-
- Como foi criada esta unidade de saúde?
 - Qual sua opinião sobre a reunião de equipe?
 - A reunião de equipe acontece periodicamente? Acha produtiva? São planejadas?
 - Você se sente a vontade para expressar suas opiniões? Você acredita que os outros integrantes da equipe também se sentem a vontade para expressar suas ideias?
 - Você percebe diferenças (hierarquia e relação de poder) entre os integrantes da equipe?
 - Quais são as lideranças (formais e informais) que você percebe no trabalho?
 - Você participa das decisões importantes para a equipe?
 - Que outros espaços além da reunião de equipe, você percebe como importante para a socialização entre os membros da equipe?
 - Você acha que há uma valorização para capacitação, educação permanente?
 - Quais os processos de aprendizagem mais significativos no seu trabalho?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

Questões a serem abordadas
- Há quanto tempo trabalha na Equipe? O Que faz? - Quais são os aspectos positivos que você observa no trabalho? Quais os aspectos que acha interessante mudar no trabalho? Como você percebe a valorização do trabalho? - Na sua opinião, quais os princípios, ideias e valores que são mais marcantes no trabalho seu trabalho? - Como é a relação com a gestão? E com o apoiador institucional? (apoiador é mais próximo da equipe ou da gestão?) - Como é a relação com a comunidade?
- Como é a relação entre as outras equipes que dividem o mesmo ambiente de trabalho (no caso das integradas)? - Como você percebe a coordenação da unidade de saúde? - Como as pessoas reagem aos momentos de maior estresse ou conflito?
- Qual sua opinião sobre a reunião de equipe? Acontece periodicamente? Acha produtiva? - Você se sente a vontade para expressar suas opiniões? Você acredita que os outros integrantes da equipe também se sentem a vontade para expressar suas ideias? - Você percebe diferenças (hierarquia e relação de poder) entre os integrantes da equipe? - Quais são as lideranças (formais e informais) que você percebe no trabalho? - Que outros espaços além da reunião de equipe, você percebe como importante para a socialização entre os membros da equipe? - Você participa das decisões importantes para a equipe? - Você acha que há uma valorização para capacitação, educação permanente? - Quais os processos de aprendizagem mais significativos no seu trabalho?

APÊNDICE E - POESIAS EM PROCESSO

I

Vejo-me preso a minha própria sinceridade
calada, faz-me ouvir o vazio de mim mesmo
é difícil mudar, é difícil partir, é difícil sorrir
quando tudo em volta são cinzas e não percebemos
a indefesa mão que afaga nossos corações

mas ainda sim, e não sei porque vivo
respiro, ignoro, arriscando-me a pensar
aquela sutileza lá de traz que não me apraz
e não me faz emergir dos meus dilemas
mas de repente vejo, que as minhas urgências
são nada mais do que a expressão vil do meu desejo
E torna consistente e forte a minha ânsia e sofrimento
Então como posso me culpar demasiadamente sonhar
Como posso não sofrer por não ser capaz
E principalmente, como posso ser egoísta o bastante
para querer, inutilmente, que todos (ou muitos)
sonhem, comigo, meus sonhos

Mas, mais irônica do que a dor é a alegria
Que se regozija do sofrimento de vocês
E ao se enxergar na tristeza de teus olhos, sorri
Pois se dividimos a dor, dividimos também os sonhos
E se sonhamos que podemos mudar é porque somos iguais
E que venham a azia e os enfrentamentos
Mas que não se esqueçam de me deixar
O mais breve suor e a ternura de tuas lágrimas

II

Todos em roda, estudo e lida se encaram

confusões cotidianas comentadas a mesa
nas degustações diárias de todo trabalhador
um colega que chora, outro grita, e outros tantos sofrem
sutil é o recado não falado e fútil minha ignorância
cruel é minha acomodação paulatina, a dificuldade
de sonhar, de mudar e de escrever poemas

III

O ritmo da pesquisa vai como no mar...
E as vezes é como vai a vida...
E as vezes é como vai o trabalho...
E as vezes simplesmente não vai, dorme
E as vezes penso que era pra ser exatamente assim

Fronteiras que se cruzam cotidianamente não existem
inevitável a inseparabilidade das diversas faces
Assim como é insustentável não olhar pra si mesmo
e reconhecer limites, desgastes e horizontes
é realmente preciso dormir, tanto quanto é preciso
no seu outro sentido, navegar e planejar, flexivelmente

sono acaba sendo um refúgio da alma, e a arma do cansaço
E enquanto durmo do mestrado, acordo pra corrigir provas, preparar avaliações
E se durmo pra docência, acordo porque hoje é dia de plantão
de conversar, refletir, estudar aceleradamente, e quando durmo médico acordo
na Residência, nas alegrias e tristezas dos que tem a vida inteira pela frente
Mas incrivelmente sempre parece, que precisamos resolver tudo hoje

Davi

peguei-o no colo e joguei
pra cima
semblante que ressoa
sorriso
quando abri a porta, faz manha
chora
volto para mais um segundo de amor
uma visita a eternidade

Escrita em processo

Difícil é reproduzir ideias em palavras
derramam e se espalham pelo corpo
sentimentos
vencer essa imperfeição amorfa
e achar, aos poucos um lugar entre letras, palavras e transitar nas teias
das significações de tantos outros corações
é como um mergulho profundo e sem fim
é labuta, é esforço, é concentração
é grito preso no peito
indignação
E mesmo querendo dormir
mas um pouco
já sinto a necessidade ignóbil do acordar

Mudar é acreditar, diária
e intensamente, nas menores
e mais
fugazes transformações

Transfiguração

Num instante a calma que me veste lança suas pétalas
Nu, resta melancolia, raiva e outros destroços perdidos
o barulho das folhas que me traz de volta no tempo
E que me arranca um sorriso triste quando percebo
ousadia e felicidade de braços dados, arrastando-me
Ao mesmo lugar de onde eu nunca saí

A ignorância

Atrás de teus olhos
verdes vejo, verdade e vulnerabilidades
o traço firme e tortuoso nas modelagens
de tua face, sincero sentimento de carinho

Repousas no gosto de uma tranquilidade
dos que amam, carregas a coragem certa
dos que sofrem, despedaças aos tremores e
em ternura, traduz-se a subversão
da vida, estrangulada espera
indiferença

15 de outubro de 2012

Envelhecimento e Lucidez

Levemente imperceptível
cansaço
vagarosamente em cadência
vem produzindo dias e histórias sem-fim

do pensar cotidiano as vezes sempre forçoso
do não parar nunca de se movimentar, mas sensação
de sempre inerte desabor
nas idas e vindas do não-ser
Mais uma visita, de labuta e sofrimento

Mas a surpresa surge do acaso
e é indigna de pré-sentimentos e definições

Nos seus 105 anos se depara com confusões
num outro mundo, desconhecida vida
Mas antes de embarcar para o próximo
distribui anônimos sopros de vida

De cada tijolo que pregou que leva a pensar os outros
que seu calmo caminhar precede perigo
Um excesso ocasional provocando preces fugidias
paciência pretensa, austera alucinações

O caminhar é na verdade manter-se em movimento
o excesso, deleite; confusão é realidade
E o remédio, qual seria?
Neste caso a ausência e libertação

renascimento

Aos poucos, às vezes, aos prantos
vida
suga-nos corpo, mente, alma
é como se o trabalho ultrapassasse as barreiras físicas
e chegasse a todos os lugares
basta uma rede sem fio, ou uma cabeça a fio, sem descanso
e vira um acordar, almoçar, caminhar,
uma invasão do mais protegido de nossos corações
os nossos sonhos

E é mais difícil ainda uma dissociação
se trabalhamos pra alcançar sonhos, e se vivemos pra sonhar
o sustento em busca de sustentabilidade
é uma corrida em busca do próprio reflexo cada vez mais distante
é angústia, é sofrimento, e também esperar
meio confuso, meio amargo, meio embaçado o horizonte
debruçado nas janelas do infinito

De repente uma nuvem salta da minha tela e aquece meu espírito
são conversas de vida, de sonhos e de esperanças
chegadas e desencontros, partidas que
de uma parte que vai muito fica, e de muitos que ficam multiplicam-se
várias partes, miscigenações, mosaicos, mulatos
é do pouco que sobrou, há ainda muito pra mudar
novos rostos, novos sonhos, novos lares
não consegui escrever um e-mail de boas-vindas
apenas o desejo de boa vida deformado em poesia

poema % puro

podem me ch@mar de ingênuo

mas ainda acred!to que as pessoas ?odem ser-mais: feliz.cidade

Passarinho

Vinicius veio com a bossa
nova e vestia o velho terno
combinações

Carlos carcomeu a medida da forma
advogou o ardor rígido do criar

nossas mais belas liberdades, nossas mais novas gaiolas

27 de Abril de 2013