

# A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo

*The interaction between the evaluation and the work of Community Health Workers: subsidies for thinking about the educational work*

Angélica Ferreira Fonseca<sup>1</sup>, Maria Helena Magalhães de Mendonça<sup>2</sup>

**RESUMO** O estudo discute os efeitos produzidos pelas práticas de avaliação em saúde sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Assumimos a avaliação como uma tecnologia de gestão que atua na construção de realidades ao estabelecer valor sobre as ações. Metodologia: adotamos os referenciais da etnografia. No campo, realizado em uma clínica da família do Rio de Janeiro, aliamos o exame de documentos, observação e entrevistas. Os resultados indicam que a coesão exercida entre as diretrizes da política de Atenção Básica, as prioridades com base em indicadores quantitativos e as práticas na unidade têm potencializado uma ação centrada no controle de doenças. Quanto ao trabalho do ACS, configura-se uma perspectiva simplificadora da educação em saúde. Essa vertente se fortalece pela gestão por metas e pela avaliação restrita ao monitoramento, que contribui de forma limitada para enfrentar os desafios do trabalho educativo.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Educação em saúde.

**ABSTRACT** *The study discusses the effects produced by the health evaluation practices on the Community Health Worker's CHW's action. We take the assessment as a management technology that works on the construction of realities by establish value on the actions. Methodology: we adopted the ethnography benchmarks. In the field, conducted at a family clinic in Rio de Janeiro, we combined the examination of documents with participant observation and interviews. Our analysis allows us to point out that the cohesion produced by the primary health care policy, the priorities set based on quantitative indicators, and the practices carried out at the health unit have potentiated actions focused on disease control. With regard to the work of the CHAs, its process is configured under a simplifying view of health education. Such slope is strengthened by a management approach that is based on goals and by evaluation limited to monitoring, which has a limited contribution to facing the challenges of educational work.*

**KEYWORDS** *Health evaluation; Community Health Workers; Health education.*

<sup>1</sup>Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora – pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [afonseca@fiocruz.br](mailto:afonseca@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [mhelenam@ensp.fiocruz.br](mailto:mhelenam@ensp.fiocruz.br)

## Introdução

Desde a década de 1980, quando a avaliação passou a ser intensamente fomentada na administração pública como um componente do gerencialismo difundido nas reformas de Estado, ela tem sido assumida como uma das tecnologias de gestão com maior capacidade de apoiar decisões racionais e de apresentar as melhores soluções para corrigir problemas relativos à implementação de políticas, programas e processos cotidianos. Atualmente, do plano mais ascendente da formulação de políticas até o mais singular dos serviços, difundem-se as práticas de avaliação, sendo possível afirmar a existência de uma cultura avaliativa. Entretanto, a perspectiva que prevalece é a de que a avaliação oferece o melhor modo de conhecer objetivamente a realidade, sem se problematizar o fato de que, ao estabelecer critérios, indicadores e métodos, valorizam-se determinadas ações e modos de agir em detrimento de outros, gerando efeitos imprevistos, nem sempre favoráveis a todas as dimensões implicadas em nossos objetivos.

No contexto brasileiro de consolidação da Atenção Básica (AB), tanto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, quanto na PNAB de 2011 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011), a avaliação está incluída entre as responsabilidades de todas as esferas de governo. Ao tratar do processo de trabalho das equipes, ambas as políticas destacam a avaliação como uma atribuição de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que aponta para o deslocamento da avaliação dos gabinetes dos planejadores para o cotidiano dos trabalhadores da saúde.

Nesse percurso da interação entre as políticas de fortalecimento da AB e a avaliação, algumas estratégias merecem ser ressaltadas por terem alcançado as estruturas de gestão descentralizadas, inclusive os serviços de saúde. A primeira é o Projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde

em Monitoramento e Avaliação, que busca “construir a viabilidade para a estruturação, na instância gestora estadual, da capacidade técnica em avaliação, dando passos firmes no caminho da institucionalização” (BRASIL, 2005A, P.15). Posteriormente, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, ESF/AMQ (BRASIL, 2005B), e o Programa Nacional de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMAQ-AB (BRASIL, 2012), intensificaram essas práticas na AB e promoveram sua institucionalização.

Como elemento de intervenção sobre realidades específicas, a avaliação interage com os contextos históricos concretos, nos quais poderes e saberes estão em disputa, e assim, algumas formas de avaliar vão se estabelecendo com maior notoriedade. Em nosso estudo, nos interessa refletir sobre efeitos das práticas hegemônicas de avaliação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Essa escolha se dá pelo lugar de relativa importância atribuída ao ACS na ESF, aliado ao fato desse trabalhador ter seu perfil profissional, sua atuação e sua formação com alto grau de indefinição, tornando a sua prática profissional profundamente suscetível às influências das tecnologias de gestão.

## Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, apoiado diretamente nos referenciais da etnografia. Para Minayo (2010), a pesquisa qualitativa tem como intento a

compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, P.23).

Seguido a orientação de Geertz (1989), a etnografia deve proporcionar a elaboração de

uma ‘descrição densa’, capaz de trazer alguma luz sobre as ações sociais e suas articulações culturais, entendendo que tanto cultura quanto significados são constituídos na esfera pública. A vinculação que se estabelece entre a análise etnográfica, a ‘imersão’ no cotidiano dos sujeitos de pesquisa e o sentido do trabalho de campo torna a observação um requisito da pesquisa. Contudo, é o modo como a etnografia situa os processos de intersubjetividade — como constitutivos da construção de conhecimento — que torna o ‘participante’ uma decorrência necessária da observação. Em outras palavras, não existe encontro entre sujeitos (pesquisador e sujeitos do universo pesquisado) que possibilite um isolamento pleno.

Tendo em vista nosso interesse em analisar a relação entre a avaliação, supervisão e o trabalho do ACS, foram definidos os seguintes critérios para seleção do *locus* do estudo: índice de cobertura da unidade acima de 70% da população de referência da área; adesão, ainda que parcial, à AMQ ou à PMAQ-AB, como indicativo de sensibilização às práticas de avaliação em saúde; dispor de mais de uma equipe da Saúde da Família em atividade, vinculada à unidade, possibilitando que possamos diferenciar as situações de exceção e as mais regularmente vivenciadas no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes; as equipes terem um tempo de atividade nas comunidades superior a um ano, possibilitando a superação do momento inicial de organização do trabalho.

Assim, em 2012, acompanhamos por dois meses o cotidiano de trabalho dos ACS de uma Clínica da Família (CF) da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. A definição dos sujeitos da pesquisa teve como orientação geral considerar que os grupos sociais definidos estão envolvidos com uma realidade empírica que os conecte ao objeto de estudo, que em nossa pesquisa relacionam-se ao exercício da profissão do agente comunitário de saúde e a cargos e papéis desempenhados na ESF que reconhecemos

ter capacidade de interferir na relação trabalho–avaliação–supervisão.

No plano da gestão, consideramos importante entrevistar a gestora da CF, a coordenação da área programática na qual a CF se situa, o Subsecretário de Atenção Básica do município e o gestor da Organização Social de Saúde com a qual foi firmado o contrato de gestão das unidades de saúde dessa área programática. Entre os profissionais da clínica, foram entrevistados: supervisores — um por equipe, quatro ao todo. Em relação aos ACS, do universo de 24 ACS da unidade, optamos por entrevistar e acompanhar as atividades de dois de cada uma das quatro equipes, ou seja, oito ACS. Uma ACS que trabalhava havia menos de um ano nos procurou solicitando sua inclusão na pesquisa, que foi aceita, elevando para nove o número de entrevistas de ACS.

Em relação aos documentos analisados, destacamos: Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (SMSDC, 2011); o contrato de gestão estabelecido entre a Secretaria Municipal de Saúde, Defesa Civil- RJ e a Organização Social de Saúde; os formulários do Vitacare®, sistema de informação que fornece fichas para os registros de atividades (em consonância com o SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica) e a partir do qual são emitidos os relatórios que têm por base os indicadores de avaliação definidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

Os objetivos específicos que orientaram o estudo apontam para: a) a elaboração de compreensões sobre a inserção do monitoramento/avaliação no fluxo do trabalho na ESF; b) as estratégias adotadas para sua operacionalização e aceitação no locus do estudo; c) suas repercussões sobre o delineamento do perfil de atuação e o cotidiano dos ACS, com particular atenção sobre o seu trabalho educativo. A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde e aprovada no Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da instituição proponente e no CEP da SMSDC-RJ.

## Resultados e discussão

### A avaliação no fluxo de trabalho na clínica da família

A partir de 2009, foi posto em curso pela SMSDC do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) um processo denominado Reforma da Atenção Primária. Do ponto de vista da gestão, adotou-se o modelo de Organização Social da Saúde (OSS), que significou a terceirização da gerência das unidades por entidades privadas não lucrativas. A contratação é mediada por um contrato de gestão que estabelece as metas a serem alcançadas. Dentre as estratégias de gestão recentemente incorporadas está o pagamento por desempenho (*performance*), que estabelece incentivos financeiros relativamente ao alcance de metas do contrato. Esse sumário do contexto marca a sinergia estabelecida no plano da gestão entre avaliação e reformas, auxiliando no entendimento da fala de um dos gestores entrevistados. Segundo ele:

*Pra gente a avaliação é fundamental, pois não dá pra fazer uma mudança de rumo, como essa que a gente está fazendo sem saber pra onde está indo. (...) No pacto de metas da secretaria com a casa civil, tem dois indicadores: mortalidade materna e mortalidade infantil e tem os indicadores que a gente monitora em cada um dos nossos programas. Por exemplo, tem meta de redução de sífilis congênita que desdobra uma série de indicadores para as equipes, lá na ponta. (Gestor)*

O contexto e a fala do gestor apontam para uma adesão aos preceitos da reforma posta em curso na saúde, dentre os quais se destacam: a flexibilidade gerencial e a separação entre financiamento e provisão, representada pela entrada das OSS com as novas formas de

gestão financeira e do trabalho; o investimento em tecnologias de informação; o foco em resultados e não nas atividades; a avaliação do desempenho e a introdução de elementos de competição (ALMEIDA, 1999; VIANA; DAL POZ, 1998).

Em nossas observações e entrevistas percebemos um desconforto particular com a intermediação das OSS na contratação dos trabalhadores. Para a enfermeira Luiza, esse conjunto de características da gestão na APS confere uma face privada ao serviço.

*O profissional não organiza o seu trabalho de uma forma que ele ache melhor para a qualidade e sim para cumprir as metas. No local tal [outro lugar de trabalho] se eu precisasse fazer uma consulta de uma hora e meia, eu fazia. Aqui não, é impossível. Para bater algumas metas, ou chegar perto, a gente tem que fazer consulta coletiva. Isto é funcionar como serviço privado. orientação do trabalho por meta que às vezes são inatingíveis, contrato por CLT e gestão por OS, pra mim faz com que no geral funcione como setor privado. (Luiza, enfermeira)*

A partir desses comentários sobre a OSS, efetivamente é de nosso interesse registrar que nem todas as determinações politicamente definidas, quando operacionalizadas, encontram, no cotidiano pouca resistência por parte dos profissionais. A questão do monitoramento das metas de realização de Visita Domiciliar (VD) encontra entre os ACS uma acomodação maior. As críticas são quanto à inflexibilidade em torno das metas diante de ocorrências inesperadas ou mesmo de arranjos institucionais, como concentração de carga horária em alguns dias, criando o *day off* do ACS.

*Os indicadores, os acompanhamentos, isso eu acho até legal eles cobrem porque realmente é o nosso trabalho, porque senão, não funciona a estratégia, porque a gente trabalha com prevenção, então eles sempre pedem o acompanhamento das gestantes, das crianças, dos hipertensos, diabéticos, dos acamados, isso é*

*sempre pauta de reunião, e a meta de 144 VD. (Rafael, ACS).*

Parece-nos que os ACS inscrevem o controle do trabalho vis-à-vis o cumprimento de metas em uma lógica aceitável de gestão do trabalho. Ainda que não seja possível elucidar completamente os motivos dessa aceitação, achamos razoável pensar sobre uma associação com o perfil social desses trabalhadores, cuja falta de formação específica tende a não possibilitar uma inserção laboral com grau mais elevado de autonomia, o que não se dá do mesmo modo com profissionais de nível superior. Outro fator a ser considerado, refere-se ao grau de transparência que esse tipo de avaliação/controle contém. Nesse ponto, apresenta-se uma situação inversa da que Fonseca *et al.* (2012) identificaram em pesquisa anterior, na qual a opacidade dos critérios de avaliação contribui para exacerbar o aspecto menos democrático da avaliação do trabalho dos ACS. Pela fala da enfermeira Luiza, essa aceitação não tem unanimidade e a crítica formulada por essa profissional também se constitui por comparação com outras experiências de trabalho em serviços de saúde.

Os ACS da CF tiveram seu ingresso na Saúde da Família já nesse modelo. Há um nível elevado de reconhecimento do valor da Estratégia Saúde da Família (ESF), portanto eles se sentem parte de um projeto institucional que mobiliza um compromisso autêntico. Destacamos algumas falas feitas nas entrevistas sobre a proposta da ESF:

*Muito boa, muito boa mesmo, eu acho que ainda está cedo para se falar em resultados, mas eu acho que se continuar e claro, vamos dizer assim, pensando um bocadinho mais em investimento humano, eu acho que daqui uns quatro ou cinco anos a população inclusive vai estar entendendo bem essa estratégia. (Castanha, ACS).*

Algumas características do monitoramento de resultados/metapas pactuadas na CF

merecem ser sublinhadas: a) por ser intrínseco ao modelo de gerenciamento por OSS, atinge todos os trabalhadores e não apenas os ACS; b) não incide sobre este trabalhador de modo mais intenso do que sobre outros trabalhadores da ESF, tais como enfermeiros e técnicos de enfermagem; c) associa-se explicitamente com as prioridades que, como vimos anteriormente, são informalmente validadas pelos ACS; d) elementos que organizam o trabalho, com destaque para o prontuário eletrônico, estão igualmente sintonizados com a produção de informação, nessa perspectiva. Acreditamos que, de modo articulado, essas características contribuem para gerar um consentimento a essa prática, possibilitando que o monitoramento não seja vivenciado pelos ACS como uma penosidade. Linhart (2011) faz uma análise sobre a construção das penosidades, as quais se refere como

dificuldades com as quais os trabalhadores não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão (...) são penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firam sua identidade profissional ou sua autoimagem. (LINHART, 2011, P. 150).

Identificamos que, na CF, a atividade gerencial de monitorar adquiriu um nível de coesão entre a finalidade explícita do trabalho e as estratégias adotadas, favorecida por sua inserção no fluxo de trabalho, tornando-se uma atividade amplamente vivenciada e, também, uma fonte de temas para discussão nas reuniões.

### **Pagamento por performance**

Os esquemas de pagamento por *performance*/desempenho têm sido crescentemente adotados em sistemas de saúde de vários países do mundo (Reino Unido, Portugal, Alemanha, por exemplo). Trata-se de modelos que pretendem aumentar a qualidade dos serviços prestados, a partir da adoção de

incentivos financeiros, ou redução de recursos, tendo em vista o alcance de metas definidas (DE BRUIN ET AL, 2011; BEVAN; HOOD, 2006). Esses sistemas não equivalem a modelos de avaliação, todavia se amparam nas práticas avaliativas, sobretudo nas de monitoramento. O objetivo final é reverberar sobre o trabalho, quer seja sobre as atividades gerenciais, quer seja sobre aquelas diretamente realizadas pelos profissionais de saúde. A racionalidade que o sustenta é de que a recompensa ou punição pode promover a adesão às boas práticas levando ao incremento da qualidade (DE BRUIN ET AL, 2011; MELO; SOUZA, 2011).

Sua inserção entre as estratégias de gestão das políticas públicas tem como referência a associação entre as medidas de performance e a gestão por metas, uma diretriz que ganhou força a partir da reformas da década de 1990. Na saúde, há também uma forte vertente que associa esses modelos ao manejo de doenças ou condições que dispõem de uma organização por programas de saúde. Bevan e Hood (2006), ao abordar o contexto do Reino Unido, registram que houve uma época em que as metas e performances eram mantidas em sigilo. Desde que os dados se tornaram públicos, esses modelos adotam recompensas e sanções que incluem os efeitos sobre a reputação dos gerentes (*vergonha ou glória – shame or glory*), a renovação ou não do contrato dos gerentes, alocação de recursos favorecendo os melhores (*best to best*) e conquista de autonomia em relação às supervisões e inspeções.

No município do Rio de Janeiro, o sistema vem sendo implantado na APS desde 2011, mas, no momento do levantamento de dados dessa pesquisa, nenhuma equipe da ESF da área havia recebido incentivos financeiros em virtude da aplicação desse modelo. Nos documentos da política municipal de APS os argumentos a favor do pagamento por desempenho reiteram o que está posto na discussão internacional sobre a indução de boas práticas e a melhora da qualidade e acrescenta a perspectiva de fortalecimento do monitoramento.

Em termos gerais, a proposta da SMSDC para a APS, compreende a distinção de três tipos de incentivos, de acordo com os objetivos e o grupo ao qual se destina. Os tipos são chamados de variável I, variável II e variável III, em uma referência indireta a parte variável de financiamento da AB (Pab variável) que, de uma forma diferente, também busca induzir a adoção de políticas e práticas a partir do financiamento. A variável I destina-se à OSS; a variável II às unidades de saúde e a variável III, às equipes. Esse componente do financiamento faz parte do contrato de gestão da SMSDC com a OSS; os recursos têm origem no Estado, mas o gerenciamento e repasse são efetivados pela OSS, o que faz com que trabalhadores não o identifiquem como um recurso público. Algumas características desse sistema que achamos pertinentes destacar estão sumarizadas no *quadro 1*.

Todos os indicadores são gerados a partir do prontuário eletrônico, sistema de informação nuclear nas CF. Nesse processo, indiscutivelmente, o próprio sistema tem um poder, pois é a partir de seus relatórios que se constrói o primeiro, gerencialmente falando, mais importante relato sobre o trabalho na clínica. Insistimos na ideia de que essa é uma forma de abordar o trabalho, pois é igualmente relevante tratar do aspecto reducionista do sistema. Nesse sentido, cabe destacar que embora o sistema possa (e o faz) requerer informações para sumarizar um dado, ao final ele o expressa de modo binário (sim ou não). Assim, o prontuário pode demandar informações sobre todas as vacinas de uma criança, mas ao final, o propósito é condensá-las e informar se o calendário está ou não completo.

A quantificação de informações pré-determinadas é o eixo operacional desse processo de monitoramento. É possível extrair relatórios que contenham indicativos para uma abordagem mais complexa das situações monitoradas, entretanto, na atual dinâmica dos serviços, sua análise e discussão pelas equipes ainda parece improvável. Nesse sentido, o peso atribuído às informações decorrentes do

Quadro 1. Características do sistema de pagamento por performance adotado pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, para as suas unidades de Atenção Primária em Saúde

	Variável 1	Variável 2	Variável 3
Objetivo geral	Destinar recursos financeiros a Organização Social de Saúde, a título de incentivo à gestão do Teias, em função do desempenho de indicadores selecionados.	Destinar recursos financeiros às unidades, a título de incentivo, para aplicação nas unidades de saúde, em função do desempenho de indicadores selecionados.	Destinar recursos financeiros às Coordenações de AP - CAP, a título de incentivo, para as equipes de trabalho das unidades de saúde, em função do desempenho de indicadores selecionados.
Sobre a destinação e utilização dos recursos	A OSS formula o modo de utilização dos recursos e apresenta plano de aplicação à Coordenação da AP.	As unidades elaboram planos de aplicação de recursos a serem utilizados em processos de qualificação técnica de profissionais e em amenidades que contribuam para o trabalho das equipes.	Os recursos são, trimestralmente, destinados aos profissionais como remuneração por desempenho. Tem como referência o salário base.
Sobre os indicadores	18 indicadores que abarcam diferentes áreas de atuação da unidade.	18 indicadores em 4 domínios: acesso (6); desempenho assistencial (9); eficiência (5); satisfação do paciente (1)	Acompanhamentos de usuários vulneráveis. Foram criados 10 blocos de situações, as quais se vinculam indicadores. O desempenho é medido a partir da composição de indicadores dos 10 blocos.
Observações	O cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação dos recursos a CAP pra aplicação em um plano de "adaptação das unidades de APS"	Existe um parâmetro mínimo ou máximo das metas e a definição específica da meta é estabelecida entre a unidade e a CAP. Está prevista a apresentação de justificativas para o não alcance de metas.  Se uma equipe não cumprir as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe os recursos.	O cumprimento de metas é avaliado segundo cada equipe. Todos os membros de uma equipe recebem a mesma quantidade de unidades contábeis.  Dependendo dos resultados de desempenho, o número de unidades contábeis - UC, varia de equipe para equipe.

Fonte: Elaboração própria

monitoramento acaba por expressar características mais reducionistas quando considerada a complexidade das atividades.

Em qualquer sistema de pagamento por desempenho, a definição do montante de recursos financeiros a ser repassado deriva de diversos cálculos relativos aos níveis de alcance de metas vis-à-vis os indicadores propostos para a avaliação/monitoramento. O mesmo podemos dizer sobre o número de indicadores e as áreas de atuação que lhes dão origem, que pode variar bastante (MELO; SOUZA, 2011). No município do Rio de Janeiro, os indicadores ligados ao trabalho das equipes, variável III, associam-se às condições e problemas de saúde apontados como

prioridades epidemiológicas (planejamento familiar, saúde materna, saúde infantil — 1º e 2º ano de vida, diabetes, hipertensão, tuberculose, hanseníase; tabagismo, alcoolismo e outras drogas).

Do ponto de vista da dinâmica de bonificação de unidades (variável II), se uma equipe não cumpre as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe os recursos. No discurso, isso indicaria a possibilidade de promover um apoio mútuo por fixar um objetivo comum. Contudo, acreditamos que isso só seria possível se fosse satisfeito o requisito de equidade de condições entre as equipes, o que é difícil de proporcionar dada a desigualdade no território, que

leva a graus diferentes de necessidades da população de acessos serviços. Pode acontecer, como no campo de estudo, que a área na qual a população enfrenta maiores dificuldades socioeconômicas seja a mesma, não coincidentemente, cuja equipe tinha maior alternância do profissional médico. É pertinente pensar na hipótese de que, se esse dispositivo de remuneração não promover uma solidariedade entre equipes, pode, diante do fracasso no alcance de metas, produzir dissenso interno pela culpabilização de uma equipe ou indivíduos. A cobrança por pares decorrente da aplicação deste mecanismo de remuneração, discutida por Moraes e Iguti (2013) em relação aos médicos, tende a assimilar uma faceta ainda mais danosa quando em questão os ACS, cuja vulnerabilidade profissional/institucional é acentuada.

No que diz respeito aos recursos repassados como remuneração aos profissionais pelo alcance de metas das equipes – variável III, pode-se dizer que os blocos de indicadores definidos pautam-se por uma prática em que se mesclam o acompanhamento clínico/realização de procedimentos clínicos/vigilância. O ACS tem um papel fundamental na tradução dos valores e conhecimentos que cercam as áreas das quais emergem os indicadores para o universo dos usuários e na alimentação dos sistemas de informação; na implantação de uma dinâmica de adequação da população aos preceitos clínicos/epidemiológicos e ao tipo de relacionamento que deve ser estruturado com o serviço, atuando como agente de correção; na captação e efetivação do ingresso desses usuários na CF, atuando como um agente de conexão ao estabelecer a ligação entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário. (FONSECA, 2013).

Uma síntese das reflexões apresentadas em torno do pagamento por performance aponta mais para preocupações sobre as repercussões desse sistema do que para um otimismo quanto ao seu potencial de qualificar a atenção e o trabalho do ACS.

Contudo, nossa experiência de campo nos proporcionou o acesso a um significado atribuído por um gestor a esse sistema, que o situa como uma forma de transferir poder para os profissionais. De acordo com o gestor:

*isso não é controle social, mas gera uma possibilidade de inversão no poder, pois o trabalhador que está na ponta, também pode cobrar do nível central para que 'aconteçam' as condições que permitem o cuidado de qualidade acontecer. [exemplifica com uma fala] eu não consigo cumprir a minha meta de sífilis congênita, não consigo alcançar minha meta de cuidado com qualidade, porque o VDRL não está disponível de forma adequada (...). Isso gera uma massa de trabalhadores fazendo essa cobrança do gestor central. (Gestor).*

Na medida em que os relatórios nos quais se baseiam a análise do pagamento por desempenho contêm justificativas sobre as metas não alcançadas, é criado um canal formal para essas reivindicações, que também deverão estar presentes nos espaços de discussão das CF. Afirmar que a criação desse canal de comunicação e que o estímulo ao debate ao qual ele daria origem vão se configurar como formas políticas em que a avaliação se converte em instrumento para realizar propósitos dos trabalhadores (ainda que pontualmente ligados às atividades), é uma hipótese a ser futuramente explorada.

A adesão de uma CF ao PMAQ-AB é um elemento que gera, automaticamente, um número de unidades contábeis para o sistema de pagamento por desempenho – para o qual a SMSDC adotou a sigla P4p (pay for performance). Isso demonstra o alinhamento entre a política de avaliação adotada no município e a proposta pelo MS. No que tange ao município do Rio de Janeiro, é clara a relação entre as prioridades da carteira de serviços da APS / indicadores do sistema de P4p / indicadores do PMAQ-AB, sendo esse último um conjunto bem maior, numérica e qualitativamente falando. A PMAQ-AB pretende

interferir na qualidade, valorizando práticas e, portanto, propondo indicadores que preservem a lógica de atuação epidemiológica, mas ao mesmo tempo relacionados ao processo de trabalho das equipes, tais como a realização de reuniões de equipe, a incorporação da análise dos resultados nas discussões de equipe, envolvimento da comunidade e redes sociais na elaboração do planejamento e a educação permanente.

No momento da pesquisa de campo a adesão da CF pesquisada era recente e a partir da entrevista com gestores, percebemos que o PMAQ-AB é valorizado pelo seu potencial de promover reflexão sobre processos.

*Os indicadores [em geral] são muito importantes porque são um norte para o nosso trabalho. As metas, essa questão de meta, tem muita preocupação com quantidade e eu acho importante pensar mais na qualidade. (...) O PMAQ-AB é uma novidade. Eu acho importante, porque faz a gente pensar sobre o que está sendo desenvolvido, o trabalho, o que estamos atingindo, o que não está sendo e o porquê (...). Faz a gente pensar em estratégias. (Gestora).*

Alguns aspectos aqui tratados dão a clara indicação de que é necessário um prazo maior de implementação tanto do sistema do pagamento por performance quanto da PMAQ-AB para termos dados que subsidiem uma discussão consistente sobre suas repercussões. Será importante interrogarmos seus efeitos não somente nos indicadores priorizados por essas lógicas mas também sobre outras dimensões do processo de trabalho, bem como sobre os níveis de desgaste e sofrimento acarretados aos trabalhadores.

### O caráter avaliativo das manifestações dos usuários

Ainda que o monitoramento seja a expressão mais vigorosa da avaliação entre as práticas de gestão da CF, e a que atua mais intensivamente sobre o trabalho, para os ACS essa não

é a única forma pela qual a lógica da avaliação se faz presente.

Os ACS identificam a manifestação de opinião do usuário em determinados espaços institucionais como um modo de avaliação. Isso não ocorre de modo sistemático e com critérios explícitos, o que o distancia conceitualmente da avaliação (PATTON, 1997).

Na unidade, identificamos duas formas mais significativas de acessar a opinião dos usuários sobre o serviço: as ouvidorias — da SMSDC e a OSS e contatos diretos com outros profissionais da CF, em particular médicos e enfermeiros. Além de constatarem a existência desse modo de colocar em discussão seu trabalho junto às instâncias de poder — supervisora, gerente, coordenação da AP e no nível central e na OSS — alguns ACS valorizam particularmente a opinião do usuário quanto à qualidade do trabalho. Nas entrevistas, a referência ao papel do usuário como avaliador foi espontaneamente colocada quando indagamos sobre as formas de avaliação do trabalho.

*Através do trabalho com os pacientes. Os pacientes demonstram quando não estão satisfeitos (...). Eles falam com médico, com enfermeiro. Até mesmo com a ouvidoria. (Júlia, ACS).*

*Ouvidoria, porque se o paciente não está satisfeito com alguma coisa ele faz a ouvidoria ou então ele vem aqui, os pacientes já sabem chegar à gerência, eles já sabem como é. (Nina, ACS).*

*Ela [gerente] chama a gente para buscar o porquê, sempre perguntando o porquê, ela também nunca faz duramente, ela sempre procura escutar, já tive ouvidoria, a maioria [dos ACS] já teve ouvidoria. (Nina, ACS)*

Para os pesquisadores da área, a avaliação da satisfação do usuário carece de consistência em seus modelos teóricos, que estão aquém da complexidade da área (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005). Os enfoques teóricos que sustentam essa forma de avaliar têm como núcleo os aspectos psicológicos, tais como crenças, expectativas

e percepções dos usuários (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005). Existem vários modelos que buscam identificar os elementos que compõem a percepção de satisfação do usuário. Espiridião e Trad (2005) fazem uma revisão desses modelos teóricos, dentre os quais destacamos o elaborado por Pascoe, para quem a satisfação é baseada em “padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva, e é estabelecida pela comparação entre experiência vivida e critérios subjetivos” (ESPIRIDIANO; TRAD, 2005, P.1270). Essas reflexões são pertinentes, pois supomos existir uma interface entre características das pesquisas de satisfação e da avaliação, que se difunde a partir dos canais de comunicação com os usuários, viabilizados na CF.

A existência de fluxo formal, na gestão, para os conteúdos das ouvidorias, reforça seu caráter avaliativo. No que diz respeito ao trabalho do ACS, nos parece que o conteúdo das ouvidorias tem um foco estritamente individualizante do trabalho. Nesse sentido, tanto a ouvidoria quanto o próprio canal direto com os supervisores e com o/a gerente, aliado ao fato das metas serem individualmente monitoradas, constitui-se uma rede de controle que atua sobre o indivíduo. No caso dos ACS, visto o lugar que ocupam na hierarquia profissional e a baixa estabilidade agregada ao seu cargo, isso pode ser mais um fator a gerar sobrecarga e desgaste psíquico do trabalhador.

Não obstante acharmos essas reflexões necessárias, nos depoimentos dos ACS sobressai a valorização da opinião do usuário no julgamento de seu trabalho. Isso aponta para algumas especificidades desse trabalhador e de sua função que estão socialmente articuladas. Vamos considerar dois elementos: o fato de ser um morador da comunidade e lá exercer seu trabalho e de, na qualidade de morador, ser usuário da CF.

Como trabalhador, o ACS é instado a conquistar, no seu espaço social de circulação cotidiana, uma credibilidade profissional. Jardim e Lancman (2009) destacam que a credibilidade é um aspecto fundamental para a concretização de trabalho,

sendo um processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução. Sem essa credibilidade não há confiança por parte da comunidade, e o trabalho do agente fica impossibilitado de acontecer. (JARDIM; LANCMAN, 2009, P.128).

A valorização da opinião do usuário como forma de avaliação/julgamento de seu trabalho pode ter relação com essa especificidade do trabalho depender de seu reconhecimento profissional para o exercício de suas atividades cotidianas. Quando ocorre uma fusão entre o espaço social e espaço do trabalho, ser reconhecido como um bom profissional, ou seja, ser avaliado pelo usuário como um ACS que desenvolve bem seu trabalho, implica ser qualificado positivamente em uma dimensão que vai além da profissional. Isso, provavelmente, tem repercussões na construção da identidade dessas pessoas de um modo ainda mais intenso do que com os outros profissionais da CF não moradores das comunidades do entorno.

O segundo elemento que destacamos como constitutivo dessa apropriação pelo ACS, do aspecto avaliativo da opinião do usuário, conecta-se ao fato de que, sendo também um usuário os ACS podem compreender essa forma de participação individual como um modo de legitimação de sua condição de cidadão, na medida em que teria potencial de influenciar as práticas nos serviços, ainda que dificilmente alcance o nível do planejamento e da formulação de políticas.

Por fim, compreendemos que as concepções e discursos que atravessam a ESF consolidam uma rede conceitual na qual se integram as noções de responsabilização, acolhimento e vínculo. Essas noções, que se tornaram norteadoras na estratégia, reiteram a relação entre sujeitos, no espaço concreto da CF, entre usuários/famílias com os profissionais que lhes são de referências para o cuidado. No caso do ACS, esse vínculo é ainda mais personalizado, pois o contato é mais frequente e, por vezes, mais

íntimo, o que contribui para que a opinião do usuário, ainda que individual, seja assumida pelo ACS como uma forma prioritária de avaliação do trabalho.

### Quantidade e qualidade: além do consenso

Os ACS apresentam uma crítica restrita do acompanhamento de seu próprio trabalho a partir de metas. Entretanto, a preocupação com a ênfase quase exclusiva neste aspecto é compartilhada por eles.

*Eu não acho válido colocar na visita 'fui à residência e fulano não estava em casa', é número isso, não é uma qualidade, mas a gente acaba colocando por conta de fazer os números, só que seria muito mais interessante 'fulano veio até a clínica hoje para participar do grupo tal'. (Sofia, ACS)*

A ideia de que o foco é apenas na quantidade deve ser relativizada. Não se observou uma vertente exclusivamente produtivista (FONSECA ET AL., 2012) que se caracterizaria pelo 'quanto mais melhor'. Os ACS nos falam que não é suficiente fazer visitas, é preciso acompanhar os 'usuários mais vulneráveis'. Essa orientação já introduz um elemento de qualidade, pois define quem são os vulneráveis e monitora a realização ou não desses acompanhamentos em cada microárea. Entretanto, essa é uma dimensão restrita, pois não parte desse elemento para mobilizar discussões ou processos de formação e transformação do trabalho, que podem incorporar as questões que emergem a partir do cotidiano, sem negligenciar uma dimensão mais ampla da reflexão sobre o processo saúde doença e sobre o trabalho em saúde.

Nesse arranjo, as práticas de monitoramento se nutrem do prestígio social da avaliação, mas não alcançam alguns de seus benefícios. Essa característica foi apontada por Hartz (2009) como uma filiação da avaliação aqui desenvolvida, ao que se denomina segunda geração da avaliação, que na saúde está:

[...] vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos. (HARTZ, 2009, P. 53).

Dos debates da humanização em saúde provêm reflexões sobre a relação entre avaliação e a complexidade da produção dos serviços que valem ser resgatadas. Acompanhamos o pensamento de Santos Filho (2007) sobre os indicadores de avaliação em saúde:

[...] devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resoluibilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição (SANTOS FILHO, 2007, P.1001).

Quando a lógica da avaliação é representada basicamente pelo alcance de metas, pode ocorrer uma distorção que Bevan e Hood (2006) caracterizam com uma expressão inglesa — *hitting the target and missing the point*, algo como 'acertando o alvo e perdendo o foco'. O foco, nesse caso, diz respeito ao que se deseja alcançar em um sentido mais amplo. A crítica do autor à gestão por metas vincula-se à percepção de que há risco dos profissionais adotarem estratégias concretas para evitar as situações (no caso usuários) que ameaçam o alcance das metas. No caso do trabalho na ESF, e do trabalho do ACS em particular, essa 'perda de foco'

ocasionada por uma organização do processo de trabalho centrada no alcance das metas pode gerar um duplo efeito: fragilização das práticas educativas que acentuam sua atuação como agente de mobilização e o esvaziamento de seu papel como profissional da saúde. Em outros termos, a configuração do processo de trabalho do ACS nos parece bastante restrita aos objetivos em que predominam a conjugação da lógica clínica e de vigilância e a perspectiva utilitarista das atividades, essas transformadas em tarefas. Sob o impacto da gestão por metas, a conciliação dessas perspectivas afasta o trabalho do ACS de suas virtudes, que acreditamos estarem alicerçadas em um projeto de educação em saúde de caráter emancipatório, e reitera a relação de poder assimétrica que historicamente os serviços mantêm com a população. Nesse sentido, o que Standing e Chowdhury (2008) caracterizam como uma agenda política para a inserção dos trabalhadores comunitários na saúde é enfraquecida.

Observamos uma situação que nos pareceu bastante significativa para refletir sobre esse aspecto. Em uma reunião de equipe falou-se de uma paciente jovem, grávida, que estava com sífilis. Sua história ganhava complexidade, pois o parceiro tinha outra companheira e diversas situações faziam com que sua abordagem escapasse de alternativas mais óbvias no serviço. A questão não era essa: ela havia se mudado e o serviço tinha perdido o contato, mas sabia-se que ela permanecia em uma área de abrangência da CF, portanto, continuaria sendo um potencial caso de sífilis congênita a compor (negativamente) os indicadores da área. Imediatamente, na leitura que foi instaurada desse caso, o sujeito deixa de ser o doente mero portador de sintoma, reificação tão criticada do modelo biomédico e, ao invés de tornar-se sujeito de uma biografia, é situado como um componente de indicador.

No espaço de supervisão isso é constitutivo de um lugar do usuário e do ACS. O primeiro como componente de indicador

e o segundo como um agente de correção, impulsionado não mais pela ideia de redução de doenças, mas sim pela melhoria dos indicadores do processo de gerenciamento. Como evitar a ‘realização’ desse numerador tornou-se ‘a questão’. Os aspectos mais operacionais das formas usuais de busca ativa foram rapidamente postos em revista sem que fosse instaurada uma reflexão sobre as singularidades que essa situação colocava para o trabalho educativo. A partir desse enquadre, renuncia-se à oportunidade de provocar uma discussão sobre as finalidades e fundamentos do trabalho em equipe e do trabalho do ACS. Por isso, resgatamos o pensamento de Ayres (2001), quando analisa as referências de sucesso assimiladas na saúde. O autor diz:

[...] não se deve diminuir em nada a importância do controle da doença, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. (...) Ora, se examinarmos com atenção o sucesso que, independente do quanto o percebamos e o desejemos, tem orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico (AYRES, 2001, P.69).

Alertamos que se igualarmos ideia de ‘trabalho bem desenvolvido’ ao êxito técnico e assumirmos que esse êxito equivale ao alcance de um determinado conjunto de metas de controle de doenças, corremos o risco de configurar uma dupla vulnerabilidade: o confinamento das atividades dos ACS em uma condição de trabalho simples, no qual figura o esvaziamento da educação em saúde em um formato mais complexo e prevalece o caráter/tarefa de sua atuação; e, em um horizonte de tempo mais amplo, a perda do significado de sua atuação nos contextos em que o sistema se qualifica de modo estável. Isto traria um paradoxo: quanto melhor o sistema de saúde, mais frágil se torna o trabalho do ACS. Em sentido complementar a essa discussão, consideramos relevante lembrar

que o formato de cobrança do cumprimento de metas coletivo e individual, aliado à precarização e falta de estabilidade do ACS, impõem ao trabalhador estar continuamente buscando a sua validação e sendo posto à prova sozinho (LINHART, 2011). Essa é uma forma de gerar precariedade subjetiva nos trabalhadores, que gradualmente deixam de se sentir à vontade no trabalho e entre si, interferindo negativamente sobre a formação de redes de cumplicidade e apoio (LINHART, 2011).

Na saúde, o risco desses fenômenos assumirem significado relevante parece invisível e pouco refletido no âmbito da gestão. Uma ênfase maior é concentrada na formulação de propostas consistentes e coerentes com os objetivos de redução da morbimortalidade da população. Nessa direção são articulados diversos instrumentos de gestão que buscam garantir a coesão das ações, a despeito de efeitos não percebidos, mas que se anunciam nas situações de trabalho. Esses instrumentos, particularmente os de monitoramento, incorporam, sobretudo, indicadores que se estabelecem tendo por base a produção de evidências científicas. Isso acarreta limitações de base epistemológica, pois essa produção atende a uma hierarquia entre os desenhos de estudos avaliativos, além de excluírem objetos e metodologias como avaliação de processo, estudos formativos, pesquisa-ação e a pesquisa etnográfica, nos estudos hegemônicos nessa vertente (VEDUNG, 2010 P.273).

Em relação ao ACS, o projeto que a SMSDC sustenta valoriza sua inserção no sistema e admite a complexidade de seu trabalho, embora nossa pesquisa aponte que o processo que está sendo desenvolvido rivalize com essa dimensão de complexidade.

## Considerações finais

O compromisso inerente à gestão de lidar com situações de saúde no plano concreto impõe um papel permanentemente dinâmico

na busca de formular e operar processos e mudanças que, em tese, contribuiriam para o 'sucesso' tal como definido pelas políticas e pelos programas. Como não existem garantias quanto aos resultados que serão alcançados, a gestão busca tecnologias que permitam discutir não apenas os resultados mas também oferecer indicações quanto a trilhar o 'bom caminho' para alcançar a qualidade, mesmo que seu significado seja parcial ou até fragmentado. A avaliação, em especial a partir da década de 1990, tem sido valorada como uma das tecnologias de gestão capaz de apresentar as melhores soluções para seguir esse percurso, no qual quantidade e qualidade devem ser integradas para o alcance dos resultados de saúde desejados. Aliado a isso, acompanhamos a difusão dos modelos de terceirização de unidades de saúde, o que acarreta a adoção de indicadores de avaliação do cumprimento de metas e objetivos dos contratos de gestão. Tais circunstâncias estimularam a incorporação de uma cultura de avaliação tanto no plano da gestão quanto no cotidiano das práticas profissionais.

Como campo de conhecimento, a avaliação se expressa com base em uma diversidade de arcabouços teórico-metodológicos, embora, nos serviços de saúde, prevaleçam os referenciais quantitativos, de base clínica e epidemiológica. Sua presença está marcadamente vinculada ao monitoramento, cuja racionalidade volta-se para a medição do cumprimento de metas que não são exclusivamente de quantidade, mas têm nessa dimensão seu enquadramento principal. Isso implica em limites para a abordagem de alguns objetos em sua complexidade, como é o caso da educação em saúde, componente central do trabalho dos ACS. Outras formas de avaliação já delineadas e que poderiam proporcionar discussões que enfrentassem a complexidade do trabalho educativo raramente são inseridas no cotidiano.

O predomínio atual é de modos de avaliar/monitorar que acentuam o enfoque individualizante da avaliação. Articulado a

mecanismos de gestão, como o pagamento por desempenho, tal enfoque fortalece as situações que geram competição e podem promover a vulnerabilidade institucional e desgaste pessoal do ACS.

Nesse cenário, a avaliação não tem provocado uma digressão frente ao parcelamento e à simplificação do trabalho do ACS, o que contribui para a diluição das práticas mais emancipatórias da educação em saúde, cuja submissão a uma perspectiva utilitarista acarreta o enfraquecimento do papel

de agente de mobilização desse trabalhador. Isso repercute sobre os processos de capacitação, nos quais se valoriza a habilidade para o exercício de ações pontuais, fortemente marcadas pela vigilância epidemiológica. Pelo poder atribuído à avaliação entre as tecnologias de gestão, outras formas de interferir no processo de trabalho, como a supervisão, encontram constrangimentos para priorizar questões que não atendam diretamente aos propósitos contemplados nos indicadores de avaliação. ■

---

## Referências

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Documento Técnico, 6 v. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): documento síntese para avaliação externa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

- BEVAN, G.; HOOD, C. What's measures is what matters: targets and gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, New Jersey, v. 84, n. 3, p. 517-538, 2006. Disponível em: <<http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/dp0501.pdf>>. Acesso em: 3 nov 2012.
- DE BRUIN, S.R.; BAAN, C.A.; STRUIJS, J.N. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, London, v.11, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/472-6963-11-272>>. Acesso em: 6 out.2012.
- ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. supl., p.303-312, set./dez. 2005.
- FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012.
- FONSECA, A. F. *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- HARTZ, Z.M.A. Avaliação em Saúde (verbete). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 50-55.
- JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.
- LINHART, D. Entrevista. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 149-160, 2011.
- MELO, M.; SOUSA, J. C. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 28-34, 2011.
- MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORAES, P N; IGUTI, A.M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.37, n. 98, p. 416-426, 2013.
- PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. Thousands Oaks; London (UK): SAGE Publications, 1997.
- SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). *Contrato de Gestão*. Anexo B: acompanhamento do contrato, avaliação e metas – AP.3.2. Rio de Janeiro: SMSDC, 2013.
- STANDING, H.; CHOWDHURY, A.M. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: what future for community health workers? *Social Science & Medicine*, New York, v. 66, n. 10, p. 2096-2107, 2008.
- VEDUNG, E. 2010. Four Waves of Evaluation Diffusion Evaluation. *Evaluation*, v. 16, n. 3, p. 263-277. Disponível em <<http://evi.sagepub.com/content/16/3/263>>. Acesso em 5 jul. 2010.
- VIANA, A.L. D'A. DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl., p. 225-264, 2005.

---

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em agosto de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve.