



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Ferreira Fonseca, Angélica; Rangel de Souza Machado, Felipe; Bornstein, Vera Joana; Pinheiro, Roseni

Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 519-527
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71424779005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

AVALIAÇÃO EM SAÚDE E REPERCUSSÕES NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Angélica Ferreira Fonseca¹, Felipe Rangel de Souza Machado², Vera Joana Bornstein³, Roseni Pinheiro⁴

¹ Doutoranda do Programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora-Pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: afonseca@fiocruz.br

² Doutor em Saúde Coletiva. Pesquisador em Saúde Pública na EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: felipemachado@fiocruz.br

³ Doutora em Saúde Pública. Professora-Pesquisadora da EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: vejoana@fiocruz.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosenisaude@uol.com.br

RESUMO: Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa que analisa as características do processo de avaliação relacionado ao trabalho do agente comunitário de saúde. A investigação foi desenvolvida em três municípios, tendo nela participado agentes de saúde, seus supervisores e gestores da Atenção Primária com os quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas e grupos focais. A discussão foi organizada com base na análise de conteúdo e apoiada na noção de processo de trabalho em saúde. Foram compostas quatro categorias: minimização da carga de trabalho, produtivismo, controle de agravos e supervisão. Estas apontam o predomínio de práticas de avaliação, que enfatizam o alcance de resultados quantitativos, sobretudo relativos às metas de cobertura e à realização de atividades com enfoque biomédico. As conclusões sinalizam a importância de pensar as limitações deste tipo de práticas avaliativas difundidas na Atenção Primária e de elaborar proposições teórico-metodológicas que contribuam para o componente educativo do trabalho do agente comunitário.

DESCRIPTORES: Agente comunitário de saúde. Avaliação em saúde. Saúde da família. Educação em saúde.

HEALTH EVALUATION AND ITS CONSEQUENCES FOR THE COMMUNITY HEALTH WORKERS

ABSTRACT: This paper presents the findings of a qualitative research which analyses the characteristics of the evaluation process of Community Health Agents' work. The research was undertaken in three different municipalities. Community Health Agents, their supervisors, and Primary Health Care managers took part in the investigation, which consisted of semi-structured interviews and focus groups. The discussion was organized according to content analysis, and based on the concept of health work process. Four categories of analysis were proposed: work load minimization, productivism, disease control and supervision. These categories show the predominance of evaluation practices that emphasize quantitative results, particularly those related to coverage targets and to the performance of activities structured by the biomedical approach. Conclusions point to the importance of considering the limitations of the kind of evaluation practices used in Primary Health Care, and to the need for elaborating theoretical and methodological frameworks for evaluation that will effectively contribute to improve the health agents' work.

DESCRIPTORS: Community health workers. Health evaluation. Family health. Health education.

LA EVALUACIÓN EN SALUD Y SUS REPERCUSIONES EN EL TRABAJO DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

RESUMEN: Este artículo presenta resultados de una investigación cualitativa que analiza las características del proceso de evaluación relacionado al trabajo del Agente Comunitario en Salud. La investigación fue desarrollada en tres municipios, teniendo como sujetos: agentes de salud, sus supervisores y gestores de Atención Primaria. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas y grupos focales. La discusión fue organizada teniendo como base el análisis de contenido, apoyada en la noción de proceso de trabajo en salud. Fueron establecidas cuatro categorías: minimización de la carga de trabajo, productivismo, control de enfermedades y supervisión. Estas apuntan al predominio de prácticas de evaluación enfatizando el alcance de resultados cuantitativos, sobretudo relativo a las metas de cobertura y a la realización de actividades con enfoque biomédico. Las conclusiones señalan la importancia de pensar sobre las limitaciones de las prácticas de evaluación difundidas en la Atención Primaria y de elaborar proposiciones teórico metodológicas que contribuyan para el componente educativo del trabajo del agente en salud.

DESCRIPTORES: Agente comunitario de salud. Evaluación en salud. Salud de la familia. Educación en salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o enfoque da Atenção Primária à Saúde (APS) assume a Saúde da Família como principal estratégia de reorientação do modelo de atenção. Elementos considerados estruturais e funcionais da APS, tais como basear-se na família e na comunidade, desenvolver ações intersetoriais, implementar gestão otimizada – o que inclui a avaliação – e oferecer recursos humanos apropriados são também centrais na Estratégia Saúde da Família (ESF), que, tal como proposto para a APS, organiza-se a partir de uma perspectiva coletiva, constituída pela lógica da territorialização.

Em relação aos recursos humanos apropriados, para a APS, propõe-se a composição de equipes multiprofissionais, operando um deslocamento em relação à ênfase anterior no cuidado exclusivamente médico e incluindo na equipe os trabalhadores comunitários de saúde. Internacionalmente, foi a partir do relatório da Conferência de Alma Ata, que as experiências com trabalhadores comunitários ganharam maior impulso e foram institucionalizadas. Neste momento, estes agentes eram frequentemente leigos e tinham atuação supervisionada por profissionais de nível superior.¹

No Brasil, diversos autores²⁻³ ressaltam a importância, ainda nos anos 1970, das mulheres agentes de saúde ligadas às instituições religiosas, cuja atuação era permeada pelas concepções do Movimento Popular em Saúde e se orientava no sentido de reconfigurar as relações entre os profissionais de saúde e as classes populares. No contexto governamental, encontramos as primeiras experiências de trabalho de agentes de saúde nos anos de 1980, no âmbito do projeto Devale (Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira), um braço do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em São Paulo.⁴ Estes trabalhadores eram recrutados na própria comunidade em que moravam e passavam a ser responsáveis por atividades comunitárias e de atenção individual à saúde com as mesmas características das experiências internacionais, ou seja, trabalhadores leigos desenvolvendo atividades supostamente de baixa complexidade.

No final dos anos 1980, o governo do Ceará desenvolveu uma experiência cujos resultados foram tomados como a base para a expansão e organização, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Desse modo superava-se o caráter local dessas experiências que passaram a um outro patamar de institucio-

nalidade ao configurarem um programa nacional. Com a visibilidade atingida por essas experiências, inúmeras questões permanecem em debate na busca por delimitar tanto a forma de relação desses trabalhadores com o Estado, quanto o perfil de atuação e de formação desses profissionais.

Entendemos que tais questões não remetem apenas às indefinições sobre o papel destes trabalhadores, mas também aos projetos do setor saúde e de APS postos em curso em cada país. Estudos mostram que, em particular na América Latina, as concepções de APS variam, tendo como norte, por vezes, um modelo de APS mais abrangente, e, por vezes, mais seletivo. Neste segundo modelo, a opção é pela focalização em algumas ações de saúde para grupos populacionais específicos, sem a preocupação com a coordenação e a continuidade do cuidado com os outros níveis de atenção.⁵

Neste panorama são apresentados dilemas que atravessam o processo de construção da identidade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no SUS e que se expressam a partir das seguintes tensões: a) ser um agente da comunidade ou dos serviços; b) ter um treinamento abreviado ou a formação em nível técnico; c) ter como foco de atuação o controle de riscos associados às doenças ou uma concepção mais abrangente de saúde, relacionada ao exercício da cidadania; d) ter um vínculo empregatício precário ou estável; e e) fundamentar o trabalho no voluntarismo ou no profissionalismo.^{4,6-7}

Deve-se observar que as políticas e práticas de saúde que se instituem nos diversos planos de formulação e implementação geram efeitos sobre o processo de trabalho do ACS. Assim, propomos neste artigo apresentar as formas de avaliação presentes em relação ao trabalho do ACS, utilizando como substrato de discussão os resultados de uma pesquisa empírica sobre a avaliação do trabalho do ACS.

A formulação e a análise da pesquisa fundamentaram-se em conceitos teóricos relacionados ao processo de trabalho em saúde, à avaliação em saúde e às diferentes formas de condução do trabalho de educação em saúde, considerando ser esta a principal finalidade de seu trabalho.

As primeiras discussões a respeito do conceito de processo de trabalho em saúde⁸ recuperam quatro componentes do processo de trabalho que devem ser analisados conjuntamente, a fim de se produzir uma compreensão sobre aspectos da realidade. São eles: 1) o objeto do trabalho; 2) os instrumentos; 3) a finalidade; e 4) os agentes.

Além de destacar o fato de que esses componentes foram historicamente construídos, as autoras acentuam que a intencionalidade/finalidade que dá sentido ao processo de trabalho é um elemento fundamental para a constituição dos objetos de trabalho. Para enfrentar as questões da pesquisa, tomamos a educação em saúde como finalidade principal das atividades desenvolvidas pelo ACS. Neste sentido, a questão orientadora de nossos estudos (Como tem sido avaliado o trabalho do ACS?) teve como questão secundária: quais as possíveis consequências que a avaliação pode trazer ao trabalho educativo do ACS?

Algumas pesquisas diferenciam duas formas da condução, pelo ACS, do trabalho educativo. Uma caracterizada pelo seu aspecto de convencimento da população por parte do profissional, em que este se julga o detentor do saber assumindo um caráter prescritivo normativo. Outra, fundamentada no diálogo, no reconhecimento do saber do outro, na reflexão crítica sobre a realidade, no fortalecimento da autonomia.^{7,9}

Situamos a avaliação como um fator importante na configuração de intencionalidades do trabalho em saúde, podendo ser incluído entre os mecanismos de regulação presentes no setor. A avaliação integra-se à regulação, uma vez que esta pode ser conceituada “como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores”.^{10,26} Os principais mecanismos, por meio dos quais a avaliação opera a orientação do trabalho, são a seleção das práticas implementadas que vão se constituir como objetos de avaliação e a construção do método de avaliação que será abordado. Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las, por meio de indicadores, a avaliação irá induzir as ações e os modos de agir – e, portanto, influir no processo de trabalho, sendo isso mais ou menos importante, em função do status atribuído à avaliação nos contextos em que ela se desenvolve.

A institucionalização da avaliação em saúde, em particular na APS, implica em interferir em uma dimensão que extrapola a formulação e implementação de políticas em nível macro, para atingir o cotidiano dos serviços, afetando o modo como propomos (e gerimos) o “deve ser” do trabalho. A institucionalização da avaliação visa “(...) integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comporta-

mento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”.^{11:419}

A cultura avaliativa, uma vez instituída, irá afetar a formação dos sujeitos envolvidos.¹² Ao relacionar avaliação com o cotidiano, vincula-se as possibilidades de institucionalização da avaliação aos interesses que as pessoas poderiam ter em “avaliar a própria prática” e “transformar o fazer”.¹³ Essa elaboração é sustentada pela premissa de que existe um nível decisório, em que os atores sociais intervêm, mobilizando recursos para responder aos problemas postos pelo presente, e que este nível não está, necessariamente, na mesma esfera de quem avalia. A avaliação, como prática que atravessa esse cotidiano, teria a capacidade de gerar aprimoramento profissional e efeitos positivos ao trabalho dos profissionais avaliados.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo apresenta parte dos resultados da pesquisa “Estudos multicêntricos integradores sobre tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na atenção básica”, desenvolvido em parceria entre o Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde/Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/IMS/UERJ) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), com financiamento do CNPq.

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses de março e julho de 2007 em três municípios com perfis diferentes: Rio Branco-AC (300.000 hab. e cobertura da ESF de 26,8%), Cuiabá-MT (550.000 hab. e cobertura de ESF de 26,5%) e Pirai-RJ (25.000 hab. e cobertura da ESF de 100%). Teve como base um desenho metodológico que emprega técnicas qualitativas de pesquisa social. Utilizamos a análise de conteúdo¹⁴ para o tratamento dos dados coletados, incorporando o conceito de inferência, ou seja, afirmando o exercício de ir além da descrição das falas, no sentido de interpretá-las. Fundamentalmente, o propósito da análise de conteúdo, bem como o de outras técnicas da pesquisa qualitativa, é “atingir um nível mais profundo das falas, ultrapassando os sentidos manifestos do material”.^{15:308} Na presente pesquisa o movimento de ultrapassar os sentidos manifestos foi realizado a partir da composição de categorias temáticas, tendo em vista relação entre a avaliação do trabalho do ACS, e os sentidos mais recorrentes no material e atribuíveis às práticas de avaliação.

Em relação às técnicas de coleta de dados, realizamos entrevistas e grupos focais. Foi utilizado um roteiro para as entrevistas semiestruturadas. Entrevistaram-se ACSs, enfermeiros supervisores dos ACS e gestores da atenção básica. A segunda técnica, grupo focal, foi adotada por permitir, a partir das trocas efetivadas nas interações grupais, captar compreensões, percepções, crenças e atitudes sobre um tema. Para que não houvesse relações hierárquicas os grupos focais foram realizados somente com ACSs.

O roteiro das entrevistas continha questões abertas sobre os seguintes assuntos: a compreensão do papel do trabalho do ACS na APS; as formas de avaliação do trabalho do ACS e sua relação com a supervisão; e a compreensão sobre a dimensão educativa e as expectativas frente aos objetivos da APS nas localidades pesquisadas. Para os grupos focais foram propostas discussões em torno de situações: 1) contradição entre visões – o morador entende que ele tem um problema de saúde que a equipe de saúde do PSF não ratifica; 2) o morador tem um problema de saúde diagnosticado pela equipe mas que é negado por este usuário; e 3) a equipe de saúde e o morador estão de acordo com a existência de um problema de saúde, mas a unidade não dispõe das formas de resolvê-lo ou dar o encaminhamento. Propunha-se aos grupos um exercício de memória, recordando e debatendo as situações com este delineamento e a atuação educativa. Após essa etapa que propunha colocar em evidência o trabalho educativo, dava-se seguimento à discussão abordando diretamente as diversas formas como o trabalho do ACS era avaliado. Os objetivos e temas de debate eram: 1) como você percebe que seu trabalho é avaliado? – buscava-se os contextos e as formas concretas; 2) o que é valorizado no seu trabalho?; e 3) o que você acha que deveria ser valorizado?

A preparação do material para a análise consistiu na transcrição de todas as entrevistas e grupos focais. Entrevistou-se cinco supervisores do PSF, três gestores municipais, cinco gestores AB, oito ACS, e sete grupos focais com ACS.

A partir da leitura do material coletado e com base na literatura consultada, construímos uma tipologia dos elementos constitutivos do campo de pesquisa. Assim, este artigo tratará analiticamente do tema “como o trabalho do ACS é avaliado?”

Para efeito de exposição, e como garantia de anonimato, optamos por apresentar e discutir indistintamente as experiências observadas nas cidades pesquisadas. A única diferenciação apre-

sentada será entre os grupos profissionais entrevistados. Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ (nº 22/2006) e que os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguindo as determinações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da análise das falas dos entrevistados elaboramos algumas categorias que apóiam as reflexões sobre a relação que vem sendo construída entre as práticas de trabalho e de avaliação, (1) Minimização da carga de trabalho, (2) Produtivismo, (3) Controle de agravos de saúde, e (4) Supervisão.

A primeira categoria foi construída a partir da recorrência, nas falas, de um conjunto de atividades diversificadas que ganham lugar no processo de trabalho, mas que na avaliação são consideradas como uma única ação. O que ganha visibilidade nessa situação é o resultado final, e o que é minimizado é o esforço empreendido para realizar tais atividades. As principais atividades cuja carga de trabalho é minimizada na avaliação relacionam-se à visita domiciliar, busca ativa de casos, e atividades administrativas.

Na família dela, por exemplo, não é só ir e fazer um visita rápida num tempo normal. Olha, o marido é alcoólatra e não quer se tratar, a mulher perdeu o gosto pela vida, ele nem liga mais para ela. Eu falo com ela que ela tem que se cuidar, se produzir mesmo, mas ela não tá nem aí. A filha dela tem anemia e anemia profunda, raquitismo. A gente buscou tratamento para todo mundo, mas ninguém se trata e não leva a filha. A gente volta e conversa, fala, reclama, mas não adianta. Já fiquei vários dias trabalhando só em função desta família, mas não adiantou nada (ACS).

Esta fala nos indica que a realização de atividades como a busca ativa e a visita domiciliar associam-se a um fenômeno que a sociologia denomina de “intensificação do trabalho”.^{16:69} Utiliza-se tal conceito nas situações em que, para um trabalhador atingir determinado resultado de trabalho (em geral aquele focalizado na avaliação), são necessários esforços quantitativa ou qualitativamente mais intensos. No trabalho do tipo intelectual ou emocional esses resultados “podem ser encontrados na melhoria da qualidade e da quantidade dos serviços”.^{16:69}

Formulou-se a categoria Produtivismo entendendo que as práticas de monitoramento,

frequentemente voltadas para a contabilização do trabalho do ACS, têm a intencionalidade de interferir na sua organização e, ao fim, constituem-se como forma primordial de avaliação. Os principais elementos que compõem esta categoria são: o nº de exames e de visitas, cobertura de vacinação, redução nos indicadores específicos de morbi-mortalidade. A ênfase na compreensão do trabalho do ACS, a partir de sua dimensão de produtividade, pode ocasionar distorções na qualidade do trabalho, muitas vezes não perceptíveis aos próprios profissionais. A fala seguinte evidencia possíveis consequências deste tipo de prática para a qualidade do trabalho educativo, que fica diluído ante a priorização do alcance de metas.

A Ana [ACS] é a campeã [de indicadores]. Ganha em tudo, ganha em tudo... e ela tá falando que ela tem uma comunidade muito carente e que os indicadores estão associados à Bolsa-Família, e ela fala isso pras pessoas. Se não cumprir os procedimentos da Saúde, corta a Bolsa. Como o pessoal é muito duro, às vezes, o único rendimento é a Bolsa, a pessoa tem uma maior (ACS).

A referência a uma pressão pela produtividade permeia grande parte das falas dos entrevistados, como demonstra a que destacamos:

[...] toda a produtividade é encaminhada pra gente, pra eu avaliar os 53 Módulos de Saúde. Porque eu acho que a gente tem que olhar item por item: quantos atendimentos de consulta de enfermagem; quantos atendimentos ambulatoriais; quantos curativos foram feitos [...] se eu tenho um processo no município de diarreia ou de infecção respiratória aguda, tem que pelo menos aparecer um alto número alto de nebulizações [...]. Então, tem que mensalmente, pelo menos, fechar a produtividade, observar a produtividade das unidades e aí conversar com esse profissional - enfermeiro, médico, técnico, ACS enfim... Então, eu estou sempre avaliando (Gestora da APS).

Se, do ponto de vista da gestão, em seu nível mais central, a produtividade pode apresentar recomendações suficientemente claras sobre elementos que devam ser melhor investigados a fim de aprimorar a qualidade da atenção, no caso dos trabalho do ACS, tal ênfase produtivista indica que a expectativa sobre este trabalho recai exclusivamente nos seus resultados mais facilmente mensuráveis. Tal mensuração parte da centralidade conferida aos dados coletados para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), repercutindo em nível local a ênfase atribuída pelo Ministério da Saúde (MS) à apropriação desse banco de dados como dispositivo de moni-

toramento/avaliação. Mesmo sendo o SIAB útil ao planejamento, sobretudo por fornecer dados para a tomada de decisões, utilizar este sistema como um instrumento privilegiado de avaliação pode implicar na valorização apenas do monitoramento da produtividade na ESF, abandonando a perspectiva de avançar no aprimoramento da qualidade do processo de trabalho.

Ao contrário disto, para avaliação de um trabalho em saúde que tenha ênfase na educação, é necessário levar em conta os benefícios sociais não diretamente ligados à saúde.¹⁷ Sem desvalorizar propósitos como a ampliação de cobertura, combinando alto impacto e baixo-custo, os autores destacam a importância do fortalecimento comunitário. Objetivos com esta característica, no entanto, apresentam grandes dificuldades de serem ajustados a medidas unidimensionais.

Fica evidente que, embora reconheçamos a centralidade destes aspectos no trabalho do ACS, eles são minorados na medida em que não são incorporados nas avaliações mais sistematizadas. Resultados de pesquisa realizada no Ceará¹⁸ reiteram essa preocupação, na medida em que identificam que as avaliações realizadas nos serviços de saúde usam, quase que exclusivamente, uma abordagem quantitativa tradicional. A inovação posta pela ESF requer uma correspondente inovação nas práticas de avaliação.¹⁹ A inserção da comunidade na avaliação é um elemento destacado como necessário para proporcionar “transformações das práticas de saúde locais”^{19:719} reforçando a pertinência das abordagens qualitativas para a consecução desse objetivo.

As experiências narradas, e que deram origem à categoria produtivismo, têm forte ligação com a ênfase na busca por efetivar orientações de caráter biomédico. Assim, não por acaso, a análise das falas proporcionou a formulação da terceira categoria de nosso estudo, ‘controle de agravos de saúde’, que inclui as atividades voltadas para o alcance de resultados definidos por sua dimensão clínica, em uma perspectiva biomédica. São exemplos a captação de ‘casos’ de câncer de mama, vacinação, acompanhamento de crianças de baixo peso e de pessoas com hipertensão e diabetes, entre outros.

A problematização que trazemos no presente texto, contextualizada em torno do trabalho do ACS, leva em conta as consequências da avaliação centrada em critérios que combinam produtividade e atos de caráter biomédico. Assim, cabe pensar sobre o modo pelo qual este tipo de avaliação contribui para a manutenção do modelo assistencial

cujas substituições a ESF define como um de seus princípios norteadores, e, ainda, em que grau a avaliação tem minimizado não apenas a carga de atividades, mas também a complexidade que atravessa o trabalho do ACS.

É adequado fazer distinção entre as avaliações que são formuladas e implementadas a partir dos níveis centrais e aquelas que se destinam a expressar as particularidades das experiências nos níveis locais. O trabalho do ACS, especificamente sua dimensão educativa, deve ser considerado uma dessas particularidades que requerem inclusão nas propostas regulares de avaliação. O ponto central nessa avaliação seria o redirecionamento das práticas cotidianas, o que requer o estabelecimento de um diálogo sobre dificuldades e potencialidades desse trabalho. Parte do exercício de identificar as dificuldades da avaliação do trabalho do ACS vem sendo desenvolvido em espaços privados de supervisão, naquilo que denominamos de 'avaliações assistemáticas'.

A categoria Supervisão emergiu do conjunto das falas dos entrevistados. Ela se refere ao contexto no qual se processa a avaliação do trabalho do ACS. Foi recorrente nas falas dos gestores e supervisores apontar-se as situações de supervisão como o espaço privilegiado de tal avaliação. Portanto, é sobretudo pelas supervisões que se concretiza a ênfase de uma avaliação que busca captar o cumprimento de metas relacionadas às prioridades programáticas, aí incluídas as formuladas na ESF e aquelas que são incorporadas pela ESF, mas que têm sua origem em programas de saúde tradicionais. Esse contexto se reproduz em reuniões de equipe, que "acontecem de forma rápida e há uma pauta a ser seguida para o controle das atividades (...) tal fato diminui as possibilidades de participação ativa do grupo comprometendo um dos propósitos do trabalho em equipe que é a educação continuada de seus integrantes".^{20:685}

A supervisão e a avaliação realizadas pelos profissionais de enfermagem são, muitas vezes, identificadas pelos profissionais das equipes de saúde, sobretudo pelo seu sentido punitivo e disciplinador, que não alimenta o processo de tomada de decisão e nem visa à readequação do projeto assistencial.²¹ Além disso, os momentos de supervisão freqüentemente constituem-se como um processo não sistemático de avaliação do trabalho. Concordando com esta autora, nosso estudo revela que muitos ACSs sequer reconhecem este momento como um espaço institucionalizado de avaliação.²¹

Na falas dos ACS que compõem o material da pesquisa, não está presente a relação entre avaliação e supervisão. O inverso ocorre nas entrevistas com os responsáveis pelas supervisões, que, no bojo desta pesquisa, dizem perceber as circunstâncias da supervisão como momento privilegiado de avaliação do trabalho. Conforme afirmou um entrevistado: *a gente avalia o tempo inteiro, né? Porque quando a gente senta com cada um, a gente avalia ali na área dele os dados dele, faz ele pensar junto com a gente, alguns caminhos, algumas estratégias* (supervisor).

A avaliação assistemática feita pela supervisão dos ACSs é produzida, sobretudo, a partir de um conjunto de elementos implícitos, que, conforme observamos na nossa pesquisa, recaem sobre aspectos pouco precisos da relação que os ACSs estabelecem com o seu próprio trabalho e com os usuários.

Na teoria sobre avaliação é possível distinguir entre os tipos de avaliação tendo como base o caráter implícito ou explícito de três dos seus componentes: o processo de avaliação, o julgamento e o uso que se faz desse julgamento²². Assim, quando a avaliação do trabalho do ACS assume um caráter explícito e formalizado, sobretudo em relação ao processo de produção de informação, ele o faz a partir da adoção de critérios e instrumentos tradicionais, quantitativos, do planejamento orientado pela epidemiologia.

Em todos os campos da pesquisa, observamos que tanto os gestores, quanto os supervisores e os ACSs reconhecem a redução de taxas de morbidade, a detecção precoce de eventos clínicos e o alcance de metas de cobertura da comunidade como critérios de avaliação. Em relação ao segundo componente, o julgamento, talvez seja difícil de determinar o quanto este elemento tem sido, no que se refere ao trabalho do ACS, explícito na sua formulação ou explicitado apenas através de seus efeitos, ou seja, das decisões tomadas tendo como base os resultados da avaliação. Assim, podemos dizer que a própria repercussão da avaliação na ESF merece mais investigação.

O Ministério da Saúde definiu, já na implantação da ESF, alguns princípios operacionais que deveriam ser cumpridos pelos municípios e que "permitiram estabelecer as bases e critérios a serem elegidos para a definição de padrões de qualidade que pudessem ser aplicados nos processos de avaliação".^{23:65} A existência de critérios explícitos para avaliação certamente se constitui como um dos elementos centrais desta prática. Porém, ao

atentarmos aos treze princípios operacionais, citados no referido texto e dos quais são derivados os critérios, percebemos a centralidade ocupada por itens que remetem à cobertura, cadastramento e alimentação do sistema de informações.

Ao mesmo tempo em que existem procedimentos de avaliação baseados nos critérios anteriormente descritos, ou seja, fundamentados em uma racionalidade orientada pela relação objetividade-quantificação, a partir da fala dos supervisores, foi possível entender que a apreciação do trabalho do ACS é feita a partir de elementos pouco precisos (e não explícitos) como a realização da “escuta ao paciente”, a “abordagem” utilizada ou, simplesmente, “humanização”. A perspectiva de aprimoramento da avaliação, na fala dos supervisores entrevistados, deveria centrar-se exatamente nesta dimensão “pessoal”.

Acho que uma pessoa que tem um comprometimento, que gosta do que faz, né? Nem sempre aquele que chega pra gente no final do mês com todos os dados excelentes é um bom ACS. Às vezes, faz a visita domiciliar, mas não tem um comprometimento. Faz porque tem que apresentar um dado no final do mês. Então, aquele que se compromete, aquele que gosta de se envolver com atividades educativas, se envolve com a Unidade, com a equipe técnica, com o médico, enfermeiro, que interage com todo mundo e não aquela pessoa que simplesmente tem todos os dados 100% (supervisor de ACS).

Se pensada em termos conceituais, esta prática não poderia ser considerada como uma avaliação. A ideia de avaliação deve incluir ao menos duas características²⁴. A primeira seria a coleta sistemática de informações sobre o trabalho realizado e os resultados obtidos; a segunda consistiria na elaboração de julgamentos sobre o material coletado, visando subsidiar o processo de tomada de decisões. Assim, a prática avaliativa, na forma como é realizada pela supervisão, só assume o conteúdo do conceito de avaliação se pensada pela sua segunda característica: o julgamento.

Ao não privilegiar a dimensão coletiva para a definição de seus padrões e critérios, bem como para o compartilhamento de seus resultados, esta forma de avaliar personaliza duplamente a avaliação, ao sustentar seus referenciais na perspectiva pessoal do avaliador e ao focalizar a atuação do indivíduo dissociado do processo de trabalho da equipe. Experiências de avaliação com esse contorno fragilizariam o papel formativo, cujo sentido seria avaliar o valor intrínseco ou extrínseco do objeto no intuito de melhorá-lo,²⁵ o que implicaria

em fornecer informações sobre o desenvolvimento de programas, tendo como principal beneficiada a própria equipe.²⁶

Nesses termos, a avaliação do trabalho do ACS, realizada de forma sistemática e incorporando as especificidades do trabalho educativo, poderia ser inserida como um elemento pedagógico, contribuindo para a qualificação do trabalho de toda a equipe. Esta prática de avaliação se diferencia daquelas que são habitualmente desenvolvidas nos momentos de supervisão, por requerer a participação da equipe e a pactuação de critérios, o que teria como repercussão lógica o envolvimento com os resultados pretendidos com o trabalho do ACS na ESF.

A perspectiva avaliativa ora analisada encontra referência e justificativa em um determinado modo de produzir e validar o conhecimento, que se institui para além dos contextos locais. Podemos dizer que as metodologias de avaliação não se originam em uma esfera autônoma da produção-reprodução do conhecimento científico ou mesmo da área da saúde em particular e, assim, a avaliação tomada como uma prática social pode vir a se afirmar como um espaço da reprodução de valores do atual modo de produção em saúde. As características da avaliação do trabalho do ACS que focalizamos em nosso estudo guardam sintonia com a preponderância que a área da epidemiologia assume na saúde coletiva e que se reflete nos diversos territórios em que sua influência se exerce.

Ao registrarmos a crítica, em particular aos aspectos quantitativos, não pretendemos questionar a validade e nem a pertinência deste tipo de avaliação em qualquer âmbito, visto que atendem, em grande parte, à necessidade de produzir informações capazes de orientar a formulação de políticas nos níveis centrais de gestão. Contudo, reiteramos sua limitação para, sozinha, dialogar com as práticas cujo enriquecimento depende de um aprofundamento no universo de questões que são objeto preferencial de análise das ciências sociais em sua interação com a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência da análise realizada na pesquisa, destacamos a perspectiva da avaliação do trabalho do ACS como uma prática social que se conforma em um espaço de superposição entre três processos não consolidados, relativamente recentes e ainda em disputa. Tais processos seriam o enfoque de APS implementado no Brasil, o perfil

de atuação do ACS e as avaliações em saúde efetivadas pelos diferentes níveis da atenção.

Para superar a carência de referências consensuais e oferecer estruturas metodológicas e conceituais aplicáveis para a avaliação, a saúde pública recorre às referências em áreas tradicionais de saber que, nesse caso, remetem à clínica, à epidemiologia e à medicina. Assim, do ponto de vista da pesquisa científica se observa a ênfase nos métodos quantitativos. A avaliação em saúde posta em curso no SUS, embora não seja necessariamente caracterizada como pesquisa científica, tem composto seus procedimentos em estreita vinculação com áreas cientificamente estruturadas.

Essas reflexões ajudam a elucidar os resultados observados a partir da pesquisa, sintetizados nas categorias minimização da carga de trabalho, produtivismo, controle de agravos de saúde e supervisão. A primeira e a segunda categorias fortalecem seu poder de construto capaz de contribuir para o entendimento da avaliação do trabalho do ACS, quando pensadas de modo articulado. Tanto a minimização da carga de trabalho quanto o produtivismo decorrem da focalização em resultados finais, mensuráveis, remontam ao gerencialismo característico das origens da avaliação, mas que, a despeito das elaborações críticas que suscitaram, predominam entre as práticas cotidianas de gestão.

A terceira categoria, a de controle de agravos de saúde, dialoga com as tradições epistemológicas das quais deriva a epidemiologia clínica e é perpassada por um objetivismo que, ao invés de colocar em discussão as práticas de educação em saúde a fim de qualificá-las, reifica sua face prescritiva. Embora leve a uma dissociação de uma concepção emancipatória de educação, a centralidade no controle dos eventos clínicos, no contexto social no qual se dá o trabalho do ACS, gera resultados avaliáveis à luz de uma perspectiva objetivista e prescritiva, aos quais se atribui um valor positivo.

Ao contrário disto, defendemos que proposições diversas a esta prática e a estas tradições epistemológicas, apontariam para a superação das limitações postas pela vinculação do trabalho do ACS à difusão de comportamentos específicos com base na identificação de fatores de risco. Entendemos ainda que esta forma de pensar o trabalho do ACS tem orientado uma vertente de avaliação centrada na produção de atividades, identificadas com as diretrizes dos programas verticais de saúde.

A partir da análise da categoria supervisão é possível constatar o caráter subjetivista e hierar-

quizado da avaliação do trabalho dos ACSs. Tais avaliações são restritas aos valores e percepções dos supervisores, frequentemente a cargo exclusivo dos enfermeiros, a respeito da qualidade das intervenções desenvolvidas, sem critérios explícitos. Trata-se de avaliações informais, muitas vezes improvisadas e opacas, que podem elaborar saberes importantes e úteis, mas que têm contra si o fato de serem pouco democráticas e sublinharem a assimetria das relações na equipe de saúde, na medida em que apenas o avaliador ocupa um lugar de produtor de conhecimento sobre o trabalho, restando ao avaliado apenas transmitir informações requeridas.

Ao revisitarmos as categorias construídas na pesquisa, percebemos que elas revelam formas específicas de atuar na gestão do trabalho do ACS. Neste caso, a gestão tende a induzir que o trabalho volte-se para a produção de fenômenos mensuráveis sem dar centralidade à discussão de processos que podem qualificá-lo em sua dimensão educativa.

Preocupa-nos esta orientação, pelo seu potencial de enfraquecimento da perspectiva de reversão do modelo e a manutenção da ênfase no caráter biomédico da atenção em saúde e também, por perpetuar a ambiguidade em torno do perfil profissional do ACS. Conforme discutimos ao longo do texto, o modo de avaliar os ACSs repercute fortemente sobre a forma como estes trabalhadores desempenham suas atividades e contribuem para construir sua identidade profissional. Acreditamos que esta indução alcança benefícios restritos se considerarmos as potencialidades apresentadas pelo trabalho educativo em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Standing H, Chowdhury AM. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: what future for community health workers? *Soc Sci Med*. 2008 May; 66(10):2096-107.
2. David HMSL. Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
3. Ramos T. Entrevista. *Trab Educ Saúde*. 2007 Jul-Nov; 5(2):329-37.
4. Morosini MV. Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV; 2010.
5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a

- organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2008; 24(Sup 1):S7-27.
6. Walt G. Community health workers in national programmes: just another pair of hands? Philadelphia (US): Open University Press; 1990.
7. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trab Educ Saúde*. 2008 Nov-Mar; 6(3):457-80.
8. Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde. In: Pereira IB, França JCL, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV; 2008. p.320-8.
9. Trapé CA, Soares CB. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007 Jan-Fev; 15(1):142-9.
10. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2006 Jan-Jun; 10(19):25-41.
11. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*. 2002 Jul-Set; 7(3):419-21.
12. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 Jul-Set; 11(3):553-63.
13. Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 Jul-Set; 11(3):571-2.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (PT): Edições 70; 2006.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo (SP): Hucitec, 2010.
16. Dal-Rosso S. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Trab Educ Saúde*. 2006 Mar-Ago; 4(1):65-91.
17. Walker DG, Jan S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *J Community Health*. 2005 Jun; 30(3):221-9.
18. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saúde Pública*. 2008 Dez; 24(12):2891-900.
19. Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2008 Out-Dez; 18(4):705-26.
20. Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Out-Dez; 18(4):680-7.
21. Mishima SM. A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.
22. Demarteau MA. A theoretical framework and grid for analysis of programme-evaluation practices. *Am J Eval* [online]. 2002 Out [acesso 2007 Out 03]; 8(4):454-73. Disponível em: <http://evi.sagepub.com/cgi/reprint/8/4/454>.
23. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(Sup 1):S63-9.
24. Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. Thousand Oaks-London (UK): SAGE Publications; 1997.
25. Guba EG, Lincoln Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Parkn (UK): Sage Publications; 1989.
26. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo (SP): EDUSP/Editora Gente; 2004.