

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde”

por

Angélica Ferreira Fonseca

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça

Rio de Janeiro, abril de 2013.

Esta tese, intitulada

“O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde”

apresentada por

Angélica Ferreira Fonseca

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Lacerda da Costa

Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Magalhães de Mendonça – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 15 de abril de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F676 Fonseca, Angélica Ferreira
O trabalho do agente comunitário de saúde:
implicações da avaliação e da supervisão na Educação
em Saúde. / Angélica Ferreira Fonseca. -- 2013.
233 f. : tab.
Orientador: Mendonça, Maria Helena Magalhães
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Avaliação em Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde.
3. Gestão em Saúde. 4. Saúde da Família 5. Educação em Saúde. 6.
Supervisão em Saúde. 7. Trabalho. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.12

Agradecimentos

À ENSP Sérgio Arouca, pois foi a partir da residência cursada nos anos 1990 que pude construir formas de me inserir profissionalmente no campo da saúde pública. E porque, desde então, esta escola me aceita como aluna, este lugar que tanto prezo.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio que me traz oportunidades de renovar minha relação com o campo da saúde, que me possibilitou reconhecer a educação profissional em saúde como um espaço de aprendizado e atuação, e que me permite um cotidiano de encontros com pessoas com as quais compartilho projetos, incertezas e trabalhos que dão sentido a minha vida profissional.

À Maria Helena Magalhães Mendonça, que orientou a tese e que desde o primeiro momento demonstrou confiança nas minhas escolhas de pesquisa, intervindo de modo delicado e preciso para que eu fizesse desse processo um aprendizado singular na minha história.

À Vitória Vellozo, que me trouxe livros, textos e sugestões de todas as ordens pertinentes à construção de uma tese, em uma atitude sustentada não apenas pela nossa amizade profunda, mas por muitos anos de dedicação à atuação profissional e à compreensão teórica do campo da saúde pública.

A Daniel Soranz, Claudia Nastari, Dayse Peres, Jeanne Aveiro, Márcia Siller, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro que não apenas facilitaram minha circulação nos ambientes necessários a consecução da pesquisa, mas que dividiram comigo suas formas de pensar e enfrentar os desafios de construir uma rede básica de serviços que represente um avanço para a qualidade da atenção.

Aos profissionais da Clínica da Família Izabel dos Santos, mas em particular aqueles que me permitiram acompanhar de perto seu cotidiano; que me concederam entrevistas e me permitiram o envolvimento com várias formas de acesso ao trabalho na Saúde da Família. Mantendo os pseudônimos: Mônica, Ana, Júlia, Clara, Nina, Luiza, Iole, Liz, Sophia, Esther, Rafael, Castanha, Vera. Mil vezes obrigada.

À Iara Falleiros que fez uma ótima transcrição de grande parte das entrevistas.

À Nathielie Correa que trabalhou comigo na classificação de artigos e na alimentação do banco de dados e do artigo proposto no momento da qualificação.

Aos professores do doutorado, em especial: Célia Leitão, Roland Fermin e Fernando Teles, Silvia Gershman, Ligia Giovanella, Tatiana Vargas e Ruben Mattos, cujas disciplinas tiveram contribuição direta para essa pesquisa.

A professora Eliete Maria Silva, da Unicamp, que me cedeu suas teses de doutorado e livre docência sobre o tema da supervisão em saúde.

Alguns obstáculos de um doutorado se tornam mais leves quando vemos que nosso trabalho também faz sentido para outras pessoas. Então, um agradecimento aos amigos que estiveram tão próximos: Renata Reis, Ialê Falleiros, Ana Lucia Pontes, Camila Borges, Marise Ramos, Julio França, Felipe Machado, Carlos Batistella.

Agradeço aos amigos aos quais sempre soube que poderia recorrer: Luciana Carvalho, Cecília Carvalho, Bianca Cortes, Muza Clara, Francini Guizardi, Carla Martins e Mônica Vieira.

Aos companheiros muito queridos do dia-a-dia na Trabalho, Educação e Saúde: Keilla Kobayashi, Estela Carvalho, Paulo Guanaes e Marcelo Prado, que me incentivam, apoiam e ajudam. A Carla Martins e Marcela Pronko, que em minhas ausências assumiram a editoria do periódico.

Aos colegas do Laborat, que solidariamente aceitaram incorporar atividades que poderiam ser a mim direcionadas. Essa é uma forma de apoio importante para quem concilia estudo e trabalho.

A Julio Vertzman, que recolocou a psicanálise na minha vida, o que foi fundamental para que eu encontrasse caminhos para lidar com a angústia e também, para assumir a felicidade de criar uma tese.

À Márcia Valéria, a Morosini de minhas referências, posso agradecer pelo tanto que há tantos anos tem me ensinado sobre o trabalho dos ACS. Mas, isso talvez obscurecesse o fato de que ela é uma amiga ímpar.

À Marcia Canejo, a mão mais firme, carinhosa e constante com a qual conto na vida.

A minha irmã Lílian, porque só de sabê-la por perto sinto um conforto que me é inestimável.

À Felipe, Leandro, Maria Clara, Arthur e Nath, presenças que me trazem alegria e leveza.

A André Malhão, meu companheiro e melhor exemplo de determinação no trabalho que eu poderia ter. E também, por tudo mais cujo registro não caberia aqui.

E para Laura, que um dia me perguntou se me atrapalhava na realização da tese, só posso afirmar que agradeço por ela dar um sentido maior e melhor a tudo que realizo e sonho realizar.

Dedico este trabalho a
Odilon Fonseca, meu pai e Edilea Ferreira, minha mãe.
E a Laura Fonseca Malhão, minha filha.

RESUMO

A inserção do Agente Comunitário na Estratégia Saúde da Família traz as marcas de um processo histórico tensionado por visões que, ora enfatizam sua atuação como mobilizador social _ incorporando o processo saúde doença como referente _ e ora enfatizam, em sua atuação, o caráter de reprodução das práticas pautadas pelo modelo biomédico aliado à vigilância. A intensidade com que essas vertentes de pensamento influenciam o processo de trabalho do ACS varia em função de elementos dos contextos históricos e das práticas locais. No presente estudo, buscamos compreender e discutir os sentidos que vem sendo construídos sobre o trabalho do ACS, produzidos por duas tecnologias de gestão: a avaliação e a supervisão. Assumimos a avaliação como uma prática que tem uma dimensão de positividade, ou seja, não apenas incide sobre as práticas para efetivar um julgamento, mas ela mesma contribui para a construção de realidades ao estabelecer maior ou menor valor sobre algumas ações. A supervisão seria um espaço de coordenação, direcionamento e discussão sobre o processo de trabalho. Ambas, avaliação e supervisão, são práticas sociais cujas trajetórias são igualmente tensionadas por perspectivas que as aproximam de uma ação mais emancipatória ou mais controladora. Metodologicamente nos orientamos pelos referenciais da etnografia. No estudo de campo, realizado em uma clínica da família do Rio de Janeiro, aliamos a observação participante e a realização de entrevistas. Nossa análise nos permite indicar que a coesão produzida entre a política da atenção primária em saúde, as prioridades definidas com base em indicadores quantitativos e as práticas na unidade de saúde, tem potencializado uma ação voltada para o controle das doenças. No que diz respeito ao trabalho do ACS, seu processo está configurado de modo parcelar, onde prevalece uma perspectiva simplificadora da educação em saúde, submetida a uma lógica utilitarista e orientada pela prevenção de agravos. A atuação com essa vertente tem sido fortalecida pela gestão baseada em metas e na avaliação limitada ao monitoramento. Embora o que seja projetado para a supervisão aponte para a criação de espaços de discussão do processo saúde-doença e do trabalho em saúde, na prática, sobressai sua intervenção como dispositivo de controle das ações que reiteram a lógica instituída a partir da avaliação/monitoramento.

Palavras-chave: avaliação em saúde; supervisão em saúde; trabalho em saúde; agente comunitário de saúde; gestão em saúde.

ABSTRACT

The insertion of the Community Agent in the Family Health Strategy bears the marks of a historical process tensioned by visions that at times emphasize the agents' role as social mobilizers - incorporating the health-disease process as a reference -, while at others stress the reproduction of practices guided by the biomedical model coupled with surveillance in their work. How intensely these lines of thought influence the CHAs' work process varies based both on historical contexts and on local practices. In this study, we sought to understand and discuss the meanings that have been built surrounding the CHAs' work, as produced by two management technologies: evaluation and supervision. We consider evaluations as a practice that has a dimension of positivity, i.e., not only do they incur in practices that enable making a judgment, but also contribute to building realities by attributing greater or lesser value for certain actions. Supervision, in turn, is a space for coordination, guidance and discussion concerning the work process. Both evaluation and supervision are social practices whose histories are equally tensioned by perspectives that draw them closer to a more emancipatory or a more controlling action. Methodologically, we were guided by ethnographic benchmarks. In the field study, conducted at a family clinic in Rio de Janeiro, we combined 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 leveraged actions focused on disease control. With regard to the work of the CHAs, its process is configured in such a manner as to be fragmented, and under it prevails a simplifying view of health education that subject to a utilitarian logic driven by disease prevention. Performance under this line has been strengthened by a management approach that is based on targets and on evaluation limited to monitoring. Although what is projected for supervision points to creating spaces to discuss the health-disease process and the work in health, in practice what dominates is its intervention as a device for controlling the actions that reiterate the logic established based on evaluation/supervision.

Keywords: health assessment; health surveillance; health work; community health agent; management in health.

Lista de Abreviaturas e siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

CNS- Conferencia Nacional de saúde.

CONACS Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

CF – Clínica de Saúde da Família

CHW – Community Health Workers

DOT /TB – Terapia Diretamente Observada de Tuberculose

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EP- Educação permanente

F.SESP-Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

P4p – Pay for Performance

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PSF - Programa de Saúde da Família

PNACS- Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREG – Sistema de Regulação

SMSDC RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UBS - Unidade Básica de Saúde

MS - Ministério da Saúde

OMS -Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

SPDM – Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Ciência

PMAQ- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

SI – Sistema de informação

Lista de Quadros

Quadro I. Características historicamente constituídas dos papéis sociais desempenhados pelos agentes comunitários de saúde.

Quadro II. Ações que marcam a institucionalização da avaliação em saúde na atenção primária. 1998-2011.

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

SUMÁRIO

Apresentação	10
Capítulo 1. Atenção Primária em Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário: reflexões a partir de uma perspectiva histórica	17
1.1 - Recuperando o debate sobre APS	17
1.2 - Território, atenção permanente e educação para saúde no modelo dos <i>health centers</i>	19
1.3 - Expansão de cobertura, aproximação com a comunidade e os trabalhadores comunitários	25
1.4 - APS: disputas permanentes em conjunturas diferenciadas	30
1.5 - APS e Estratégia Saúde da Família	34
1.6 - O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	37
Capítulo 2. Avaliação e Supervisão em Saúde	50
2.1 - Avaliação e políticas públicas: elementos do contexto	51
2.2 - Avaliação nos anos 1980 e 1990: a emergência das concepções do gerencialismo	54
2.3 -Avaliação e gestão democrática de políticas públicas de saúde: impasses e perspectivas	58
2.4 -A avaliação na atenção primária no SUS: o esforço pela institucionalização.....	63
2.5- A supervisão e o processo de trabalho na Atenção Primária	74
2.6-Supervisão em documentos relacionados à política de Atenção Básica	82
Capítulo 3. Metodologia.....	86
3.1 - A pesquisa qualitativa e a abordagem etnográfica: primeiras escolhas	87
3.2 - Etnografia: compreensão, interpretação e as implicações para o nosso estudo	89
3.3 - Observação Participante	93
3.4 - Aportes do Realismo Crítico incorporados na pesquisa	94
3.4.1- Realismo Crítico – Ontologia e Epistemologia	95
3.5 - O Campo e as Etapas da Pesquisa	98
3.5.1 - A definição do campo de estudo	99
3.5.2 - Características da Clínica de Saúde da Família Izabel dos Santos	101
3.5.3 - As equipes da CSF Izabel dos Santos	102
3.5.4 - Os sujeitos da pesquisa.....	105
3.6 - A Produção dos dados da pesquisa	106
3.6.1 - As entrevistas semiestruturadas	107
3.6.2 Registro e tratamento dos dados	108
3.6.3 - A análise temática	109
3.6.4 - A entrada e a permanência em Campo.....	111
3.7 – Notas preliminares sobre a rede de APS no mun. Rio de Janeiro.....	113

Capítulo 4- Compreensões sobre o trabalho do ACS	118
4.1 - Acolhimento	120
4.2 - Visita Domiciliar	127
4.2.1 Visita domiciliar: uma ação e suas subcategorias	130
4.2.2 A Visita Domiciliar de Acompanhamento	136
4.2.3 Visitas nem sempre domiciliares – a VD de Rua	139
4.3 - As Atividades Coletivas - Grupos	142
4.4 - O sistema de informação como direcionador do trabalho	145
4.5-A recomposição do vocabulário na ESF - 'Educação em saúde' expressão em desuso?	148
4.6 - Sobre o trabalho em equipe	152
Capítulo 5 – Avaliação, supervisão e inflexões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	158
5.1 - A avaliação no fluxo de trabalho na CF Izabel dos Santos	159
5.2 - Pagamento por Performance	164
5.3 - O caráter avaliativo das manifestações dos usuários	171
5.4 - Quantidade e qualidade: além do consenso	175
5.5 - A supervisão e o processo de trabalho do ACS	179
5.6 - Antes de concluir: dois registros do campo	187
Considerações Finais	190
Referências Bibliográficas	195
ANEXOS	210
Anexo 1 Parecer do Comitê de ética em pesquisa da ENSP / Fiocruz	
Anexo 2 Parecer do Comitê de ética em pesquisa da SMSDC - RJ	
Anexo 3 Roteiro - Entrevista com Agente Comunitário de Saúde - ACS	
Anexo 4 Roteiro - Entrevista com o supervisor	
Anexo 5 Roteiro - Entrevista com a coordenação da AP 3.2	
Anexo 6 Roteiro - Entrevista com o gestor da Atenção Primária em Saúde –APS	
Anexo 7 Roteiro - Entrevista com o gestor da OSS –SPDM	
Anexo 8 Roteiro - Observação participante das Reuniões de Equipe	
Anexo 9 Roteiro - Acompanhamento do processo de trabalho do ACS	
Anexo 10 TCLE - Entrevistas com os agentes comunitários de saúde	
Anexo 11 TCLE - Acompanhamento da rotina de trabalho de ACS	
Anexo 12 TCLE - Realização de entrevista com o supervisor	
Anexo 13 TCLE - Observação participante em reuniões de equipe	
Anexo 14 TCLE - Realização de entrevistas com o gestor da APS	
Anexo 15 TCLE - Entrevistas com a coordenação da AP 3.2	
Anexo 16 TCLE - Entrevista com a gerente da CF Izabel dos Santos	
Anexo 17 TCLE –Entrevista com o gestor da Organização Social de Saúde	

Apresentação

Motivada pela construção de um memorial, recentemente revisei etapas da minha formação e inserção profissional e percebi que a avaliação é um tema que marca essas trajetórias. Na residência em saúde pública, na ENSP em 1991, desenvolvi em conjunto com um grupo de residentes, um trabalho de conclusão que consistia em uma pesquisa avaliativa sobre a qualidade da atenção no pré-natal no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Foi meu primeiro contato com os referenciais teóricos da avaliação. No mestrado, concluído em 1994, retomo o tema da qualidade da atenção para discuti-lo através da avaliação, no âmbito da atenção em HIV/Aids em centros municipais de saúde do Rio de Janeiro. Na época, trabalhava no programa de DST/Aids da SMS/RJ. Em ambas adotei o referencial proposto por Donabedian.

Ao ingressar na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, o faço tendo como projeto de pesquisa uma avaliação da formação de técnicos em registros de saúde, a partir dos resultados de sua inserção em seus serviços de origem. Essa experiência me alertou para as dificuldades de transpor referenciais da avaliação para outros contextos sociais, sem uma cuidadosa análise das realidades e contradições ensejadas em cada situação concreta e que no caso, envolviam a relação formação / trabalho.

Na Escola Politécnica, as questões relativas à formação do trabalhador de nível médio tornaram-se objeto primordial de minha reflexão, tendo participado de pesquisa e ensino vinculados à formação de agentes comunitários de saúde (ACS). Assim, ao elaborar uma proposta de doutorado, atenta à dimensão que a avaliação adquiriu na gestão e consciente dos desafios postos pela inserção dos ACS no SUS, busquei tecer uma relação entre esses temas, definindo um objeto que sustentasse o presente estudo e que ao mesmo tempo trouxesse uma reflexão capaz de renovar as contribuições que espero oferecer no âmbito da educação profissional em saúde.

Qualidade e quantidade são dimensões interconectadas dos processos de produção de serviços. Na saúde a questão da quantidade esteve diretamente ligada a bandeiras políticas como a universalização da atenção, que ao retirar a saúde do âmbito dos benefícios para como um direito de cidadania determinou a expansão dos serviços. O acesso, um problema que precede o SUS e que se colocou como um dilema para a consolidação do histórico do SUS, tem nos níveis quantitativos de oferta um de seus componentes centrais. Questões relativas à quantidade dialogam com a perspectiva da igualdade, mas são incapazes, por si próprias, de transpor ou mesmo equalizar as situações que envolvemos problemas de saúde da população. Minimamente ultrapassadas as barreiras postas pela insuficiência quantitativa, a qualidade se torna um imperativo do sistema e, mediante a associação entre quantidade e qualidade se pode dialogar diretamente com as questões da equidade e constituir projetos e processos visando superar as condições que fazem da saúde-doença um processo social e pessoal passível de intervenção pelos serviços de saúde.

Por isso, *quantidade - qualidade* é um binômio que rege as práticas de gestão. Nesse sentido, coloca-se para a gestão o trabalho desafiador de buscar o equilíbrio e a integração entre os termos desse binômio, na perspectiva de obter melhores resultados na produção de saúde. Contudo, se por um lado a quantidade tem referências mais estáveis e simples de captar, a definição de qualidade abre um leque amplo de vias de abordagem, sempre influenciadas por perspectivas políticas, culturais, ideológicas, tecnológicas e, no caso da saúde, pelo modo como esses elementos se interpenetram construindo e valorando uma dada compreensão sobre o processo saúde-doença.

O compromisso inerente à gestão, de lidar com essas questões no plano concreto, impõe um papel permanentemente dinâmico na busca de formular e operar processos e mudanças, que em tese contribuiriam para o 'sucesso' de definida pela política e nos programas. Como não existem garantias quando aos resultados que serão alcançados, a gestão busca tecnologias que permitam discutir não apenas os resultados, mas também, oferecer indicações quanto ao fato de estar trilhando '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 trilhar esse percurso, no qual quantidade e qualidade devem ser integradas para alcançar os resultados de saúde desejados. Em todos os níveis do sistema, do plano mais ascendente da formulação de políticas até o mais singular do espaço dos serviços, existe em torno da avaliação a crença de que nela reside não apenas um caminho a ser compatibilizado com outros, mas o caminho mais eficaz e eficiente de conhecer objetivamente a realidade e, a partir de seus resultados, induzir a adoção de ações visando mudanças.

Embora apropriada na política pública como tecnologia, a avaliação é uma essencialmente, uma prática de produção de conhecimento. A compreensão de que a avaliação deve ser pensada como um modo de produção de conhecimento, que mantém relação direta com a criação e o julgamento de intervenções é um dos pontos de partida do presente estudo. Por pensá-la como produção de conhecimento, indicamos a necessidade de refletir sobre a especificidade dos conhecimentos produzidos, seus limites e potencialidade. Por pensá-la em relação às intervenções que implementa a partir de seu próprio exercício (positividade da avaliação) e também das prescrições que dela decorrem, indicamos ser importante refletir sobre os efeitos que produz, previstos e imprevistos. Admitimos que nem sempre esses efeitos são, em todos os sentidos, favoráveis aos processos de trabalho e às condições de trabalho infligidas aos profissionais de saúde.

Ao se firmar como campo, a avaliação amplia as possibilidades de interagir com conhecimentos de diversas disciplinas formulando “modos” e não “um modo” de produzir avaliação. Esse reconhecimento proporciona aos avaliadores diversas linhas de investigação e atuação tendo a avaliação como fundamento. Como elemento de intervenção sobre realidades específicas da saúde, a avaliação vai interagir 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 entre as políticas públicas.

Da atuação recíproca entre esses elementos - por um lado, a ampliação de alternativas geradas pelo fortalecimento do campo da avaliação e, por outro, a

eleição de formatos mais ajustados às perguntas impostas pela racionalidade da gestão - resultam modos mais típicos de pôr a avaliação em prática. Em outras palavras, enquanto tecnologia de gestão, algumas formas de avaliação vão preponderar sobre outras, sempre sob a égide de que a avaliação contribui para qualificar os objetos aos quais se dirige.

Considerando válido o pressuposto anteriormente enunciado, torna-se pertinente mapear, em contextos concretos, os modos de avaliar mais difundidos, e como eles influenciam esses contextos.

Em nosso estudo, essa preocupação se endereça para a atenção primária em saúde e mais especificamente, para o trabalho do agente comunitário de saúde.

Essa escolha não se dá apenas pelo reconhecimento da centralidade que a atenção primária em saúde (APS) tem assumido na mudança do modelo assistencial e pelo lugar de relativa importância atribuída ao agente comunitário de saúde. Capta a nossa atenção o fato de que o ACS se insere na estratégia de saúde da família tendo seu perfil e sua atuação com alto grau de indefinição e tensionado por interesses e concepções que enfatizam traços que marcam, historicamente, a configuração desse sujeito 'o trabalhador comunitário em saúde' em diversos tempos e cenários.

Se a melhoria da qualidade é o mote para a conexão que se estabeleceu entre avaliação e gestão, a partir de nosso objeto, que é a relação que se estabelece entre o trabalho do ACS, a avaliação e a supervisão, formulamos algumas questões: que qualidades – no sentido de propriedades – a avaliação tem ajudado a aprofundar quanto ao trabalho do ACS? Qual o potencial que a avaliação em saúde operada na ESF tem, de contribuir para adensar o trabalho educativo desenvolvido pelos ACS? Que relações tem sido firmadas, no cotidiano, entre a avaliação e a supervisão?.

É nessa confluência de interesses investigativos que desenvolvemos nosso estudo, cujos objetivos são: analisar as características predominantes no processo de trabalho do ACS no locus da pesquisa; investigar quais os sentidos do trabalho do ACS que vem sendo enfatizados como efeito das

práticas de avaliação / supervisão; compreender como o trabalho educativo vem sendo influenciado a partir da supervisão e da avaliação; compreender as características das relações tecidas, no cotidiano, entre as práticas de avaliação de supervisão.

Por se tratarem de objetos sociais, o estudo requisitou um olhar sobre os contextos históricos que balizam os termos do nosso objeto – trabalho do ACS, avaliação e supervisão. Este é a base sobre a qual construímos os dois primeiros capítulos da tese. Nosso olhar percorre a história na tentativa de identificar concepções, papéis sociais e disputas, que atravessam as políticas de saúde e suas instituições, na busca por elucidar algumas marcas que estas práticas mantêm na estratégia saúde da família.

Por nosso entendimento quanto à pertinência de refletir a partir de contextos concretos, definimos uma metodologia que se nutre da pesquisa empírica e da etnografia como referencial metodológico, conforme exposto no terceiro capítulo.

Em nosso estudo a etnografia estabeleceu a compreensão e a interpretação como verbos norteadores na interação com o campo e com os sujeitos da pesquisa. Esse movimento compreensivo, em termos gerais marcados pelo nosso objeto de pesquisa – relações e influências da avaliação e da supervisão sobre o trabalho do ACS - foi originando unidades menos amplas, em torno das quais construímos significados que se articulam com o objeto do estudo.

O sentido de compreensão adotado, baseado em Geertz (1989), assume a interpretação como o processo de construção de significado diante dos dados da pesquisa. Nessa construção de significados, nos amparamos nos sentidos partilhados pelos sujeitos da pesquisa, mas os colocamos em diálogo com nossos próprios referenciais. Além disso, nos apoiamos em uma análise do contexto histórico, partindo do pressuposto que os conteúdos que pesquisador e sujeitos expressam trazem as marcas sociais da cultura e do tempo histórico em que se produzem.

A consideração de quais dados de pesquisa foram convertidos em resultados que demandam poder de análise é decorrente da distinção entre as situações que nos pareceram mais significativas. Este significado é relativo à capacidade de proporcionar reflexões sobre as bases sociais que estabelecem as condições em torno das quais se delinea o trabalho, a avaliação e a supervisão dos agentes comunitários de saúde na ESF, mas sua construção está impregnada pela vivência no campo.

A investigação de campo foi realizada em uma Clínica de Saúde da Família, a Izabel dos Santos, uma das unidades que faz parte do movimento de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, intensificado a partir de 2009. A vivência no campo nos mostrou que a compreensão necessária para abordar nosso objeto passava por reelaborar nossa perspectiva sobre o trabalho do ACS, a partir da interação com as formas que adquiria no *locus* de pesquisa e dos significados que os sujeitos da pesquisa lhe atribuíam. Desse modo, o trabalho se torna o eixo que estrutura a reflexão sobre a avaliação e a supervisão.

No quarto e no quinto capítulos, discutimos os resultados. No quarto capítulo é concedida centralidade à compreensão sobre o trabalho do ACS mantendo vinculação explícita com o material de campo e com o disposto no primeiro capítulo. Observamos que diversas atividades com significados diferentes se articulam conformando o trabalho do ACS. Uma reflexão sobre a dinâmica de organização do trabalho, sobre os significados das atividades, e a análise de sua influência na construção do papel social desse trabalhador são o foco desse capítulo que oferece a base para a análise das práticas de avaliação e supervisão.

No quinto capítulo as práticas que representam a racionalidade da avaliação em saúde na Clínica da Família são analisadas. Nessa análise buscamos compreender as características dessas práticas, em particular do monitoramento, que se mostrou a face mais representativa da lógica da avaliação no campo de estudo; o valor atribuído a elas pelos sujeitos da pesquisa, e os elementos sociais que contribuem para seu fortalecimento. Em relação à supervisão, a mesma perspectiva é adotada, sendo destacada a

relação entre supervisão e objetivos da avaliação. Suas repercussões sobre os sentidos que se produzem em torno do trabalho do ACS é o eixo da discussão que propõe ainda reflexões a respeito de efeitos dessas práticas sobre o trabalhador.

Nas considerações finais sintetizamos nossa análise sobre o trabalho do ACS, destacando a possível perda de densidade das práticas de educação em saúde a favor do controle de agravos, e os modos pelos quais a avaliação e a supervisão fortalecem essa perspectiva de atuação do ACS. Sinalizamos alguns riscos que assumimos ao atribuir à avaliação em saúde o papel central de direcionar as práticas cotidianas de trabalho do ACS.

Capítulo 1. Atenção Primária em Saúde e o perfil social do trabalhador comunitário: reflexões a partir de uma perspectiva histórica

Em diversos países, e no Brasil em particular, a adoção do enfoque da atenção primária como reordenador de sistemas de saúde tem se consolidado dando destaque ao trabalhador comunitário que, no Sistema Único de Saúde (SUS), é denominado 'agente comunitário de saúde' e está inserido na estratégia saúde da família (ESF).

Note-se que a atenção primária no Brasil, particularmente a ESF, tem sido fortalecida por medidas que se articulam em diversos planos, tais como a criação de estruturas técnicas e políticas no âmbito governamental, a aprovação de legislações de caráter diverso e a clara indução orçamentária que contribuem para a sua priorização.

A dimensão que a saúde da família adquiriu recentemente, tornando-se referência para a reorganização da atenção à saúde, é um elemento novo da política de saúde brasileira. Entretanto, as práticas que perpassam essa estratégia sustentam-se na conciliação entre novos olhares e concepções instituídas historicamente sobre os serviços de saúde, a finalidade da educação em saúde e a ação prevista para o trabalhador comunitário.

Numa perspectiva histórica, esse capítulo propõe-se voltar no tempo para evidenciar características que estiveram presentes nos diversos contextos de constituição e desenvolvimento da APS no Brasil e que nos auxiliam na compreensão sobre o trabalho do ACS.

1.1 - Recuperando o debate sobre APS

Em meados da primeira década dos anos 2000, são publicados dois documentos – um pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em

2005, e outro pela Organização Mundial de Saúde em 2008 (WHO, 2008a) que, desde os respectivos títulos, assumem a atenção primária em saúde (APS) como enfoque privilegiado para a organização de sistemas de saúde.

No primeiro documento, intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, a Opas apoia-se em debates com especialistas de vários países, inclusive do Brasil, e apresenta argumentos e indicações práticas para revigorar a política e as estratégias de implementação da APS nas Américas, configurando um texto de posicionamento político. (OPAS, 2005)

Já o documento de 2008, “*La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*”, é um informe técnico da OMS sobre a saúde no mundo que contém, em dimensão ampliada, os argumentos políticos do texto de 2005. O conteúdo induz ao pensamento sobre as diferenças entre o contexto mundial em que se realizou a Conferência de Saúde em Alma-Ata e o atual e traz um discurso apoiado em dados científicos, sobretudo epidemiológicos, no qual são apresentadas evidências quanto aos benefícios de tomar a APS como enfoque. (WHO, 2008a)

Dessas publicações apreende-se, principalmente, o movimento de recuperação do debate em torno da APS, no qual são explicitadas as disputas entre os diferentes significados que a adoção desse enfoque como ponto principal de organização de sistemas de saúde pode assumir no contexto de cada país. Além disso, recoloca perspectivas da relação entre Estado e sociedade frente ao conjunto de questões que o campo da saúde faz emergir, tais como a responsabilização sobre a saúde coletiva, a relação entre os setores público e privado, os modos de financiamento das ações de saúde e a própria percepção da saúde como direito (Giovanella, 2008).

Autores como Ribeiro (2007) apontam a existência de uma insuficiência conceitual na noção de APS. Em nossa compreensão, as indefinições existentes na atenção primária à saúde não derivam de uma suposta insuficiência conceitual, mas do fato de a APS ser um campo de disputas em que se enfrentam diferentes orientações políticas, econômicas e sociais traduzidas em diferentes modos de conceber o processo saúde-doença, os

direitos sociais e o papel do Estado na produção e manutenção dos serviços públicos.

Sua configuração é resultante da correlação de forças que se põem em disputa, e representa interesses distintos na conformação das políticas públicas e seu ulterior desenvolvimento, devendo ser considerada em cada contexto sócio-histórico. Dessa forma, a APS tem se mantido como um espaço rico de debates que ganham maior ou menor destaque em certos contextos, mas estão sempre presentes.

Essa mesma perspectiva orienta a nossa compreensão do perfil social do trabalhador comunitário em saúde, cuja história está intrinsecamente associada à da atenção primária em saúde, que tem como principal expressão no Brasil, hoje, a Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual atua o agente comunitário de saúde (ACS).

1.2 - Território, atenção permanente e educação para saúde no modelo dos *health centers*

Segundo Cueto (2004), o termo 'atenção primária' foi, provavelmente, utilizado pela primeira vez no jornal Contact, da Christian Medical Commission, instituição criada nos anos 1960 por missionários médicos que atuavam nos países pobres e que, nos anos 1970, estiveram intensamente articulados com a OMS para formulação de propostas tendo a APS como base. Entretanto, a primeira formalização de propostas para um sistema de saúde consistente com a ideia posteriormente nomeada como atenção primária remete ao ano de 1920, quando o governo britânico publicou um documento conhecido como Relatório Dawson (Fausto e Matta, 2007; Frenk, 2009). Nele encontra-se a proposta de organização dos serviços com base distrital, hierarquização em quatro níveis, sendo o primeiro nível formado por centros de saúde com atendimento pelo *general practitioner*.

Ideias que posteriormente compuseram o enfoque da APS estão presentes no Brasil, na reforma de 1925 que, em São Paulo, instituiu o modelo de centro de saúde cujas atribuições eram: uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis, localizar focos de doenças e, principalmente, criar oportunidades para a educação sanitária dos pacientes e das respectivas famílias. Em certa medida, encontrava-se um contraponto à polícia médica, então vigente, ao apresentar a ideia de 'consciência sanitária' e fazer da educação um elemento central da relação desses serviços com a comunidade (Castro Santos e Faria, 2002).

Foi nesse período que se iniciou o primeiro curso de educadoras sanitárias, ou visitadoras (Candeias, 1988; Faria, 2006), demonstrando que a atuação contínua, em conexão com os locais de moradia da população, já havia sido, no Brasil, um ponto de destaque nas propostas de serviços de saúde permanentes e não de ações pontuais, características das campanhas. Abriu-se oficialmente nesse momento um espaço para que o setor saúde incorporasse trabalhadores não profissionais da saúde para realizar um trabalho de aproximação entre as ações de saúde e a população.

Apesar de revelar algumas peculiaridades, o modelo de centro de saúde brasileiro foi explicitamente inspirado no modelo norte-americano dos *health centers*. Em ambos os países, consolidava-se a ideia da atuação distrital, baseada na definição de um território e de uma população, da participação da comunidade e da 'educação para prevenir' (Castro Santos e Faria, 2002). No Brasil, sua implementação associa-se à atuação da Fundação Rockefeller, que participou do financiamento que criou o Instituto de Hygiene de São Paulo, instituição influente na formulação de políticas de saúde, e modelou fortemente a educação médica e a formação em enfermagem, segundo os padrões norte-americanos (Oguisso et al. 2009). A partir do programa de bolsas de estudo dessa fundação, expoentes do sanitarismo do Brasil e de vários outros países fizeram parte de sua formação na Universidade Johns Hopkins, o que repercutiu para a difusão de um modelo de ciência e administração sanitária no qual os centros de saúde tiveram destaque (Castro Santos e Faria, 2002).

Tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, este modelo sustentava-se pelo entendimento de que o alcance de resultados mais efetivos na saúde, cuja compreensão restringia-se à ausência de doença, dependia da aproximação entre os serviços e a população. Nas palavras de Barros Barreto, sanitarista que esteve à frente do Departamento Nacional de Saúde durante alguns anos da era Vargas e defensor do desenvolvimento de uma rede de centros de saúde com foco distrital, esta era uma forma de proporcionar à população “o atendimento em um mesmo local, e de uma só vez, de todos os seus interesses e necessidades em matéria de higiene” (Barreto, 1931 apud Castro Santos, 2002, p.7).

Nos Estados Unidos, a década de 1930 ainda veria a proposta dos *health centers* se fortalecer, sobretudo por sua vinculação ao movimento dos distritos sanitários. O financiamento era em grande parte público, municipal, mas cabia ao centro de saúde coordenar as ações que incluíam as instituições privadas. Ainda assim, estes serviços eram percebidos como uma forma de concorrência com a produção de serviços pela iniciativa privada (Duffy, 1990). De acordo com Duffy (1990), a redução da imigração, a melhoria das condições de vida, a mudança nos padrões do trabalho social e a oposição das associações médicas levaram, nos anos 1940, ao declínio contínuo de ambos os movimentos, que eram dirigidos às populações urbanas empobrecidas.

No Brasil, a continuidade do modelo dos centros de saúde é atribuída à existência de um grande contingente populacional com condições econômicas mais precárias e ao prestígio dos sanitaristas no país (Castro Santos e Faria, 2002), cada vez mais próximos do poder estatal.

Os conceitos sobre os quais se organizava a noção de atenção primária daquela época eram oriundos da Higiene, reconhecida como uma área de saber interdisciplinar, que nos anos 1930 chegava a ser apresentada como a nova medicina, por meio da qual seria viabilizada a “aplicação de todo o conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens” (Arouca 2003, p. 114).

No marco da Higiene, a educação para a saúde, associada ao modelo dos centros de saúde, teria um caráter altamente normatizador, atuando nos mais diversos âmbitos da vida e em espaços institucionais como a escola, a fábrica e o domicílio. Apesar desse traço, existia a compreensão de que os centros de saúde eram essas unidades nas quais a saúde era compreendida de modo articulado à dimensão social e em interação com o meio. Embora esta forma de se expressar possa parecer parte de um discurso mais atual, eram esses os termos utilizados, nos anos 1930, por sanitaristas como Paula Souza e Samuel Pessoa, que achavam necessária a distinção do papel de cada tipo de instituição, em particular os hospitais, centros de saúde e policlínica (Castro Santos e Faria, 2002).

A educação sanitária como referente e a visita domiciliar como prática, aliadas ao direcionamento da atenção a segmentos populacionais excluídos do acesso aos serviços de saúde, tão presentes nas primeiras décadas do século XX, são retomadas nas propostas da medicina comunitária em meados da década de 1970 (Donnangelo e Pereira, 1976) e na estratégia saúde da família a partir dos anos 1990, com novas influências, entre elas, a da educação popular em saúde que não necessariamente elimina a perspectiva higienista, mas oferece-lhe um contraponto.

Da mesma forma, percebemos que fundamentos presentes no discurso atual sobre APS já constituíam características do ensino de Higiene e Saúde Pública, que compunha os currículos médicos. A atividade de inspeção, por exemplo, compreendia:

um mapeamento da situação sanitária local e, ao mesmo tempo, fornecia ao Instituto de Higiene, dados sobre abastecimento de água, sistemas de tratamento dos esgotos, métodos de tratamento do lixo, estatísticas vitais, condições sanitárias das fábricas e habitações coletivas, higiene das escolas, mercados, matadouros e portos (Faria, 2005, p. 1.016).

Os estudantes ficavam responsáveis também pela distribuição de material de propaganda sobre higiene.

A inclusão dessas atividades na formação médica demonstra uma percepção da vinculação entre problemas de saúde e condições de vida, ainda que não houvesse uma problematização do sistema de produção que dá origem às más

condições de vida. A visão de educação em saúde não transcendia o controle da propagação de doenças e a difusão de hábitos, além de ser permeado pela individualização das responsabilidades. Para Arouca, a Higiene consistia em:

uma visão de mundo ideológico que no conjunto de suas representações abstrai as causações para afirmar uma solução normativa, vinda da unidade das ciências, enquanto discursa sobre as alternativas de mudanças das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina estas mesmas condições de existência (Arouca, 2003, p. 115).

O trabalho nos centros e nos postos de saúde, embora pretendesse abarcar várias dimensões da vida diretamente relacionadas à saúde, desenvolvia-se com base em uma perspectiva biomédica, com foco na profilaxia contra doenças infecciosas, na luta contra os vetores, na transmissão de informações sobre puericultura às mães, todos esses, elementos marcantes no modelo Rockefeller.

Merhy (1992) diria que o modelo tecno-assistencial representado pelos centros de saúde baseia-se na corrente médico-sanitarista que entende a “*causa-básica do processo saúde-doença como pertinente ao indivíduo (consciência sanitária) e única*” (Merhy, 1992, p. 29). Ainda assim, este era um modelo que se opunha ao campanhista, que tinha em dispensários e inspetorias sanitárias seu serviço prioritário, sendo inteiramente filiado às formas de intervenção propugnadas pelo pensamento bacteriológico, voltando-se ao atendimento de uma doença específica.

É importante lembrar que foi também na década de 1920 que, no Brasil, teve início o modelo de previdência social com as caixas de aposentadorias e pensões, passando a se estabelecer uma dicotomia entre as ações de saúde pública e de assistência e que, em certa medida, refletiam uma distinção e uma disputa entre a clínica e a saúde pública. Nesse contexto, os centros de saúde eram as organizações que representavam a assistência sanitária a partir da perspectiva de uma assistência básica, enquanto a medicina previdenciária foi institucionalmente representada pelos hospitais (Campos, 1999).

As décadas de 1930 e 1940 ainda veriam, principalmente em São Paulo e na capital federal (Rio de Janeiro), mas também em outros estados, a expansão desses centros de saúde, aos quais se juntaram os postos e subpostos de higiene, postos especializados e postos itinerantes¹. Nessas unidades a educadora/visitadora sanitária era imprescindível e sua ausência determinava que um posto se tornasse um subposto (Castro Santos e Faria, 2002). A definição de um território, o distrito sanitário, ao qual se vinculavam o centro e os postos de saúde, também vingara de modo que, em 1942, em São Paulo, haviam sido constituídos 93 distritos sanitários (Campos, 1999).

Ideias estruturantes do modelo dos centros de saúde são retomadas em princípios organizativos da atenção primária à saúde, de um modo geral, da estratégia saúde da família e do trabalho do ACS no Brasil. Neste sentido, as ideias mais significativas são: a centralidade de um trabalhador, que não é da categoria médica, nem da enfermagem, com o papel de articular conhecimentos dessas áreas com aqueles da educação; a prática da visita domiciliar e a definição de um território de atuação.

Segundo Campos (1999), o esvaziamento dessa organização sanitária, mais afinada com o que hoje chamamos de atenção primária em saúde, viria a partir de 1939, em função de decreto do então presidente Getúlio Vargas e do ministro de Educação e Saúde, Gustavo Capanema, que determinou a transferência dos centros de saúde vinculados ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) para a prefeitura do Distrito Federal (Fonseca, 2000; Campos, 1999).

Ainda que houvesse uma divisão hospitalar no DNS, a disputa em torno de uma racionalidade de organização da assistência à saúde ocorria entre a perspectiva da assistência básica, distrital e permanente, representada na época pelo modelo dos centros de saúde, e o modelo campanhista, verticalizado e especializado, que organizou os serviços nacionais por doença (lepra, febre amarela, malária, entre outras).

¹ Por ser a capital federal, o Rio de Janeiro era considerado um espaço de experimentação de propostas que poderiam ser expandidas no território nacional. São Paulo, por sua vez, ao concentrar poder econômico e político, era um estado do qual surgiam e se difundiam modelos de atuação em saúde. Nesses locais encontravam-se também os sanitaristas de maior renome e importância política da época.

Por sua vez, a transferência de gestão para a prefeitura representou, à época, perda de prestígio e poder para os centros de saúde que pretendiam instituir-se como um modelo de organização sanitária de abrangência nacional (Campos, 1999).

1.3 - Expansão de cobertura, aproximação com a comunidade e os trabalhadores comunitários

No âmbito de um acordo entre Brasil e Estados Unidos, promovido por uma agência coordenada por Nelson Rockefeller, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que atuou até 1960, quando foi substituído pela Fundação SESP. Vinculado ao contexto de proteção das áreas de produção de matéria-prima para fins militares, especialmente da Amazônia e Vale do Rio Doce, o SESP teve sua atuação expandida para o Nordeste, embalada pelos preceitos das políticas desenvolvimentistas da época. No governo Vargas, período em que foi criado, esta instituição já apresentava o propósito de atuar fortemente na formação de trabalhadores de saúde, em particular médicos, enfermeiras, engenheiros sanitários e 'profissionais intermediários', como as visitadoras sanitárias (Campos, 2006). O SESP teve papel importante ao expandir a autoridade pública, tendo o campo da saúde como base. Além de responder a questões de saúde, assumindo a educação sanitária como eixo, os serviços tornavam-se instrumentos de vínculo político com a população do interior e, desse modo, produtores de uma nacionalidade (Campos, 2006).

Diante da questão dos serviços básicos permanentes, Ribeiro (2007) e Campos (1999) consideraram que a Fundação SESP atuou mantendo a lógica do projeto dos centros de saúde, porém voltada para a área rural. Contudo, para Bodstein e Fonseca (1989), pelo fato de suas atividades estarem delimitadas por um escopo muito marcado de doenças contagiosas e por darem centralidade ao trabalho do médico e dos guardas sanitários, a fundação SESP não pode ser vista como continuidade deste projeto.

As visitadoras sanitárias no contexto sespiano diferiam daquelas que se vincularam ao modelo dos centros de saúde nas áreas urbanas, próximo aos anos 1930. Por lei, estas últimas deveriam ser diplomadas pela escola normal, o que neste período histórico indicava uma posição social de prestígio. Além desse pré-requisito, elas recebiam uma formação de um ano e meio, em tempo integral, podendo assim ascender ao cargo de educador sanitário no serviço público (São Paulo, 1926). Nas décadas de 1940 e 1950, o SESP, que neste período era o ator institucional mais relevante na saúde pública, encarava a educação sanitária como uma atividade transversal aos seus diversos profissionais. O investimento na formação sanitária era mais difuso, incluindo, por exemplo, os professores primários para atuação nas escolas. Entretanto, esta aposta na educação sanitária não resultou em proporcionar maior densidade a essa formação que, em geral, era bem abreviada.

Silva e Dalmaso (2002) incluem as visitadoras sanitárias do SESP num grupo genericamente denominado como ‘pessoal auxiliar’, que tem traços em comum com o perfil atribuído aos agentes comunitários de saúde. A atuação das visitadoras influenciou a formulação de propostas nos programas com uma vertente de reorientação da atenção à saúde no Brasil. Essas trabalhadoras eram selecionadas entre os moradores de uma área, mas o seu trabalho era realizado em outra localidade. O curso de capacitação, com conteúdos eminentemente práticos, durava seis meses em regime integral e o requisito de escolaridade era o primeiro grau completo (Campos, 2006). As atribuições eram levar instrução sanitária, na perspectiva de substituir os saberes populares pelos de caráter científico, e provocar a incorporação de hábitos condizentes com esses preceitos. A propósito da relação entre os serviços de saúde e o papel das visitadoras sanitárias, Rodolfo Mascarenhas comenta

“a saúde pública, em seu aspecto dinâmico, só se realiza, em verdade, através da ação das visitadoras, caso contrário os serviços representam apenas ambulatorios estáticos à espera de sua clientela interessada. Elas, na linguagem de Bernanrd, são para a saúde pública o que a sensibilidade tátil é para um cego” (Mascarenhas, 1954 apud Mello, 2009, p.164)

Marcou esse período o entendimento de que a doença era um obstáculo primordial ao desenvolvimento, o que pautou as políticas de saúde mais amplas e também as estratégias a partir das quais as práticas sanitárias eram

postas em curso. Em estudo que analisa artigos científicos publicados entre 1950 e 1980, Borges (2012), nomina como futuro certo, um modo discursivo particular, que expressa a ideia de que no âmbito da saúde existem respostas suficientes e claras para resolver os problemas, bastando colocá-las em prática. A autora nos mostra que, “*a falta de continuidade das ações é o que explica a existência de problemas para os quais já se conhece a solução*” (Borges, 2012, p.41) assinalando que a educação sanitária era identificada como uma ação capaz de se contrapor a essa falta de continuidade, o que conferia relevância a profissão de educador sanitário (Borges, 2012). Ainda seguindo essa autora, vimos que a construção da consciência sanitária, processo mais amplo que a educação sanitária da população, integrava um projeto civilizatório.

O ingresso de saberes e profissionais das ciências sociais na saúde em geral e no SESP em particular, pretendia dotar o campo da saúde de conhecimentos sobre os temas relacionados à cultura das comunidades (crenças, valores, aspirações) a fim de superar a educação sanitária como transmissão de informação.

Referindo-se em especial a população das áreas rurais, o sociólogo Arthur Rios publicou no início dos anos 1950, no Boletim do SESP, três artigos recentemente transcritos e comentados por Lima e Maio (2010) enaltecendo e desenhando relações entre ciências sociais e educação sanitária. O texto de Rios explicita o papel das ciências sociais que associados aos educadores sanitários poderiam gerar o entendimento quanto a necessidade de produzir valores homogêneos sobre saúde, para o que é preciso o educador sanitário deveria primeiro atuar “*removendo obstáculos (...)vencer resistências. A informação vem depois, quando o educador já tiver criado um ambiente receptivo para a informação que vai distribuir*”. (Rios [1953] apud Lima e Maio, 2010, p.523)

Neste cenário a mobilização local tornou-se um lema, indicando a necessidade de distinguir pessoas influentes nas comunidades para potencializar o trabalho educativo de modo a promover um sentimento de responsabilização em cada indivíduo pela sua falta de saúde (Renovato e Bagnato, 2011).

Na década de 1960, a ideia de um trabalhador recrutado na comunidade fez-se presente na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963. Nela evidenciou-se a preocupação em assumir o desenvolvimento econômico do país e o modelo inadequado de organização e administração do sistema de saúde como pano de fundo da análise do contexto sanitário. A atuação contínua e apropriada nos diversos níveis – federal, estadual e municipal – era tomada como premissa para a melhoria do estado de saúde da população. O modelo campanhista teve alguns de seus méritos reconhecidos, mas era apresentado como um agravante do planejamento concebido e implementado verticalmente e distanciado das realidades locais.

Considerar essas realidades implicava definir e por em curso políticas locais. Tendo em vista a impossibilidade de “colocar um médico ou sequer um enfermeiro qualificado em cada município ou localidade do interior”, o equacionamento das necessidades de atendimento deveria se dar pela incorporação do trabalhador comunitário, *“promovendo a utilização em larga escala de pessoal técnico de menor qualificação”* com capacidade de desempenhar serviços básicos mínimos (Niterói, 1992, p. 155). Sobre as características desse trabalhador, o relatório da 3ª CNS orienta para o *“recrutamento no seio da própria comunidade a qual vão servir, tendo em vista sua fixação perfeita ao local, sem qualquer desajuste de ordem social, técnica ou econômica, percalços sempre presentes em relação aos elementos alienígenas”* (Niterói, 1992, p.156).

A esse argumento de caráter cultural associa-se outro de caráter gerencial que determina a conformação do perfil desse trabalhador. Trata-se do baixo investimento em formação, pois a proposta de qualificação técnica está *“condicionada ao meio onde vai exercer suas atividades”*, portanto a seleção na comunidade traria como vantagem evitar o *“desnível de pagamento do técnico em relação à capacidade de pagar do meio”* e ainda *“evitar a fuga do técnico de seu próprio meio”* (Niterói, 1992, p.156). Ao ganhar dimensão nacional e vincular sua origem à comunidade, a proposta desse educador sanitário distingue-se daquela implementada em São Paulo nos anos 1930 e aponta para uma baixa qualificação e remuneração. Cabe notar que esses são elementos que persistem até hoje nas discussões sobre o perfil social dos

agentes comunitários de saúde e apontam para a compreensão de seu trabalho como um trabalho simples.

Politicamente, o golpe militar de 1964 interrompeu o processo de fortalecimento de uma rede básica e enfraqueceu ainda mais o modelo dos centros de saúde que já vinha em declínio. Campos (2006) destaca os avanços científicos e tecnológicos da medicina e seus desdobramento (novas drogas, técnicas e produtos) como elementos que trouxeram o hospital para o centro do sistema de saúde. Isto se refletiu, por exemplo, na estrutura física cada vez mais precária e na escassez de quadros profissionais dos centros de saúde, com os sanitaristas sendo absorvidos pelas estruturas federais (Campos, 1999, p. 87).

Nas décadas de 1960 e 1970, no âmbito dos programas de extensão de cobertura, dentre os quais pode-se destacar o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), encontramos alguns elementos que também remetem às concepções que sustentam a APS, como a aproximação com a comunidade, o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência e a inserção de um trabalhador recrutado nas próprias comunidades, caracterizado como sendo de nível auxiliar (Silva e Dalmaso, 2002).

O contexto político – ditadura militar, com suspensão de direitos democráticos e participação política – e o contexto econômico – desenvolvimento subordinado com financiamento público do setor produtivo e crescimento da presença do capital internacional – determinaram que o projeto se difundisse nos espaços em que não representasse ameaça aos interesses do setor privado e conveniado. Este setor expandia-se estruturando por uma lógica médico-curativa, sustentada pelo modelo hospitalocêntrico, associado à concentração de equipamentos médico-hospitalares.

Entretanto, esse processo não aconteceu sem resistências. Ao final da década de 1970 e durante os anos 1980, setores populares da sociedade civil, aliados a técnicos da saúde organizaram-se em um movimento social contra-hegemônico que ficou conhecido como Reforma Sanitária. Considerando a impossibilidade de tratar de modo homogêneo esse movimento, optamos por acessar a discussão que remete à APS por meio do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986a).

A ideia de um modelo de atenção que possa ser associado a APS, não figura diretamente neste texto, mas sim a ênfase na ampliação do acesso, visando a sua universalização, a descentralização/municipalização e hierarquização do sistema, bem como o desenvolvimento da promoção da saúde. Tais elementos, posteriormente, se estabelecem como condições para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no SUS. Em relação ao trabalhador comunitário, no relatório final da 8ª CNS consta a recomendação de *“incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários”* (Brasil, 1986a, p.12).

Ainda em 1986 acontece a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde . Em um dos documentos base da discussão, André Médici (1986) situa o setor privado como propulsor da falta de investimento na qualificação dos trabalhadores, favorecendo a incorporação de atendentes em detrimento do trabalhador de nível médio, e atuando sempre na lógica do rebaixamento de salários. Os hospitais e para-hospitais eram as unidades de saúde cujo processo de trabalho estava no centro das preocupações.

No relatório final dessa I Conferência, os agentes comunitários de saúde são mencionados na parte relativa às proposições. O documento defende que se reveja *“a questão do agente comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidade e os serviços de saúde, evitando o confuso repasse de responsabilidades”* e recomenda que sejam realizadas reuniões estaduais desses trabalhadores (Brasil, 1986b, p. 48). A abordagem sobre os agentes comunitários era restrita e o texto não possibilita amplas reflexões sobre o modo como esse trabalhador era pensado no conjunto de mudanças que se propugnava no âmbito da Reforma Sanitária.

1.4 - APS: disputas permanentes em conjunturas diferenciadas

No cenário internacional, Cueto (2004) assinala a visibilidade de diversas situações como catalizadoras de um interesse maior em torno das

ideias de atenção primária. A experiência chinesa dos Médicos de Pés Descalços, as consequências do processo de descolonização de países africanos e as Missões da Comissão Médica Cristã, com atuação em diversos países, inclusive da África, foram algumas delas.

No plano institucional, a ascensão à diretoria da OMS e as duas reeleições de Halfdan Mahler, cuja trajetória pregressa passava por atuação no Equador e na Índia em ações de combate à tuberculose, e que “*tinha um carisma pessoal marcante*” (Cueto, 2004, p. 1.865), contribuíram para dar continuidade aos projetos já iniciados antes dele e que incluíam o desenvolvimento de serviços básicos de saúde.

Em relato sobre sua própria história, a OMS (WHO, 2008b) indica os anos 1960 como aqueles em que a OMS e a Unicef, em conjunto, sistematizaram indicativos técnicos para a organização de serviços básicos de saúde, definidos como “*uma rede de serviços periféricos e intermediários (...) capazes de oferecer uma seleção de funções essenciais à saúde de uma determinada área, garantindo o acesso da população a pessoal de nível auxiliar e a profissional competente para desempenhar as funções selecionadas*” (WHO, 2008b, p. 117, trad. nossa). A respeito dos profissionais que deveriam compor as equipes desses serviços básicos, pairou uma indefinição. A OMS e a Unicef optaram por aliar-se à ideia de que cada país deveria responder essa questão mediante a sua própria disponibilidade de recursos (WHO, 2008b).

Durante os anos de 1970 intensificaram-se as reuniões e a produção de documentos que elegiam a expansão de cobertura a partir dos serviços básicos de saúde como tema de debate. A OMS e a Unicef discutiam as diferentes formas de apoiar os países nesta expansão, visando, sobretudo, a população que, em grande medida, permanecia sem acesso aos serviços. Em 1975, a OMS publica o documento “*Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries*” (WHO, 1975), que se torna notório neste debate, e no qual o termo alternativas refere-se aos programas verticais, que focalizavam uma única doença.

Essa publicação acentua a crítica ao modelo ocidental industrializado de sistema de saúde, alertando para as diferenças entre os problemas de saúde

enfrentados pelas populações dos países em desenvolvimento. Experiências em APS de países como Bangladesh, China, Cuba, Índia, Nigéria foram divulgadas (Cueto 2004; Paterson, 1998), e o documento tornou-se uma referência para as discussões sobre a APS nos fóruns institucionais internacionais sobre saúde, até o marco no qual se transformou a Conferência de Alma-Ata, em 1978.

A I Conferência de Cuidados Primários de Saúde, que ficou conhecida pelo nome da cidade que a sediou, Alma-Ata, é um marco tão significativo na história da APS que não é raro encontrar-se a opção de tratar da APS a partir dela. Foi nesse evento que se produziu uma conceituação de atenção primária em saúde (Baptista et al. 2009), que se tornou internacionalmente conhecida. No texto do relatório desta conferência, encontramos que APS consiste em:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade (...). Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1978, p. 2).

A conceituação genérica que a APS adquiriu no relatório de Alma-Ata foi um reflexo da dificuldade de superar divergências em relação aos elementos que deveriam constituí-la. Uma vez conformada em termos amplos, caberia a cada país definir um processo a partir do qual estabelecesse a APS mais condizente com cada realidade (Mello, 2009).

Conill (2008) destaca a integração dos serviços locais em um sistema nacional, a participação da população, as ações intersetoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico como os principais elementos da APS que a OMS pretendia difundir naquele momento. Para Cueto (2004), havia ainda outras duas ideias-chave da conferência: tecnologia apropriada e oposição ao elitismo médico. A questão da tecnologia apropriada se vincula à crítica ao modelo dos hospitais urbanos, em torno dos quais pairava a aura de solução

para as questões de saúde, e apontava para a necessidade de postos nas regiões rurais. A posição contra o elitismo médico questionava a superespecialização dos profissionais de saúde, colocava a questão dos trabalhadores leigos, a participação da comunidade e a valorização das práticas populares de cuidado (Cueto, 2004).

No final dos anos 1980, o Banco Mundial, que já interferia em questões da saúde desde os anos 1960, entra em cena explicitando sua política para os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, e o faz gerando impacto sobre os contornos que delimitariam a APS.

Em primeiro lugar, questionava a associação entre o princípio da universalidade do direito à saúde e a responsabilidade do Estado pelo financiamento e pela prestação da atenção à saúde. Em documento de 1987, o Banco propõe uma agenda de reformas para a saúde (World Bank, 1987), partindo da premissa de que os diferentes problemas que esses países enfrentam no setor são atribuídos, em parte, à determinação dos governos de cobrirem integralmente os custos de saúde com recursos públicos para toda a população.

Neste mesmo documento o financiamento da atenção primária é discutido, afirmando-se a impossibilidade de viabilizar financeiramente o modelo da APS somente a partir de uma revisão do modelo tecnoassistencial, mediante a alteração da posição de centralidade do hospital no sistema. Para este problema dois encaminhamentos são priorizados: identificação da parcela da população capaz de pagar por serviços de saúde e a destinação de serviços para os mais pobres, a serem financiados também com os recursos provenientes dos serviços pagos (World Bank, 1987, p.18).

Já em 1979 havia um movimento de oposição à abrangência que a APS tomou em Alma-Ata. Em um simpósio realizado em 1979, em Bellagio (Itália), com financiamento da Fundação Rockefeller e participação do presidente do Banco Mundial, McNamara, o conceito de APS seletiva foi defendido, tendo por referência a definição de procedimentos pautados pela relação custo-benefício e como objetivo principal o enfrentamento das doenças infecciosas. Em documento de 1995, divulgado pelo Banco Mundial e produzido por um de seus

consultores, 16 anos depois de Alma-Ata, encontra-se uma síntese contundente da APS seletiva:

O conceito de atenção primária em saúde implica oferecer um número limitado, simplificado e barato de tecnologias de saúde, para um amplo número de pessoas em situação de necessidade e por meio de um staff paramédico, baseado nas comunidades. (...) (Heaver, 1995, p. 5 – grifos do original).

No final dos anos 1980, o Banco Mundial já publicava documentos com análises sobre o setor saúde no Brasil, mas em documento de 1993, explicitou de forma marcante as preocupações quanto aos compromissos, classificados como idealistas, assumidos na Constituição brasileira de 1988 e apresentou indicativos para contornar os problemas que anunciava para o cenário brasileiro. Rizzotto (2000) analisa que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), implementados na perspectiva da APS seletiva, representam a assimilação das recomendações do Banco Mundial no Brasil. Uma das condicionalidades do banco, é a incorporação de procedimentos de avaliação de resultados nos projetos financiados por esses acordos.

Ao contrário do enfoque seletivo da APS, o enfoque que toma a APS como princípio orientador do sistema de saúde, aponta para um modelo de maior complexidade, pois a ele vinculam-se os próprios princípios da APS, valores, elementos estruturantes e funcionais (OPAS, 2005).

Neste caso, existe um conjunto de compromissos e orientações que abarcam os diversos planos de implementação de uma política de saúde, incorporando temas relativos ao financiamento e à própria posição do Estado como executor de ações, fomentando o debate sobre a relação público-privado.

1.5 - APS e Estratégia Saúde da Família

Pela via das políticas públicas, o reingresso das concepções de APS no Brasil ocorreria com maior força a partir de 1991, com a criação no âmbito governamental do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e, em 1994.

do Programa de Saúde da Família. Estes programas instituem o agente comunitário no SUS, conferindo-lhe papel estratégico no seu desenvolvimento.

Vianna e Dal Poz (2005) registram que nesse período tornavam-se mais evidentes os problemas no quadro sanitário, dado que padrões epidemiológicos associados às doenças infecto-contagiosas adicionavam-se as crônico- degenerativas e acidentes externos, gerando um tipo de demanda incapaz de ser equacionada nos sistemas de serviços disponíveis.

Esse conjunto de questões articuladas a problemas de gestão configurou o que se chamou de “crise da saúde”. Essa crise impulsionou a implementação de reformas incrementais (Vianna e Dal Poz, 2005) definidas, pelos autores, como o conjunto de modificações no desenho e na operação da política.

A Unicef teve importante peso na discussão política que viria a configurar o PSF. Os autores destacam a importância de um técnico do Unicef, Halim Antônio Girade na costura política que envolveu gestores, técnicos e dirigentes do MS, além do apoio financeiro prestado pela Unicef via Pnud –Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, para implantação do PSF, tendo sido responsável pela contratação/remuneração da toda a equipe do PSF. Ao ser oficialmente instituído em 1994, o PSF aliado ao PACS, conferem ao ACS papel estratégico no desenvolvimento do SUS.

As Normas Operacionais Básicas, particularmente as NOB 01/93 e NOB 01/96 tiveram impacto nessa reforma. A primeira pelo que representou de avanço para a descentralização e a segunda por alterar a forma de gestão do sistema, sendo notável a criação do Piso da Atenção Básica e de incentivos financeiros para várias ações dentre as quais os programas de saúde da família e de agentes comunitários. Vianna e Dal Poz (2005) consideram que o PSF e PACS condensaram um movimento de mudança do modelo assistencial, em um cenário no qual se identificava um vazio programático.

Inicialmente concebido para reverter os índices apresentados pelos indicadores de morbi-mortalidade de segmentos populacionais excluídos da atenção à saúde, predominantemente em meio rural e urbano de baixa complexidade,

com ações voltadas ao grupo materno-infantil, o PACS se concentrou em atividades educativas desenvolvidas pelo ACS.

Este trabalhador atuava em um território definido, sob a supervisão de um enfermeiro. Era responsável por um determinado número de domicílios que visitava regularmente, acompanhando e registrando as condições de saúde, fornecendo orientações preventivas e difundindo técnicas simples e de alto impacto nos indicadores de saúde, como terapia de reidratação oral, aleitamento materno e incentivo à imunização, que compõem o pacote GOBI (sigla, em inglês, que combina os procedimentos *growth monitoring* (acompanhamento do crescimento), *oral rehydration* (reidratação oral), *breast-feeding and immunization* (aleitamento materno e imunização), proposto pela Unicef nos anos 1980, nos marcos da APS seletiva. Sua preparação para o trabalho ocorria em serviço, sendo responsabilidade do enfermeiro-supervisor.

O PSF amplia as características do PACS, agregando uma equipe, composta basicamente por médico, enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem e os ACS, vinculados a uma unidade básica de saúde, que abrange um território e um número definido de domicílios distribuídos entre os ACS, segundo uma lógica de divisão territorial. Os ACS cumprem funções de mediação entre essas equipes, a unidade básica de saúde, os saberes que circulam nesses espaços e a população atendida. No processo de trabalho dos ACS, intensifica-se a produção de informações e suas ações passam a integrar o planejamento das ações da equipe e da unidade básica de saúde, visando o cumprimento de metas relacionadas aos programas de saúde pública.

Em desenvolvimento posterior, o PACS e o PSF integram a estratégia saúde da família, que ganha o status de modelo de reorientação da atenção básica e articula ações de prevenção, vigilância e promoção da saúde nos territórios adscritos e com o propósito de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. Nos anos 2000, esta estratégia amplia-se para os grandes centros urbanos, fortemente apoiada por recursos do Banco Mundial e Ministério da Saúde, alocados por meio do Projeto de Expansão Consolidação do Saúde da Família – Proesf.

O grau de institucionalidade que o trabalho do ACS adquiriu na década de 1990 e na posterior vinculou-se à definição, no âmbito nacional, da APS como estratégia prioritária de atenção, o que concorreu para a criação, em 1999, no MS da Coordenação de Atenção Básica que viria a tornar-se o Departamento de Atenção básica em 2000.

1.6 - O trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Os agentes comunitários de saúde do Brasil são representativos de um grupo genericamente denominado, na literatura internacional, de *Community Health Workers* (CHW), em português, trabalhadores comunitários de saúde. Estes se configuram, primeiramente, como uma resposta às situações de grandes carências e ausência de serviços de saúde (WALT, 1990).

A relação com a expansão de cobertura para áreas rurais está na base de experiências com trabalhadores comunitários como a da Rússia que, desde o século XIX, treinava os egressos das escolas para estas atividades. Esta relação está presente também no final dos anos 1960, na China, com os médicos de pés descalços – um programa nacional que, além da extensão às áreas afastadas, teve como característica o envolvimento de membros das comunidades (Walt, 1990). Antes desse período, nos anos de 1910, Duffy (1990) nos fala da articulação com membros da comunidade, em particular mães, para a difusão de cuidados de saúde entre as populações de imigrantes de áreas urbanas dos EUA, que não dominavam a língua inglesa fato que se estabelecia como um obstáculo para a assimilação de normas sanitárias, e ao nosso ver, fazendo um registro do papel literal de tradutor, frequentemente atribuído ao trabalhador comunitário.

O processo de luta pela independência das colônias africanas, que gerou a evasão de profissionais de saúde destes locais, também acarretou a necessidade de articular novas formas de cuidado que não fossem centradas na assistência médica. Adotou-se, então, o treinamento de membros da população para atuar não apenas na prevenção, mas também na assistência à saúde.

Mocambique e Argélia, na segunda metade dos anos 1970, foram países em que a reorganização das ações de saúde aconteceu por meio da criação de alternativas à assistência médica tradicional, em associação à valorização do autocuidado. Em Cuba, onde a revolução socialista também sofreu com a perda de um número importante de médicos, instituiu-se uma nova forma de organizar os serviços, com policlínicas, serviços básicos e a participação da comunidade (Walt, 1990).

Mesmo considerando que essas experiências aconteceram em diferentes contextos político-sociais e produziram formas mais ou menos democráticas, participativas, inclusivas e transformadoras de organização da saúde, pode-se dizer que foram os resultados destas experiências que ajudaram a difundir uma forma de conceber e implementar parte importante das ações de saúde no âmbito da atenção primária. Essa configuração da APS, na qual a participação de um trabalhador oriundo das comunidades, não pertencente às categorias tradicionais da saúde, ganha centralidade na organização das ações e serviços de saúde, vem se consolidando em diversos países da América Latina e da África.

Frente a essa realidade, de expansão da APS fortemente associada ao CHW, faz-se necessário conhecer o percurso histórico de constituição desse trabalhador e identificar as tensões e disputas que se colocaram em torno da definição do seu trabalho, de suas atribuições, sua formação e sua inserção no sistema de saúde.

Cabe destacar a participação de organismos internacionais na definição do processo de incorporação do CHW na APS, que se encontra já no primeiro documento produzido pelo Banco Mundial especificamente para a área da saúde, denominado “*Health: sector policy paper*” (WORLD BANK, 1975).

O documento defende que, para ser eficiente, o sistema de cuidado em saúde deve estar, tanto geográfica quanto culturalmente, muito próximo da comunidade a que serve, e deve gozar da total confiança dela. Essa argumentação antecede a proposição de como deve ser o trabalhador comunitário de saúde, parecendo construir a base propositiva de certas características desse trabalhador. Nele, lemos:

O trabalhador comunitário de saúde, num sistema reformado, deve residir na comunidade a que serve e ser respeitado por esta. Ele deve estar integrado à sociedade local de forma que possa identificar doenças antes que se dê o contato do paciente com o posto de saúde. Visitas domiciliares de rotinas podem ser requeridas para assegurar tais avaliações [das condições de saúde]; em alguns casos, as instituições políticas, sociais e religiosas locais podem oferecer oportunidades para a vigilância contínua das condições de saúde da comunidade. (...)A escolha [desse trabalhador] deve refletir atitudes culturais e saber ler e escrever não seria um requisito essencial (World Bank, 1975, p. 43, tradução nossa).

O documento prossegue descrevendo em que o trabalhador deveria ser treinado, indicando prioridade para as atividades preventivas, mas admitindo práticas clínicas simples, para as quais seria desejável treinamento limitado, de forma a garantir tempo adequado para o trabalho ambiental e preventivo. Suas responsabilidades incluem oferecer orientação nutricional a mães de crianças mal nutridas, prover imunização e encorajar o planejamento familiar, além de organizar esforços comunitários em saúde ambiental, abastecimento de água e esgoto. A maior virtude desse trabalhador seria *“sua origem socio-econômica e cultural – a mesma que a das pessoas a quem ele serve – e também a sua capacidade de interagir com eles num estilo e numa linguagem que eles entendam”* (World Bank, 1975, p. 44).

Em maior ou menor grau, tais considerações, que como vimos já estiveram presentes em décadas anteriores, passaram a integrar a formulação de políticas de saúde que promovem a participação dos trabalhadores comunitários de saúde como elemento central da reorganização das ações e serviços de saúde no marco da APS. No Brasil, no âmbito da estratégia saúde da família, este trabalhador foi denominado ‘agente comunitário de saúde’ – ACS, como já visto.

As ideias que conformaram a proposta de atuação desse trabalhador em muito refletem essas orientações, resultando em uma série de contradições no que diz respeito à gestão, à organização do processo de trabalho e à formação dos ACS.

No Brasil, a contratação de forma remunerada de agentes que atuavam na saúde foi uma das indicações do Relatório da 8ª Conferência Nacional de

Saúde, no item que trata dos “*princípios que devem reger o novo sistema*” (Brasil, 1986, p. 12). Diferentemente dos textos anteriormente citados, esse documento se constrói a partir de um ideário político que compreendia a reforma da saúde como um elemento central de um projeto de transformação da sociedade.

Em 1991, quando se dá a incorporação do ACS em um programa de âmbito nacional, duas questões importantes, de caráter socioeconômico, estiveram imbricadas no contexto. Trata-se do desemprego estrutural característico da crise do sistema capitalista que predominou nas décadas de 1980 e 1990 e da retração da face pública do Estado, marca da reforma neoliberal que redesenhou o papel do Estado na sociedade brasileira. Essas questões geraram respostas em vários âmbitos da atuação estatal, das quais se destacam, no caso dos ACS, a política de fomento a programas de geração de renda para integrantes de estratos populacionais com pouca possibilidade de inserção num mercado de trabalho restrito, e a política de redução de custos da atenção à saúde (Durão et al, 2011).

Morosini (2010) indica que essas iniciativas estão na base do equacionamento de uma contradição existente no fato de o Programa Saúde da Família desenvolver-se e promover a ampliação de cobertura na área da saúde, ou seja, ampliação de direitos, numa conjuntura de restrição da participação direta do Estado nas políticas sociais, notadamente na prestação de serviços públicos.

Segundo a autora, essa contradição foi equacionada por três elementos que marcaram a estratégia saúde da família: a simplificação do pacote de atenção oferecido, a precarização do vínculo de trabalho da equipe, especialmente do ACS, e o esvaziamento de sua formação. A formação simplificada, associada aos vínculos precários, configuram as principais condições limitantes para o processo de qualificação profissional desses trabalhadores (Morosini, 2010).

Pode-se dizer, então, que houve uma ampliação restrita do direito da população brasileira à saúde, com subtração de direitos dos trabalhadores da atenção primária.

A precarização incidiu sobre os trabalhadores da estratégia saúde da família de uma maneira geral, mas teve efeitos diferenciados sobre os vários trabalhadores, diferindo em função de sua qualificação profissional, isto é, sua formação (duração, prestígio social do certificado correspondente), o valor social atribuído ao trabalho e ao trabalhador, refletido, por exemplo, nas diferenças salariais entre os grupos profissionais (Morosini, 2010)

Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde no Brasil, durante a maior parte de sua participação na saúde da família, precisavam somente residir na comunidade em que iriam atuar, saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade e disponibilidade de trabalho de 40 horas semanais (Morosini, 2010).

Em 1995, o Banco Mundial divulga um documento no qual podemos notar a associação entre a concepção seletiva de APS e concepções sobre o trabalho em saúde, produzindo argumentos para a definição do perfil dos *Community Health Workers*:

Argumentamos anteriormente que, cedo ou tarde, a abordagem do pacote padrão da APS incorpora a necessidade de responder, de modo diferenciado, a um padrão diversificado de doenças. Os governos respondem a isso de dois principais modos: primeiro podem treinar trabalhadores da APS em um campo maior de tarefas. Entretanto, a experiência de campo nos mostra que os *trabalhadores localmente recrutados não podem absorver e oferecer uma variedade ampla de intervenções dada sua educação limitada*. O segundo modo de ampliar as intervenções seria aumentar o quadro de pessoal, com pessoas de maior escolaridade. *Entretanto não é possível recrutar esses trabalhadores nas favelas onde eles deverão trabalhar*. Além disso, pessoas com status social mais elevado teriam, pelos clientes locais, baixa aceitabilidade. *Teriam também que ser mais bem pagos do que os trabalhadores das comunidades*. Deste modo, a estratégia poderia se tornar inviável em ampla escala ou poderia requerer um decréscimo da relação trabalhador x cliente (Heaver, 1995, p. 12, grifos do autor, trad. nossa).

No caso dos agentes comunitários de saúde no Brasil, a escolarização requerida somente é modificada com a criação da profissão, no texto da lei n.10.507/2002, que passa a exigir o ensino fundamental e prevê um curso de qualificação inicial, o que permanece na legislação atual – lei n. 11.350/2006 (Brasil, 2006b).

Apesar de ter sido publicado em 2004, o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (Brasil, 2004), a formação técnica dos ACS ainda é uma realidade distante para a maior parte desses trabalhadores que lutam tanto por sua formação quanto por formas de vinculação que lhes assegurem os direitos associados ao trabalho.

Como vimos, a base da argumentação em favor da qualificação profissional restrita, com formação simplificada e vínculos precarizados está dada, formalmente, desde a III Conferência de Saúde, em 1963, e também no documento “Health: sector policy paper” (World Bank, 1975), onde encontramos as orientações para o CHW, mas foi respaldada em outras iniciativas de organismos internacionais.

Uma participação importante nesse processo é a da OMS que, a partir da inserção dos CHW como um elemento das estratégias de fortalecimento da APS, promoveu uma série de encontros para a troca de experiências entre os países que desenvolviam esse tipo de programa.

O primeiro encontro politicamente relevante, promovido pela OMS e Unicef para tratar do tema dos CHW, ocorreu na Jamaica, em 1980, e evidenciou a amplitude e falta de precisão da definição do que seria um trabalhador comunitário de saúde (WHO, 1989). Entre os vários países que participaram desse encontro, havia variações entre os CHW, especialmente quanto à remuneração e à escolaridade. No que tange à remuneração, observava-se desde trabalhadores assalariados, com ou sem direitos previdenciários garantidos, a outros que recebiam pequenas remunerações ou, até mesmo, que trabalhavam como voluntários. Já o nível de escolaridade requerido ia do nível médio a nenhuma escolaridade, e a qualificação oferecida variava entre seis meses e dois anos. Na maior parte dos países, os programas já tinham um caráter nacional (Walt, 1990).

Segundo essa mesma autora, nos processos de discussão visando à definição do que seria um CHW, acabou prevalecendo uma perspectiva reducionista que o caracteriza como um trabalhador morador da comunidade, sem expectativas de se mudar da comunidade onde atuaria e com um treinamento abreviado.

Esse trabalhador poderia ou não receber remuneração, e, além disso, não estaria prevista a oportunidade de ser promovido a posições mais elevadas.

Temos que registrar aqui que essas compreensões sobre o perfil social do ACS, não são meramente subjetivas e sim, mecanismos da política que trazem repercussões em diversos níveis. No Brasil, um requisito que sustentou a contratação indireta do ACS pelo poder local foi a necessidade de este trabalhador residir na comunidade, o que contraria os princípios universalizantes do concurso público². Do mesmo modo, o requisito de que este trabalhador seja um representante da comunidade e esteja a ela vinculado sócio culturalmente, acaba tornando-se um argumento contrário à sua formação profissional (Morosini, 2010).

Os programas que se estruturam com base nesse trabalhador, entretanto, enfrentam uma contradição inconciliável: ao mesmo tempo em que apontam para uma visão reduzida da qualificação deste trabalhador, mantêm grandes expectativas sobre o que poderia ser incluído no rol de suas atividades. Por meio de seu trabalho, o CHW deveria reunir capacidade para realizar um trabalho de promoção e prevenção em saúde que oferecesse resultados tangíveis pelos indicadores tradicionais de avaliação e, em vários casos, ser um agente de mudança, a partir de uma ação de mobilização social apoiada nos referenciais da educação popular.

Como agente de mudança, o CHW contribuiria para recolocar a questão da saúde no processo mais amplo das condições de vida, participando da construção de uma visão crítica sobre a relação saúde-doença e sua articulação com o sistema de produção e conformação das desigualdades sociais. Para várias partes do mundo, Paulo Freire proporcionou o aporte teórico que tinha nas categorias de conscientização crítica e práxis duas de suas bases fundamentais. Tratar da importância e apropriação do pensamento de Freire na educação em saúde e na prática dos trabalhadores comunitários

² Em 2006 é aprovada no Brasil a Emenda Constitucional 51 que prevê a seleção pública como forma de ingresso para agentes comunitários de saúde (e agentes de endemias) e a sua contratação direta pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Entretanto, até hoje, a vinculação institucional desses trabalhadores ainda levanta controvérsias quanto à exigência ou não da contratação direta e quanto ao reconhecimento das seleções realizadas como processos públicos.

merece um estudo específico. Destacamos apenas que afirmar a educação como um processo que deve colocar-se a favor da libertação, e associá-lo a ideia de mobilizar em cada sujeito individual e coletivo, uma posição crítica diante de suas condições de vida e das possibilidades de ação transformadora, sustenta alguns eixos que legitimam o trabalho do ACS. Especificamente no Brasil, a Educação Popular em Saúde é um campo de reflexão e práticas no qual o pensamento freireano difundiu-se e tem contribuído com formas mais democráticas e participativas de compreensão do trabalho e da formação dos ACS.

Com uma análise centrada no contexto do PSF, Fonseca et al. (2012) afirmam que o trabalho do ACS se diferencia do trabalho dos demais profissionais da equipe de saúde da família, dado que seu potencial de valorização está ancorado na dimensão educativa, enquanto os outros profissionais encontram na clínica um campo de práticas de validação de seu lugar no sistema de saúde. Entendemos também que é essa dimensão, aliada à mobilização social, que confere originalidade à sua inserção no âmbito do SUS, visto que trabalhadores de nível médio com formação para atuar tendo como foco as práticas biomédicas, já tinham no auxiliar e no técnico de enfermagem um representante tradicional. Tal perspectiva também coloca em segundo plano a dimensão administrativa do trabalho do ACS, embora esteja a ela relacionada boa parte de suas tarefas (Bornstein e Stotz, 2008).

A compreensão do trabalho do ACS como eminentemente educativo encontra respaldo, mas não expressa um consenso em torno da identidade desse trabalho. David (2011) afirma que a educação em saúde está reconhecida amplamente como uma das principais atribuições do ACS, mas que não há clareza sobre a concepção de educação em saúde que orienta suas práticas.

Os ministérios da Saúde e da Educação, como podemos identificar no Referencial Curricular para o Curso Técnico de ACS, afirmam:

Este profissional atua no Sistema Único de Saúde, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e

desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde. (BRASIL, 2004, p. 17).

Além disso, a lei n. 10.507, que criou a profissão do ACS em 2002, estabelece a educação em saúde como instrumento para o exercício das atividades deste profissional. Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), que passa a reger as atividades dos ACS, apresenta a educação em saúde, coletiva e individual, no conjunto de atribuições dos ACS, o que não foi modificado pela portaria n. 2.488, de outubro de 2011, que aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011).

Nos diversos contextos em que o ACS se inclui o ACS desempenha um trabalho complexo, que se situa na confluência de saberes da saúde e do campo social. A Promoção à Saúde oferece o ideário e os eixos que pautam a atenção primária no SUS e o trabalho de educação em saúde. Isto ocorre de modo tensionado por uma ambiguidade: por vezes esta orientação é dada a partir de uma perspectiva de individualização de comportamentos de risco e consequente culpabilização das vítimas, por vezes pela tentativa de integrar a determinação social dos problemas de saúde, em que a dimensão de risco integra-se ao universo biológico, cultural e social (Carvalho, 2004).

Apropriar-se de uma concepção emancipatória da educação – na sua relação com o campo da saúde – impõe dois desafios para as equipes profissionais para os gestores da saúde: no plano ontológico, compreender a relação saúde e doença como produtos de um processo histórico e social, expressos em uma realidade concreta na qual interagem o material, o cultural e o político; e no plano político, configurar processos de trabalhos coerentes com essa compreensão.

Contrariamente à perspectiva crítico-emancipatória, confluem sobre o ACS expectativas que enfatizam sua expressão mais instrumental, em detrimento de seu potencial de criação. Tais expectativas são típicas de uma sociedade que se conforta com a divisão entre ‘trabalho manual’ e ‘trabalho intelectual’ e que sustenta, teórica e politicamente, esse modo de situar o segmento de trabalhadores de nível médio (Pereira e Ramos, 2006). David (2011) afirma que

a vertente educativa de caráter reprodutor é predominante nos serviços de saúde, o que evidencia uma contradição em relação aos discursos produzidos pela política que incorporam os temas da transformação e da educação popular.

Cabe lembrar que, no modo de produção capitalista, como destaca Ramos (2007, p. 41), ocorreu uma “divisão entre as esferas do conhecimento e da produção; da ciência e da técnica; da teoria e da prática. (...). O trabalhador, ao invés de sujeito de conhecimento, de reflexão e imaginação, passa a ser considerado como parte das máquinas”, tendo seu trabalho resumido ao desempenho de um conjunto de tarefas simples. Assim, formalmente, não se exige nem se oferece “mais conhecimentos do que aqueles estritamente necessários para realizar operações simples” (Ramos, 2007, p.41).

David (2011) reconhece certa tendência a se perceber o ACS a partir de uma perspectiva tecnicista que integra o modelo assistencial baseado na racionalidade biomédica. Tal perspectiva tenderia a colocar a origem comunitária do ACS a serviço do controle que o Estado exerce sobre a população por meio das ações que realiza, disseminando, por meio do trabalho do ACS, vigilância e controle da ordem médica na comunidade.

Neste ponto, a questão que permanece é identificar que elementos da política de atenção primária à saúde no Brasil, concebida como a estratégia saúde da família, repercutem no trabalho do ACS, reforçando sua indefinição e situação de subalternidade na divisão social do trabalho e, em última instância, orientam suas práticas para um distanciamento de uma educação de caráter emancipatório, para ocupar o lugar de agentes atualizadores de certo campanhismo, mais diversificado, ao qual as ideias que sustentam a APS desde suas origens deveriam se contrapor.

Importa ressaltar que o ACS se insere formalmente no SUS, no contexto de alteração do modelo, o que deve implicar mudanças na formação desse trabalhador para que “*realmente se deflagre um processo de reorganização da força de trabalho em saúde e contribua decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde*” (Mendonça, 2004, p. 356), que não se caracterize pela ampliação de um trabalho simplificado. Assim como não há possibilidade

de tornar perene a reorientação do modelo de atenção sem rever as formas de gestão do trabalho, oferecendo condições de fixação, remuneração, garantias e direitos aos trabalhadores do setor, sem distinção de origem ou perfil social.

Uma síntese dos elementos encontrados a partir do resgate histórico e do exame de características instituídas pelas políticas de saúde mais atuais, nos permite apresentar uma interpretação, organizada no formato de uma tipologia, dos papéis sociais desempenhados pelos ACS. Construímos cinco tipos: agente de tradução; agente de correção; agente de conexão; agente de efetivação e agente de mobilização, resumidas no quadro I..

Em nossa análise, como *agente de tradução esse trabalhador* exerce sua atuação em duplo sentido. Apresenta em linguagem acessível aos membros supostamente homogêneos de uma comunidade, os conhecimentos/comportamentos sanitários que devem ser incorporados. Ao mesmo tempo, descreve, na linguagem valorizada pelos profissionais de saúde, os elementos classificados como de resistência à incorporação de comportamentos/práticas adequadas. Uma variante extremamente importante dessa atuação é dada pela ação de traduzir em dados compatíveis com os sistemas de informação, dados demográficos e epidemiológicos, produzindo um retrato sanitário e social das comunidades

Como *agente de correção, esse trabalhador* atua como um difusor das boas práticas sanitárias, convencendo, monitorando ações e atividades, cobrando comportamentos no sentido de corrigir práticas do espaço privado, inclusive morais, e da relação com os serviços. No desempenho deste papel social é valorizada sua capacidade como agente de tradução, e são particularmente enfatizadas as práticas que produzem efeitos diretos sobre os resultados de saúde considerados mais relevantes. Em sua atuação, distinguem-se as marcas dos referenciais das vigilâncias sanitária e epidemiológica.

No contexto de expansão qualitativa/quantitativa da oferta de serviços, os trabalhadores comunitários atuam como agentes de conexão entre grupos populacionais prioritários e a oferta de recursos típicos dos serviços (consultas,

exames, procedimentos e medicamentos). Atualmente os conceitos de acesso e vínculo são referências para nortear essa atuação.

Como agente de efetivação, volta-se o foco para a realização de procedimentos de saúde de caráter clínico, tanto de prevenção de doenças quanto de tratamento. Está presente tanto em contextos de forte restrição ao acesso à serviços e profissionais quanto na configuração de novas tecnologias de cuidado, como o caso das terapias diretamente observada.- DOT de tuberculose. Tem nos conceito de eficácia das práticas médicas e de adesão suas principais sustentações.

Como *agente de mobilização*, esses trabalhadores tem como balizadores o território e o cotidiano, e atuam mobilizando diversos tipos de conhecimento e possibilidades de articulação com instituições do Estado e comunitárias. São fortemente influenciados pelas diretrizes da Promoção à Saúde e incorporam a relação ambiente e saúde. Tem atuação tensionada, ora pela perspectiva de individualização de riscos e culpabilização pessoal, ora pela abordagem social das condições de vida e pela noção de cidadania, que remetem aos princípios da Educação Popular em Saúde.

Quadro I - Características historicamente constituídas dos papéis sociais desempenhados pelos agentes comunitários de saúde.

Papeis sociais	Características
Agente de Tradução	<p>Atua em duplo sentido: apresenta em linguagem acessível, aos membros da comunidade, os comportamentos sanitários que devem ser incorporados e descreve, na linguagem dos profissionais de saúde, os elementos classificados como de resistência à incorporação das práticas preconizadas.</p> <p>Uma variação atual é dada pela tradução em dados compatíveis com os sistemas de informação de um retrato sanitário e social das comunidades</p>
Agente de correção	<p>Atua como difusor das boas práticas sanitárias, convencendo, monitorando ações e atividades, cobrando comportamentos no sentido de corrigir práticas do espaço privado e da relação com os serviços.</p> <p>Tem atuação fortemente marcada pelos referenciais das vigilâncias sanitária e epidemiológica.</p>

Agente de conexão	<p>Atua para estabelecer e manter a conexão entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário.</p> <p>Tem os conceitos de acesso e vínculo como referência.</p>
Agente de efetivação	<p>Realiza procedimentos de saúde de caráter clínico tanto de prevenção de doenças quanto de tratamento.</p> <p>Tem nos conceitos de eficácia das práticas médicas e de adesão, suas principais sustentações. (ex DOTS)</p>
Agente de mobilização	<p>Tem como balizadores o território e o cotidiano, atuam mobilizando diversos tipos de conhecimento e possibilidades de articulação com instituições do Estado e comunitárias.</p> <p>Atuação tensionada, ora pela perspectiva de individualização de riscos e culpabilização, ora pela abordagem social das condições de vida e pela noção de cidadania. A Promoção à Saúde e a Educação Popular em Saúde são referências, que disputam sentidos sobre essa face de atuação desses trabalhadores.</p>

Estes tipos condensam sentidos que transbordam cada tempo histórico e que se sobrepõem para compor o mosaico atual do trabalho do ACS, dialogando direta e indiretamente com as práticas vigentes de avaliação e supervisão, como poderemos discutir na análise dos achados da pesquisa de campo.

Capítulo 2. Avaliação e Supervisão em Saúde

No final dos anos 1990, Zulmira Hartz, pesquisadora que se firmou como um dos nomes mais representativos da avaliação em saúde no Brasil, em meio a um debate bastante notório, publicou um texto sobre a institucionalização da avaliação, no qual afirmava que no Brasil e na América do Sul, em contraste com a Europa e os EUA, a prática da avaliação, como função pública, era rara (Hartz, 1999). Desde então, testemunhamos diversos movimentos que têm o pensamento e as práticas de avaliação como eixo. Dois deles merecem ser destacados: a transição da avaliação da condição de ferramenta do planejamento para seu reconhecimento como campo de conhecimento produtor de tecnologias de gestão e a sua estabilização entre as estratégias da administração pública.

A partir de seu posicionamento como campo, a avaliação alcançou uma nova dimensão gerando condições para a organização das práticas em áreas que tem em comum a discussão sobre o mérito e a implementação de políticas e de programas. Vedung (2010) afirma a centralidade da relação avaliação/intervenção e destaca algumas vertentes que adquiriam estabilidade no campo: alcance de resultados, avaliação dos grupos de interesses (stakeholders), avaliação centrada no cliente/usuário, avaliação profissional, auto-avaliação, estudos randomizados e garantia de qualidade, aos quais acrescentamos a análise de implantação (Denis e Champagne, 1997) e a análise do modelo lógico (Hartz, 1997; Hartz e Vieira, 2005). Tal relação não esgota o repertório de modos pelos quais têm sido sistematizados conhecimentos e operacionalizados os métodos e procedimentos de avaliação. Serve, talvez, para assinalar a dinamicidade de um campo inteiramente fortalecido no discurso instituído pela esfera da gestão.

Esse caráter dinâmico é lido por Vedung (2010) como ondas da avaliação, em que cada uma deixa camadas de sedimentos que nunca desaparecem e se fazem presentes nos diversos modos de construir avaliações. Nesse sentido, consideramos importante recuperar características de alguns movimentos e, evitando uma historicização prolongada, focar em características da avaliação

contemporânea que nos parecem ter desdobramentos significativos sobre a avaliação em saúde.

2.1 - Avaliação e políticas públicas: elementos do contexto

O século XIX foi o período que marcou o início da avaliação na Europa e nos EUA. No campo da educação, onde eclodiu esse movimento, logo se estabeleceu a associação entre a produção de dados de modo sistemático e a tomada de decisões, visando maior racionalização do trabalho (Dubois et al., 2011) e estabelecendo parâmetros para a atuação das instituições estatais. No mesmo período, na saúde, a avaliação pautava-se pela associação entre estatística e epidemiologia, desde então uma vertente de bastante p Seguindo o pensamento de Vedung (2010), entendemos que a gestão pública sofreu uma mudança nos processo de legitimação de suas políticas e programas. Houve um momento em que a aceitação de propostas políticas se estabelecia a partir de um exame de coerência da relação entre propósitos, ações, financiamento e da retórica de sustentação. Essa conjunção cedeu espaço a um processo de legitimação fundamentado na obtenção de resultados, disseminando a ideia da gestão orientada por resultados (Vedung, 2010; Hartz, 2012) prestígio na área.

Ao tratar de particularidades da avaliação de políticas públicas, Arretche (1998) descreve a avaliação como um tipo de pesquisa que possibilita estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, enquanto Faria (2005) admite que são três suas funções básicas: produzir informação, direcionar alocação de recursos e legitimar políticas.

Vedung localiza nos anos 1960 a primeira onda da avaliação, cujas características vinculam-se ao arcabouço do planejamento e da programação. A avaliação partiria da definição de uma situação e de sua caracterização como problema, a partir do qual se produz um conjunto de indagações, supondo a possibilidade de examinar um problema em sua totalidade antes de qualquer intervenção e com a finalidade de subsidiar as decisões de governo (Vedung, 2010).

Para Miller (2006), cujo livro questiona frontalmente o status atribuído à avaliação no contexto atual, a avaliação repousa sobre dois paradigmas articulados entre si - o do problema-solução e o da medida - e assinala que a medida remete a um cálculo que pode se efetivar em termos qualitativos ou quantitativos. Os argumentos de Miller nos levam a reconhecer que a avaliação contém uma disposição para o empobrecimento do que há de singular em cada experiência para valorizar a possibilidade de comparação. Viabilizar comparações e amparar o julgamento ou gerar recomendações preferencialmente generalizáveis sobre a pertinência e a qualidade da execução de políticas públicas, finalidades que frequentemente definem o que é a avaliação (Champagne et al., 2011), são ações que têm se dado mediante a construção de conhecimentos que pretendem ser assimilados como objetivos.

Ao realizar uma análise bibliográfica sobre a avaliação na saúde, Stenzel (1996) comenta que, embora a “*definição conceitual*” de avaliação enfatize a questão do “*juízo de valor*”, a definição “*operacional*”, predominante na literatura, indica que é a “*medida*”, e não o “*juízo*”, a questão central da avaliação (Stenzel, 1996, p.21), assinalando um deslocamento da dimensão subjetiva a favor da precisão pretendida pela medida.

Nesse ponto reside uma característica do tipo particular de conhecimento produzido a partir da avaliação. Esse conhecimento tem o pleito de ser reconhecido como objetivo, neutro e cientificamente fundado, o que garantiria uma superioridade ante outros tipos de saber. É frequentemente ocultado, na apresentação de indicadores, o fato de que sua definição pressupõe uma análise de valores.

Uma vez assumida como campo de conhecimento, o arcabouço teórico e os conceitos que vão balizar a formulação de indicadores de avaliação são gerados internamente à discussão sobre avaliação e na interação com a área/especialidade em que se situa o recorte do objeto avaliado. Delimitada como campo científico, a avaliação se afasta da vulnerabilidade a qual está submetida quando identificada como ação do território da política. Dialogando com as ciências duras, a avaliação se volta para o refinamento de métodos de

prestígio científico, o que corrobora pensá-la como livre de valores (Guba e Lincoln, 1989).

Do ponto de vista histórico e lógico, os mecanismos de avaliação representam a introdução de elementos racionalizadores na administração pública. No setor saúde, no Brasil, isso ocorria de forma difusa nos anos 1930. Barros Barreto e Jose Paranhos Fontenelle, personagens do processo de estruturação de uma política fundamentada nos centros de saúde, produziram, já em 1935, instrumentos de avaliação com o propósito de “aferir a eficiência, quantidade e qualidade do trabalho selecionando as atividades mais importantes e estabelecendo uma pontuação para concretizar os procedimentos de avaliação” (Mello, 2010, p.136).

A relação entre as formas de controlar o trabalho e gerar eficiência, sustentadas pelas teorias da administração científica do trabalho de Taylor e Fayol, são elementos que marcam o período que, nos EUA, vai até os anos 1930. Qualidade organizacional e produtividade eram tornadas equivalentes e a criação de instrumentos e medidas eram as contribuições mais identificadas com a avaliação (Dubois et al., 2011).

No Brasil, na década de 1930, durante o governo Vargas, movimentos importantes de racionalização da administração pública levaram à criação de instituições com essa influência e influentes na saúde, valorizando as concepções da “administração científica” (Mello, 2010). Em 1938 a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp) tornou-se um marco na história do planejamento. A intervenção do Estado na economia era o tema central do contexto de difusão do planejamento, que estava centrado no planejamento econômico. A Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), criada em 1948, além de se constituir como uma escola de pensamento sobre o desenvolvimento econômico, fortalecia os métodos de planificação tendo como horizonte a industrialização (Rezende, 2010).

Entretanto, no Brasil, a avaliação não estava inserida, com destaque, entre as práticas que compunham o planejamento. Assim, o período em que a avaliação é recuperada de forma intensa e renovada é o dos anos 1990, já influenciados e potencializados pela incorporação das tecnologias de informática que tiveram

grande impacto na sistematização de dados. Insistimos em retomar algumas características desse contexto histórico para a nossa reflexão, pois diversas práticas que permeiam o setor da saúde hoje tem nele importantes referências.

2.2 - Avaliação nos anos 1980 e 1990: a emergência das concepções do gerencialismo

As concepções do gerencialismo (modelo gerencial ou *managerialism* ou ainda *public management*) nos remetem diretamente às reformas administrativas³, que assumiram o protagonismo da discussão sobre o papel do Estado em diversos países da Europa nos anos 1980 e, no Brasil, de forma mais orgânica nos anos 1990. A crise que ganhou relevância a partir dos anos 1970 continha dimensões interdependentes: econômica, social e administrativa (Abrucio, 1997). Nosso foco é a dimensão administrativa dessa crise, centrada na superação do modelo burocrático weberiano de gestão do Estado e a partir da qual se fortalece a introdução do modelo gerencial, no qual a avaliação se destaca.

Entretanto, fazemos a ressalva de que a redefinição das relações entre público e privado, que determinou uma redução da ação do Estado na sustentação de uma rede de proteção social baseada no modelo do bem-estar social, foi um fenômeno da dimensão social da crise que se valeu de conceitos clássicos da administração na avaliação – como a eficácia na relação custo-benefício (Abrucio, 1997) – para induzir a redução dos gastos públicos. Embora a dimensão econômica da reforma perpassasse todos os balizadores desse programa político de modificação na estrutura do Estado, no presente texto, estamos focalizando a dimensão gerencial, por sua relação mais direta com a avaliação.

³ Uma história das reformas na administração pública no Brasil teria como marco inicial o governo Vargas, ainda nos anos 1930, passando por eventos menos expressivos em governos posteriores até que, em 1967, no governo Castelo Branco, através do Decreto Lei nº. 200, formulou-se uma reforma administrativa significativa, que possibilitou a criação de entidades estatais juridicamente diversificadas (Martins, 1995). Contudo, no âmbito do nosso estudo, enfocaremos a crise dos anos 1990 em função da sua vinculação à expansão das práticas de avaliação no setor público.

É interessante registrar que a “reconstrução do Estado”, expressão frequentemente utilizada em documentos de referência sobre esse processo (Brasil, 1995), concebia o Estado como instância regulatória, e não de intervenção direta. Tal acepção implica na redução da oferta de serviços diretos, sustentada pela premissa da necessidade de redução dos gastos públicos com concomitante redução dos custos do Estado (Santos, 1999).

A avaliação também deve ser situada entre os mecanismos de regulação⁴ que deveriam ser incorporados tanto pelo Estado, quanto pelas instituições da sociedade civil no projeto de reforma em pauta. Não se pode perder de vista que a reforma em curso previa a “descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício de poder do Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado , como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica” (Brasil, 1995, p. 12-13).

Assim, esse processo contribuiu para a intensificação da avaliação como atividade do Estado a partir de seu papel regulador, bem como da avaliação como prática das organizações sociais que executariam serviços considerados não exclusivos do Estado (Simionatto, 2000). Faria é contundente ao afirmar que nos anos 1980 e 1990 a avaliação foi posta à serviço da reforma de Estado (Faria, 2005, p.98). Nesse contexto, em diversos países a avaliação deixou de ser um instrumento de programas sociais para ser assumido pelos ministérios da Fazenda e escritórios de auditoria, “guardiões” tradicionais do orçamento, partindo daí as indicações sobre expansão, limitação ou extinção de programas sociais, proporcionando a redução no gasto público (Derlien, 2001, p.15).

De acordo com Barreto (2005) devemos pensar sobre os limites e possibilidades da avaliação, sobretudo para a discussão da qualidade, lembrando que ela se institui com o principal objetivo de cortar custos, com a pretensão de contribuir para a maior eficiência explícita na expressão *work better and cost less*, um dos lemas internacionais das reformas (Rezende,

⁴ Para Costa, Silva e Ribeiro (2000), o caráter regulador da avaliação proporcionaria à saúde pública uma nova função, resignificando seu perfil coercitivo de atuação. Para Santos e Merhy (2006), a avaliação integra-se à regulação, pois 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” (Santos e Merhy, 2006, p. 28).

2002). Desse modo essas práticas são incorporadas na reforma administrativa no sentido de aumentar a governança, para utilizarmos os termos característicos do diagnóstico da crise (Bresser-Pereira, 1998).

Divergindo de uma posição fatalista segundo a qual a avaliação estaria, em qualquer contexto, destinada a cumprir o mesmo papel, achamos prudente pensar sobre esse processo tentando identificar outros interesses também presentes no cenário. De acordo com Abrucio (2004), as duas tendências seguintes, que estão incorporadas no modelo gerencial, refletem preocupações da opinião pública, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à adoção desse modelo: o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços. Nesse período, encontramos a ideia, amplamente irradiada no senso comum, de que a burocracia estatal constituía-se como um entrave ao desenvolvimento da nação por ser um grupo ineficiente que defendia os seus próprios interesses, valendo-se de práticas clientelistas, contrariamente ao interesse público. Paralelamente, consolida-se uma ideologia privatizante, na qual as práticas da gestão empresarial/privada figuravam como modelo a ser difundido.

Esse cenário se projeta mundialmente nos anos 1980, a partir da Inglaterra de Margaret Thatcher e dos EUA de Ronald Reagan e, apesar das reformulações posteriores que diluíram os traços mais radicalmente conservadores do modelo, parece-nos apropriado considerá-lo como a referência em torno da qual se edificou a proposta de reforma administrativa no Brasil, nos anos 1990, fortemente inspirada na experiência britânica. (Santos, 1999; Brasil, 1995)

A lógica da produtividade, oriunda do setor privado, capitaneava outros eixos do pensamento gerencial que se projetavam como soluções para um contexto de escassez de recursos públicos. Os preceitos de agilidade e flexibilidade (em contraponto à rigidez e à centralização), a satisfação do “consumidor” (em contraponto ao atendimento às necessidades sociais) e o controle orçamentário, aliados aos métodos de avaliação de desempenho, foram se tornando parâmetros para as reformas administrativas (Almeida, 1999). Assim, a avaliação do desempenho organizacional (performance organizacional) se estabeleceu como prioridade, confirmando a ideia em torno da necessidade de

mensurar para gerir (Abrucio, 1997; Rezende, 2002). Segundo análise de Almeida, a “avaliação de desempenho passa a ser o fundamento sobre o qual as reformas são construídas” (Almeida, 1999, p. 266).

Embora esse movimento tenha sido perpetrado tendo como pano de fundo a ideia de que tais propostas eram fruto de consenso, existiam críticas, dentre as quais ressaltamos a sobrevalorização da eficiência em detrimento da equidade e da efetividade, valores que deveriam ser caros à atividade pública (Santos, 1999; Abrucio, 1997). A exclusão dessas dimensões seriam reflexos da despolitização do gerencialismo, que pressupõe uma separação entre administração e política, outra crítica comum ao modelo.

A legitimidade alcançada por essas críticas trouxe a avaliação da qualidade como uma dimensão crescentemente incorporada pelo modelo gerencial (Abrucio, 1997), mas cuja expansão teve como referência a satisfação do consumidor (*consumer paradigm*). Entretanto, esse paradigma apresenta-se problemático para serviços como os da saúde, que não se inserem dentro da lógica das escolhas individuais, mas do próprio reconhecimento da cidadania como componente intrínseco à democracia.

Para Almeida (1996), “a mudança crucial de paradigma foi na direção de tentar transformar o compromisso governamental – de garantia do direito de acesso aos serviços para todos os cidadãos – em políticas que se baseavam num conceito de demanda expressa” (Almeida, 1996, p. 8). Uma série de outros problemas é identificada na base dos conceitos que sustentam esse modelo, quando considerados os propósitos de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, tais como a competitividade entre serviços e instituição de bônus financeiros como mecanismos de valorização do trabalhador.

Analisando o contexto da relação Ongs internacionais-APS, em Moçambique, Pfeiffer (2003) comenta que muitas vezes bons princípios de coordenação e planejamento eram evitados, por poderem levar a resultados pobres, em termos de avaliação. O autor registra que o grau de adesão a ideia de projetos “orientados para resultados” produzia um pensamento e um planejamento de curto prazo, capaz de conduzir ao descompromisso com objetivos mais amplos do sistema de saúde. Assim, os encaminhamentos de várias ações eram

definidas para viabilizar o alcance de metas determinadas, sob a pena de cancelamento do financiamento por parte das agências internacionais. O desenvolvimento da avaliação, enquanto prática simultaneamente técnica e política, se depara com essas questões – que não estão equacionadas apenas pelo esforço de inserir a dimensão da qualidade nas avaliações.

Evitando confinar a avaliação entre as práticas conservadoras, incapaz, portanto de contribuir para a conformação de políticas e práticas sociais alinhadas com um projeto de sociedade democrática, propomos expandir nossa discussão para pensar sobre elementos que atravessam a relação entre avaliação e participação, temas caros à saúde pública.

2.3 - Avaliação e gestão democrática de políticas públicas de saúde: impasses e perspectivas

Partindo da recuperação histórica que nos faz pensar sobre a consolidação da avaliação na agenda das políticas públicas, configurarmos uma pergunta: como a avaliação, que se estabelece no contexto de questionamento da relação entre o Estado e a garantia de proteção social, pode contribuir para o fortalecimento de uma política de caráter democrático? Qual o sentido que vem sendo construído para a avaliação em saúde, no âmbito do SUS e mais especificamente na atenção básica?

Concentraremos a reflexão sobre dois aspectos articulados, que estão relacionados ao fortalecimento da avaliação e que, embora presentes na pauta das reformas neoconservadoras, são elementos cruciais do projeto democrático da reforma sanitária brasileira: a descentralização e o controle social.⁵

Um dos sentidos que pode ser atribuído à descentralização, talvez o mais relevante no âmbito da agenda de reforma de Estado em pauta, diz respeito ao reordenamento das relações público-privado através da transferência de responsabilidades do Estado para as instâncias privadas nas mais diversas

⁵ Um conceito, igualmente formulado no âmbito das teorias gerenciais, para evocar a discussão sobre a responsabilização do Estado frente a sociedade, é o de accountability que optamos por não abordar.

modalidades - associações comunitárias, organizações sociais, organizações não governamentais, empresas privadas (Abrucio, 2004).

Em decorrência desse processo e em congruência com a perspectiva do Estado regulador, a avaliação se prestaria a responder a questão do desempenho. A indagação em torno dessa questão pode ser formulada ora por instâncias da sociedade civil organizada – atuando no sentido de verificar o cumprimento das responsabilidades do Estado ou das entidades responsáveis por cumprir as funções sociais -, ora pelo Estado – como forma de exercer o controle sobre as diversas instituições, cujas ações passariam a ser financiadas com recursos públicos, ou sobre as instituições estatais.

Porém, outro sentido, que não foi capaz de excluir os desdobramentos anteriormente mencionados, mas que estava radicado no movimento de redemocratização do país, nos trouxe a descentralização como mecanismo capaz de configurar novas arenas de decisão mais participativas (Labra e Figueiredo, 2002), que estimulam a formulação, o monitoramento e a fiscalização da implantação de políticas, em uma nítida relação com a intensificação do controle social.

A avaliação em saúde, pensada tendo por referência essa orientação, poderia ser inserida no cenário de produção de modos de trabalho e de controle das ações, capaz de colocar o SUS “em questão” na sociedade e com a sociedade. Mas nos interessa afirmar que a sociedade não é um ente abstrato, externo ao ambiente ao qual se dirige a avaliação. Aprendendo com as críticas dirigidas à avaliação como controle, permeada por autoritarismo, e diante da aposta no caráter democratizador da avaliação, cabe retomar a reflexão de Egon Guba e Yvonna Lincoln. Os autores, com formação e atuação no campo da educação e cujos trabalhos têm ênfase na pesquisa qualitativa, são defensores da profissionalização da avaliação e publicaram em 1989 uma sistematização sobre a avaliação, em termos de quatro gerações, que se tornou referência onipresente na produção nacional e internacional.

Cruz sistematiza a distinção entre as quatro gerações, sinalizando as seguintes características de cada uma delas:

(...) primeira (1900-1930), que tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de *medidas* para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a segunda (1930-1960), centrada na *descrição* da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas; a terceira (1967-1980) apoiada no *juízo* de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a quarta (1980 – atual) que se refere à *negociação* entre os atores interessados e envolvidos na avaliação (Cruz, 2011, p.182). (grifos da autora)

A autora registra que um elemento fundamental na diferenciação das gerações de avaliação diz respeito à posição do avaliador – podemos acrescentar, aqui, daquele que se coloca no lugar de produção de conhecimento - diante do uso potencial dos resultados da avaliação, do sentido que é dado à criação dos parâmetros e critérios e, portanto, ao modo como são criados, e da forma como outros atores são incluídos ou não no processo avaliativo (Cruz, 2011).

A partir de uma revisão crítica das gerações anteriores, os autores demarcam ao menos três defeitos dessas gerações que merecem um esforço de superação: a tendência ao gerencialismo, a incapacidade de compatibilizar a pluralidade de valores e a excessiva adesão ao paradigma cientificista⁶ (Guba e Lincoln, 1989, p. 31-32). Na tentativa de superar essas limitações, os autores elaboraram o que chamaram de avaliação de quarta geração, uma proposição sustentada pelo paradigma construcionista.

As características do paradigma construcionista trazem implicações diretas para os estudos avaliativos, conforme propõem Guba e Lincoln. Dessas características destacamos a rejeição à ideia de ser possível e desejável estabelecer uma relação entre realidade e objetividade do conhecimento. Tanto sujeito quanto objeto do conhecimento são construções sociais. Nesse sentido, não existe uma essência da realidade, sendo impossível um conhecimento que represente a realidade. Cabe aos diferentes sujeitos constituir os sentidos que

⁶ Em estudo realizado no âmbito desse doutorado, fizemos uma análise bibliográfica de artigos científicos sobre a avaliação na atenção básica, cujos resultados mostraram que Guba e Lincoln e a proposta de avaliação de quarta geração são frequentemente referenciados. Guba e Lincoln se referem à dificuldade dos norte-americanos em reconhecer que não há, em seu interior, homogeneidade. Comentam que o *melting pot* ao qual frequentemente se referem para tratar de suas origens tem mais efeito retórico do que desdobramentos ante o que seria a diversidade de valores dessa sociedade. (1989, p.34).

lhes são mais compreensíveis a partir do seu lugar social e de sua experiência. O construcionismo irá valorizar o papel da linguagem na enunciação, construção e reconstrução de sentidos pelos sujeitos (Arendt, 2003).

A avaliação de quarta geração estabelece algumas diretrizes para os estudos do campo. A mais notabilizada e que, em certo grau, sintetiza alguns elementos anteriores é instaurar a perspectiva de negociação dos vários sentidos e valores que transbordam do espaço entre avaliação e objeto avaliado, e que podem ser enunciados pelos diversos grupos de interesse. Além disso, aponta a hermenêutica dialética como um referencial de análise sobre o qual se fundamentaria a proposição de uma avaliação concreta. Nessa abordagem o conhecimento é sempre contextualizado, o que implica em rígidos limites às ambições de produzir um conhecimento generalizável (Guba e Lincoln, 1989).

A despeito do prestígio e da notoriedade alcançados por Guba e Lincoln a partir da proposição da avaliação de quarta geração e das interferências que esse debate gerou no campo, percebemos que os âmbitos da produção científica e da política de avaliação em saúde no Brasil, evitam afastar-se de referenciais tradicionais, ainda com forte carga positivista (Fonseca et al., 2012). O apego a essa filiação epistemológica é hoje enriquecido pelo que Vedung (2010) nomeia como onda da evidência (*evidence wave*).

A pergunta sobre a qual se fundamenta o movimento da formulação de políticas baseado em evidências é: *o que realmente funciona?* (Vedung, 2010; McQueen e Anderson, 2001; Atallah, 2002; Contandriopoulos, 1999).

Embora a ideia sobre a natureza de uma evidência contenha grau elevado de plasticidade nas disciplinas que a adotam (MCQUEEN E ANDRESON, 2001), não é essa a tendência predominante na saúde (VEDUNG, 2010). Na saúde, seu contexto de origem, e de poder, é a Medicina Baseada em Evidências, cujo propósito é interferir no espaço privado de definição dos médicos sobre decisões clínicas, deslocando-o para o espaço público da literatura científica, que reúne os estudos que apresentam evidência científicas rigorosamente obtidas (Atallah, 2002).

Deslocada para o âmbito da definição de políticas, uma perspectiva mais restrita do que pode ser aceito como evidência no campo da avaliação de políticas, tem duas consequências teórico-práticas. A primeira é trazer para a avaliação o compromisso de produzir um conhecimento suficientemente capaz de apresentar, com elevado grau de certeza, algo que funcione, implicando revelar uma associação direta entre intervenção - efeitos - resultados desejáveis. A segunda é a crença de poder alcançar os mesmos resultados ao transferir para outros contextos a intervenção, assim convertida em tecnologia de gestão, portanto de base política, acrescida de credibilidade científica.

Com base em estudos de alguns autores⁷, Vedung chama atenção para a sistematização de uma hierarquização entre os desenhos de estudos avaliativos e sua capacidade de produzir evidências confiáveis. Essa hierarquização é baseada em três níveis: no primeiro encontram-se os estudos randomizados, no segundo, os quase-experimentais e no último, diversas outras formas, dentre as quais se destaca a avaliação de processo, estudos formativos, pesquisa-ação e a pesquisa etnográfica (Vedung, 2010, p.273).

A referida hierarquização demonstra que o campo da avaliação em saúde é permeado por disputas de projetos, nos quais subsistem valores ideológicos sobre o conhecimento, sobre a relação entre conhecimento, ciência e política, sobre os modos de pensar e operar no campo da saúde e sobre os interesses que atores concretos possam colocar na arena de disputa política.

O pressuposto analítico com o qual trabalhamos assume a avaliação como uma ação que articula diversas atividades e que conforma realidades. Nos afastamos da perspectiva segundo a qual ela é uma atividade que incide sobre outras ações (a realidade) – percepção esta que pode ser reiterada pela ideia de que avaliar é medir e emitir julgamento. Como prática social, avaliar não é um agir neutro. Estrutura-se a partir de determinadas concepções e contribui para constituir valores de caráter geral e específico no setor saúde, o que ganha força pelo papel a ela atribuído de direcionar a formulação tanto de políticas, quanto de ações que atravessam o cotidiano dos serviços.

⁷ Vedung se apoia em contribuições de Pawson (2006, p. 49) e Rieper e Foss Hansen (2007).

Os principais mecanismos através dos quais a avaliação opera tal positividade são a seleção das práticas implementadas nas diferentes instâncias, que vão se constituir como objetos de avaliação, e a construção do método a partir do qual esses objetos de avaliação serão abordados. Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las por meio de indicadores, a avaliação irá pautar as ações e os modos de agir e, portanto, o trabalho, tendo isso mais ou menos impacto, em função do poder de direcionalidade atribuído aos resultados da avaliação nos contextos em que ela se desenvolve.

Para além de orientar a tomada de decisões, cabe pensar sobre as formas pelas quais a avaliação pode ser um dispositivo que direcione poder a favor dos que estão em avaliação, como propõe Springett (2001), de modo que efetivamente favoreça a aprendizagem e que tenha em seu horizonte a construção de sujeitos mais autônomos.

Em nosso estudo dirigimos esses interesses de investigação ao cenário da atenção primária em saúde com ênfase no trabalho do ACS. Por isso, antes de tratar das reflexões proporcionadas pela experiência do trabalho de campo, traçamos um breve panorama das políticas de avaliação na atenção básica.

2.4 - A avaliação na atenção primária no SUS: o esforço pela institucionalização.

É possível afirmar a existência de uma política pública de avaliação em saúde?

Formalmente, responder de modo assertivo a essa questão nos tranquilizaria quanto ao fato de que temos um objeto claro e recortado de investigação. Independentemente de podermos afirmar a existência de uma política de avaliação, como o fizeram dirigentes do processo que emerge do ministério da saúde a partir do início dos anos 2000 (Felisberto et al, 2010), apostamos em captar, no contexto concreto da formulação e implementação de mecanismos

de avaliação na AB, ações sistematizadas, de cunho governamental, orientadas para a difusão das práticas de avaliação no SUS.

Neste momento do estudo vamos orientar esse mapeamento para proposições governamentais formalizadas. Mas é importante marcar que para além de definir procedimentos em relação á avaliação de serviços, o que se procurou instituir foi uma cultura avaliativa na saúde.

Tal concepção, de promover uma cultura avaliativa, deve ser objeto de reflexão, pois é sobretudo a partir dela que se compõem um discurso que capilariza compreensões e valores que vão repercutir de forma previsível, mas também impremeditadas, no cotidiano das práticas de trabalho, nas relações e nos perfis profissionais e também, na formação. Percebemos a intenção de expandir os horizontes da avaliação para atingir a totalidade do sistema. Ainda que no enunciado de seus propósitos a avaliação apresente como seu fundamento apoiar as decisões de gestão, simultaneamente aponta para a mudança de praticas individuais e institucionais (Felisberto et al 2009; Brasil, 2005a).

Para nos auxiliar na compreensão das perspectivas que vem se construindo para a avaliação na atenção básica, começaremos bordando um processo abrangente, que abriga um conjunto articulado de ações e que tem sido designado como Institucionalização da Avaliação.

A institucionalização da avaliação é um movimento que extrapola o contexto nacional e que tem se fortalecido a partir de uma rede de atores institucionais que inclui, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial. Nos lugares em que foi incorporada como integrante da política pública – tal como acontece em diversos países da União Europeia, nos EUA, Canadá e Austrália (Felisberto, 2009) –, variadas estruturas foram concebidas para dar perenidade à formulação e implementação de políticas de avaliação de uma forma progressivamente profissionalizada. Contandriopoulos (1999) afirma que, em conjunturas nas quais a avaliação está institucionalizada, o controle dos mecanismos de avaliação põe em disputa os principais atores coletivos que interagem na saúde.

O próprio grau de institucionalização alcançado pela avaliação tornou-se objeto de estudo e, portanto, de debate teórico e pesquisa empírica (Varone e Jacob, 2004; Alves, 2010) no qual se avalia, em que medida, o redirecionamento das etapas de planejamento, execução, avaliação e intervenção, tendo por referência conhecimentos provenientes da avaliação, está incorporado à rotina (Contandriopoulos, 2006).

No Brasil, embora o termo institucionalizar tenha diversas acepções no campo da saúde, no que tange a sua relação com a avaliação e com as políticas de saúde Lins e Cecílio (2008) observam o predomínio de uma perspectiva pragmática, sendo a institucionalização da avaliação abordada por meio de seus aspectos operacionais. Esta postura pragmática implica em uma ideia de eficácia. Desse modo, podemos incluir no processo político dessa institucionalização, no interior do aparelho de Estado, os variados dispositivos que têm como vértice comum proporcionar as bases concretas para consolidar a avaliação no SUS e na atenção básica.

Em 2006, o Pacto da Atenção Básica (Brasil, 2006a) incluía o monitoramento e a avaliação em diversos itens relativos às competências das esferas de governo. A expressão institucionalização da avaliação já estava presente no texto, assinalando o lugar da avaliação na política de saúde. Neste momento foi particularmente importante a definição dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que se tornou o principal instrumento de monitoramento e avaliação. Esses indicadores sustentam-se na relação epidemiologia-planejamento e remetem às cinco áreas seguintes: oferta de serviços, atenção a grupos específicos, vigilância epidemiológica, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do PSF. De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), os indicadores sofreram diversas revisões, sendo a mais significativa em 2006.

Contudo, o período em que a institucionalização da avaliação na atenção básica tem seu desenvolvimento mais intensificado remete à implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Esse projeto é resultado de um acordo de empréstimo firmado entre o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird/ Banco Mundial) e o governo brasileiro, e tem como objetivo mais geral expandir o enfoque da

atenção primária em saúde, a partir do PSF, para municípios com mais de 100 mil habitantes.

O projeto foi estruturado em três fases e atualmente está na segunda. O acordo de empréstimo é firmado a cada avaliação da fase anterior, tendo em vista os indicadores e metas estabelecidos. Um dos componentes da 1ª fase do Proesf⁸, o componente III, destinava-se ao financiamento de ações de fortalecimento do monitoramento e avaliação e mobilizou recursos da ordem de US\$ 25 milhões (Alves, 2008; Felisberto,2009). Nesse contexto, um conjunto de ações de impacto é posto em curso. A partir da bibliografia sobre o tema e de documentos da política organizamos no quadro II, um inventário de ações relacionadas à institucionalização da avaliação na atenção básica.

Quadro II. Ações que marcam a institucionalização da avaliação em saúde na atenção primária. 1998-2011.

Ano	Ação	Comentários
1998	Implantação do SIAB em substituição ao SI PACS .	Fortalece e operacionaliza a ideia de um sistema de informação para o acompanhamento e avaliação de ações e resultados do PSF
1998	Definição do Pacto da Atenção básica,	Estabelece os indicadores de monitoramento e avaliação da AB.
1999	Regulamentação do o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica -PAB.	Alocação de recursos via PAB Interferindo nos modos de gestão das secretaria estaduais e municipais Induz a organização do modelo e a difusão dos sistemas de informação
2001	Criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) no departamento de atenção básica do MS,	Fortalece a institucionalização na esfera governamental e assume a gerencia do pacto de indicadores da AB.

⁸ O Proesf estrutura-se por meio de três componentes: I - Conversão e Expansão Municipal do PSF, II - Desenvolvimento de Recursos Humanos do PSF e III- Monitoramento e Avaliação

2003	Reestruturação da Coordenação de acompanhamento e avaliação no organograma (fortalecimento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde)	Se insere entre os propósitos de garantir sustentabilidade das ações de monitoramento e avaliação, segue o modelo de funcionamento tripartite expandido a cultura avaliativa para outros atores do sistema
2003	Início da Elaboração de uma política de avaliação para a atenção básica	O documento, publicado em 2005, foi elaborado por um período de dois anos.
2004	Conass institui um grupo de trabalho sobre Acompanhamento, Avaliação e Regulação da AB.	Conass assume a “convergência” dos propósitos apresentados para o acompanhamento e avaliação elaborados pela gestão federal e coloca-se integrado a esse projeto.
2004/05	Estudos de Linha de base – (Proesf- componente III) 168 municípios brasileiros com população acima de 100 mil Habitantes	A caracterização do quadro sanitário e da organização dos serviços, para traçar uma “linha de base” para posterior seguimento é o objetivo principal. Treinamentos de profissionais em avaliação também foram incluídos no processo.
2005	Projeto de Fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias de Estado da Saúde (Proesf componente III)	Projeto que conta com financiamento do Banco mundial e visa expandir o enfoque da APS a partir do PSF para municípios com mais de 100 mil habitantes, .
2005	Publicação do Documento “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”.	Formaliza uma política de avaliação na atenção básica
2005	Publicação, em conjunto com o MCT 0 edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005. para a seleção de estudos de avaliação da atenção básica	Produção de conhecimento científico e articulação dos espaços acadêmicos e de serviços tendo a avaliação como tema,
2005	Avaliação para a Melhoria da Qualidade (Proesf)	Institui uma Metodologia de auto-avaliação a ser implementada em diversos níveis: gestores. Coordenadores, unidades de saúde e equipes da ESF. Com proposito de qualificação da AB via avaliação.
2007	Criação do GT de avaliação da Abrasco	Confirma a avaliação como campo de produção de saberes e de articulação política,

		instituindo um novo espaço para o diálogo acadêmico e com outras esferas da sociedade.
2011	PMAQ Incorpora elementos da AMQ e amplia a vertentes de avaliação com objetivo final de certificar equipes da saúde da família.	Funciona como um modelo de certificação, com autoavaliação e avaliação externa baseada em critérios de diversas dimensões.
2011	Inserção de práticas de avaliação na política de AB vinculada ao repasse de recursos do PAB variável.	Estabelece os resultados de avaliação da PMAQ como mais um mecanismo de indução de práticas ao associar incentivos financeiros em função dos resultados obtidos.

Como intelectual atuante nesse processo, Hartz esclarece que institucionalizar a avaliação tem o sentido de “integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas” (Hartz, 2002, p. 419).

O compromisso e o grande esforço empreendido para efetivar a incorporação da avaliação no tecido político da reforma do SUS deu origem a um conjunto de dispositivos, destacados no Quadro II. Esses dispositivos foram formalizados através de instrumentos da política normativa e repercutem, direta e simultaneamente, em várias dimensões, sendo possível distinguir importantes influências quanto a: 1) alocação de recursos financeiros; 2) organização do modelo assistencial; 3) produção de conhecimento científico; 4) modos de gestão de outras esferas (estaduais e municipais); 5) revisão das tecnologias de informação e seus usos; 6) composição da estrutura burocrática e 7) articulação interinstitucional .

O sinergismo alcançado pelas ações de avaliação desenvolvidas, em particular a partir de 2003, é o que melhor evidencia a potência e a credibilidade concedida à avaliação como elemento de qualificação do sistema de saúde. Para além de ações bem estruturadas, o que a política de institucionalização da avaliação desenhou foi uma interação entre atores e instituições de naturezas diversas. Quer estivessem na gestão, na academia, nas unidades de saúde, foi possível tomar avaliação como um tema de discussão, de

cooperação técnica, de prática de gestão e de pesquisa, tendo como lastro significativas oportunidades de financiamento.

Assumido o propósito de induzir a incorporação de uma cultura avaliativa, a PNAB de 2006 (Portaria nº 648/GM/MS de 2006) explicita a avaliação como um fundamento da AB; como uma área de conhecimento prioritária para a qualificação dos recursos humanos e, como objeto de institucionalização.

Tanto na PNAB de 2006 quanto na PNAB de 2011 (Portaria nº 2488 de 2011), a avaliação está incluída entre as responsabilidades de todas as esferas de governo. Ao tratar do processo de trabalho das equipes, ambas políticas destacam a avaliação como uma atribuição de todos os profissionais da ESF, ao lado de outras mais típicas da atenção à saúde (ex. busca ativa, educação em saúde), o que aponta para o deslocamento da avaliação dos gabinetes para o cotidiano dos trabalhadores. O SIAB, reformulado e já sob a responsabilidade da Coordenação de Avaliação e Acompanhamento da atenção básica (CAA/DAB) tornou-se uma fonte de informação que orienta para o repasse de recursos, ao mesmo tempo em que sua alimentação regular, tal como de outras bases nacionais, é requisito para a manutenção dos repasses.

Neste percurso da interação entre políticas de fortalecimento da AB e 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. Em “Avaliação na atenção básica: Caminhos da Institucionalização”, documento que melhor expressa a síntese da política de avaliação da atenção básica nesse período, o projeto é apresentado como eixo estruturante da política e elemento que concretamente visa “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).

O resultado mais tangível desse processo foi a elaboração de planos estaduais de monitoramento e avaliação, o que colocou em cena a responsabilidade da esfera estadual na condução de avaliações e estimulou a criação de equipes

com condições de efetivá-las. Para a elaboração e implementação desses planos, a estratégia foi a de criação da Rede de Centros Colaboradores em Avaliação, que envolveu vinte e uma Instituições brasileiras de Ensino e Pesquisa (Alves, 2008, Felisberto, 2008). Este projeto reitera e operacionaliza o objetivo de introduzir a avaliação nas práticas de gestão dos diversos níveis, o que é potencializado por duas outras ações: Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família – ESF/AMQ – (Brasil, 2005b) e, posteriormente, o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ/AB (Brasil, 2011).

As duas propostas, AMQ e PMAQ, tem em perspectiva promover uma relação direta entre a avaliação e a mudança nos processos de trabalho das equipes da ESF, com ênfase no desempenho. Pressupõe ainda a incorporação da avaliação na rotina da gestão e do trabalho na ESF. Na elaboração de seus referenciais teóricos, sua metodologia e seus instrumentos operacionais, tanto a AMQ e a PMAQ instauraram uma rede de cooperação com instituições ensino e pesquisa e de estruturas de gestão (Brasil, 2005b; Brasil, 2012)⁹.

Ambas compartilham bases conceituais bem estabelecidas no campo da avaliação e da Atenção Primária. A AMQ enuncia seus referenciais de modo explícito e adota a concepção sistêmica proposta por Donabedian, de estrutura, processo e resultado, valorizando a produção de evidências (Donabedian, 1984, Brasil, 2008). A PMAQ traz de forma mais diluída essas concepções teóricas, que estão expressas nos instrumentos e nas ferramentas consolidadas na metodologia.

Um fundamento das propostas é assumir a qualidade como um atributo do sistema de saúde que é positivamente afetado pela prática da avaliação. Ambas abordam a qualidade a partir de processos e resultados mensuráveis por indicadores e referidos a padrões de desempenho que ganham concretude por meio dos instrumentos da AMQ e a PMAQ. Um dos objetivos das propostas foi elaborar padrões que podem ser agrupados em função do porte

⁹ Uma questão de pesquisa que não foi investigada neste trabalho diz respeito à alteração dos termos que enunciam essas política. Se na AMQ é frontalmente assumida a centralidade da avaliação, na PMAQ o termo avaliação é suprimido, é reforçada a centralidade da relação acesso e qualidade, e a avaliação é situada como uma forma de garantia da qualidade.

populacional do município e a partir dessa equalização, serem assumidos para fins de comparação.

A adesão é voluntária, feita por municípios e equipes da saúde da família e até novembro de 2012, havia 16.422 equipes, em municípios de todos os estados da federação, que tinham efetuado a avaliação externa da PMAQ.

Politicamente, há uma importante distinção a ser observada. A AMQ pretende valorizar a “*direcionalidade educativa, pedagógica*” (Brasil, 2009a, p.17). Identifica-se como uma proposta de “*ação crítico-reflexiva contínua, desenvolvida sobre a organização, o funcionamento, os processos e práticas de trabalho da gestão e do serviço*” (Brasil, 2005c p. 11). Em decorrência desse posicionamento, recusa à adoção de incentivos financeiros (prêmios) ou sanções, atrelados ao alcance de resultados.

Considerando, mais especificamente o componente de auto avaliação voltado para as equipes de saúde da família, (Brasil, 2009a; 2009b) veremos que concepção é de que a metodologia possa ser empregada conduzindo a elaboração de um diagnóstico que tem como desdobramento o planejamento de intervenções. Duas dimensões, a atenção à saúde e consolidação do modelo de atenção dão origem a outras subdimensões a partir das quais são organizados os critérios de qualidade.

Existe nesta proposta um alteração da qualidade da relação entre a avaliação – planejamento – gestão no cenário da interação política entre gestor federal e gestores locais. Se anteriormente o gestor federal, através da avaliação e do monitoramento se atinha aos indicadores que tratavam diretamente dos resultados de saúde e da contabilização de procedimentos da clínica e das vigilâncias, remetendo ao que já estava estabilizado pela epidemiologia e pelo planejamento, a inclusão de novas dimensões da avaliação trouxe novos atores e demandas, novas reflexões e novos critérios e indicadores para essa arena política.

Para elucidar essa mudança trazemos a dimensão de avaliação intitulada Consolidação do modelo de atenção. Fazem parte desta dimensão as seguintes subdimensões Organização do Trabalho na ESF, Acolhimento,

Humanização e Responsabilização Promoção da Saúde; Participação Comunitária e Controle Social; Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF. Registramos aqui dois exemplos de critérios adotados: pela AMQ que resultam em questionamento às equipes, são eles: a) na subdimensão Promoção à Saúde “A ESF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos Usuários” (Brasil, 2009b, p.82) e ainda. “A ESF desenvolve ações de educação em saúde com abordagem problematizadora” (Brasil, 2009b, p.33). Destarte, a AMQ pretende interferir na produção dos serviços compatibilizando uma visão mais tradicional da saúde com a incorporação de temas e ações que embora bastante debatidos no campo, costumam estar ausentes das avaliações.

Diferentemente da AMQ, a PMAQ caracteriza-se por ser um programa governamental que se efetiva como um proposta de contratualização e certificação. A adesão a PMQ é voluntária, feita por gestores, unidades e equipes. A partir da adesão se estabelece uma relação em três planos: contrato que se firma em torno do compromisso com indicadores pré-estabelecidos, etapas de avaliação com objetivo final de avaliação externa com vistas à certificação e posterior alocação de recursos a partir dos resultados alcançados.

No que tange aos critérios e indicadores formulados na proposta, em grau reduzido, está mantida a presença de componentes que ampliam o enfoque da avaliação para além do escopo do resultados de saúde e dos procedimentos da clínica e das vigilâncias. Entretanto, possivelmente pelo caráter de certificação da PMAQ, é dada ênfase aos critérios que admitem uma mensuração objetiva. Na dimensão de promoção à saúde, por exemplo, os critérios são relativos à: “Oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para grupos específicos/prioritários (hipertenso, gestantes, diabetes); ao incentivo e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde e/ou no território de práticas corporais e atividade física; Desenvolvimento de ações educativas sobre a qualidade da água de cisternas “ (Brasil, 2012b, p. 29)

A PMAQ estabelece uma forma de alocar de recursos por meio de um ranqueamento dos índices de desempenhos (insatisfatório, regular, bom e

ótimo) que são estabelecidos a partir da distância do desvio-padrão, por exemplo: desempenho bom: quando o resultado alcançado pela equipe for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato¹⁰. A proposta insere a competitividade entre as equipes como um elemento desse sistema.

Tendo por base essa dinâmica a PMAQ pôde ser incorporada como parte do Piso de Atenção Básica Variável tornando-se um dos meios de financiamento da AB ,pelo gestor federal, como consta na Portaria 2.488 (Brasil, 2011). Ao estabelecer uma transferência legal de recursos tendo por referência os resultados da PMAQ, consolida-se a indução da institucionalização da avaliação através dos mecanismos de financiamento. Em termos quantitativos a adesão tem sido expressiva, e até novembro de 2012, todos os estados da federação já contavam com municípios que haviam solicitado a etapa de avaliação externa, num total de 16.422 equipes.

Connil (2012) registra que o planejamento em saúde tem se voltado para a adoção de incentivos financeiros vinculados aos resultados de desempenho, como acontece na Inglaterra desde 2000. Mokate (2002) que considera os incentivos organizacionais e gerenciais, tais como premiação ou reconhecimento por mérito ou alcance de resultados, uma das condições para que a avaliação se incorpore à cultura da gestão.

Paralelamente ao prestígio que esses mecanismos alcançam, encontramos fortes sinais de contestação de sua validade. Na Inglaterra, um dos desdobramentos que vem sendo apontado dessa abordagem gerencial é o risco de demissão dos gerentes dos serviços de saúde que apresentarem resultados considerados pobres, tendo em vista os parâmetros e indicadores estabelecidos como de referência. (Bevan e Hood, 2012).

Reflexões sobre essas experiências e seus efeitos, acompanhadas das distinções entre os níveis micro, meso e macro da avaliação já circulam no

¹⁰ Para a comparação entre municípios foi adotada uma forma de estratificação baseada em indicadores sociais que vão compor um índice. A preocupação é com a aplicação de uma metodologia que favoreça a sustentação do princípio da equidade. Para entender melhor, sugerimos consulta ao documentos da PMAQ, em particular ao manual instrutivo (BRASIL, 2012a)

campo da educação há décadas e tem sido trazidas para a avaliação em saúde (Conill, 2012) frequentemente interligadas ao debate sobre as redes integradas de saúde (Mendes, 2005; Vazquez et al 2009).

Formular apreensões sobre a institucionalização da avaliação e a sua presença no cotidiano da saúde da família nos leva a resgatar o questionamento de Lins e Cecílio (2008):

“É importante ter sempre claro que como processo histórico de construção social, a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos. Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde deve se propor a construir uma nova prática, a provocar uma mudança na prática do fazer saúde atual e não apenas na prática de avaliar ou não avaliar (Lins e Cecílio, 2008, p.495)”

Os autores reiteram o reconhecimento das singularidades e dinâmicas das instituições, que criam modos próprios de alcançar suas finalidades e nos seus contextos específicos, produzem sentidos para esses modos de agir, como algo a ser respeitado pela avaliação em saúde. Localizam esses movimentos como parte do processo necessário de transformação das práticas de saúde. (Lins e Cecílio, 2008).

Foi pensando nestes espaços de práticas, que tal como a avaliação pretendem repercutir sobre as formas de realizar o trabalho em saúde qualificando-o, mas simultaneamente são formas pelas quais se operacionaliza o controle do trabalho e do trabalhador, é que definimos a supervisão na saúde da família e especificamente dos agentes comunitários de saúde como um objeto de investigação nesta pesquisa.

2.5 - A supervisão e o processo de trabalho na Atenção Primária

A partir de nossa pesquisa bibliográfica, percebemos que, mais recentemente, o tema da supervisão tem sido objeto de poucos estudos na área da saúde pública, sendo mais presentes os recortes da clínica, relacionados ao exercício da psicanálise, da medicina e da enfermagem.

No campo da educação, sua discussão ocorre conectada à rotina escolar e as práticas de formação, frequentemente referida às modalidades de ensino com destaque para o estágio. Porém, é na área dos estudos sobre trabalho vinculados à psicologia, sociologia, engenharia ou administração, que a supervisão é um tema recorrente, articulado às outras questões sobre o trabalho nos marcos do capitalismo.

Foi precisamente no contexto de transformações do trabalho e na sua relação com a ampliação do domínio do capital e a subordinação do trabalhador que a supervisão se impôs como um dos elementos que conformam a teoria da administração científica. Para Silva (2002), é preciso distinguir o avanço tecnológico proveniente do emprego de máquinas da formulação dos métodos de racionalização da produção, propostos por Taylor, Ford e posteriormente Mayo, no início do século XX. Tais métodos visavam o controle social do trabalho e tem como foco a “fragmentação das tarefas, estudos de tempos e movimentos, estabelecimento da única maneira certa de executar o trabalho, princípio *one best way*, supervisão cerrada dos operários, incentivos monetários, esteira transportadora e ideologia da colaboração de classes, a harmonia administrativa”. (Silva, 2002, p.31). O controle social do trabalho associado à fragmentação das tarefas, sustentava-se pela separação entre as funções de execução e gerenciamento, o que alimentava a cisão entre os trabalhadores responsáveis por pensar sobre o trabalho, que ocupavam os lugares de gerenciamento / supervisão, daqueles aos quais caberia a execução de tarefas. Como um dispositivo para o aumento da produtividade, a supervisão está intrinsecamente vinculada à divisão social do trabalho, que deve ser pensada em sua relação com a divisão técnica do trabalho. Para Pires (2009) embora seja possível afirmar que sempre houve uma divisão do trabalho, é no contexto capitalista e no universo fabril que ela se intensifica, associada a produtividade e a hierarquização.

Neste caso, a divisão social não se limita à distinção entre proprietários e não proprietários dos meios de produção, mas remete a uma separação entre trabalho complexo e trabalho simples (Lima, 2010) Partindo de Marx, Lima (2010) nos fala que o trabalho complexo estaria associado a uma natureza mais especializada e implicaria em custos mais elevados de formação,

acarretando um valor mais elevado do que aquele do trabalho simples. Já este, estaria associado a capacidade de trabalho – dispêndio de força/energia, que qualquer pessoa teria¹¹. (Lima et al, 2010). Neste sentido, a concepção de trabalho simples tende a negar o envolvimento intelectual requerido do trabalhador na realização de atividades que, historicamente, e em situações concretas são incluídos nesta categorização.

A divisão técnica do trabalho, vai se integrar na trama da divisão social efetivando a fragmentação do trabalho em operações bem delimitadas (Pires, 2009). O esvaziamento do sentido de totalidade do trabalho a partir de seu parcelamento, traz as condições para estabelecer a gerência do trabalho e a supervisão como elementos a partir dos quais o trabalho, convertido em trabalho simples é controlado, possibilitando aumentar o rendimento do tempo do trabalhador e da estrutura de trabalho, ou seja, aumentando a produtividade.

O estudo de Mendes Gonçalves (1994), sobre tecnologias e a organização social das práticas de saúde, traz uma reflexão sobre a relação entre a reprodução social e dimensão técnica do trabalho, que se tornou uma referência para o entendimento da supervisão. O autor destaca a supervisão como atividade inerente ao trabalho que coletivo, quando ocorre distinção entre as funções, lembrando que nas sociedades divididas em classe, as distinções expressam as desigualdades traçadas na divisão social o trabalho. De acordo com o autor.

“todo trabalho desempenhado coletivamente, por divisão de funções implica necessariamente um posto de trabalho que cuide para que o conjunto se mova organizadamente em direção ao produto; quando essa divisão do trabalho corresponde ao mesmo tempo a divisão da sociedade em classes, e a sua reprodução sob determinada forma, aquele posto de trabalho passará a corresponder ao mesmo tempo á função técnica necessária à consecução do produto e a função social necessária a reprodução da classes sociais. Apenas como modelos polares – embora

¹¹ Lima, Neves e Pronko (2009) nos lembram que “Existe um patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples em cada estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção industriais, em cada formação social concreta. Existem também diferenciações na execução das atividades produtivas que exigem conhecimentos sistematizados (escolarizados) e diferentes experiências de trabalho e de vida.” (LIMA et al, 2009, p. 461)

absolutamente interdependentes - que permitem a identificação de objetivos, materiais e métodos do trabalho, é possível distinguir uma função de controle associada á reprodução social, e uma função de supervisão associada a dimensão técnica” (Mendes-Gonçalves 1994, p. 149)

No cenário da ESF não existe um posto de trabalho, um cargo, ou mesmo uma função exclusiva de supervisão. Isto não quer dizer que o papel social de supervisor e a atividade, não estejam sendo exercidas nos diversos modos de implementar a saúde da família. Nos instrumentos normativos da política de atenção básica e no cotidiano dos serviços, são atribuídas aos enfermeiros as responsabilidades relacionadas ao planejamento do trabalho e a supervisão de outros profissionais. Sendo assim, as discussões que reportam à supervisão na enfermagem são as que oferecem o panorama mais implicado, de maior interface, com as questões relativas ao trabalho do ACS.

A inserção da supervisão entre as atividades da enfermagem moderna, vincula-se diretamente a divisão técnica, que remete as próprias raízes da institucionalização da profissão.

De acordo com Lima:

“A enfermagem moderna nasce, portanto, dentro do espaço hospitalar, e além disso, sob a égide da divisão técnica do trabalho. De um lado as enfermeiras, provenientes das classes média e alta da sociedade, as quais eram destinadas as atividades de direção, supervisão e ensino, ou, o trabalho intelectual. De outro, as auxiliares de enfermagem, de nível sócio econômico inferior, as quais eram destinadas o serviço das enfermarias, ou, o trabalho manual.(Lima, 2010, p.51).

O mesmo autor nos fala que a formação em enfermagem, nos primeiros tempos de sua institucionalização, na segunda metade do sec. XIX na Europa, visava muito mais a normalização de conduta, disciplinarização moral e construção de uma hierarquia na equipe, do que o cuidado em si.

Silva (1997) admite que a necessidade social da supervisão se institui ao se produzir, na era moderna, a separação do espaço do trabalho e do espaço da educação. Tratando do contexto mais recente da saúde, Silva (1997) recupera

a discussão desenvolvida por Mascarenhas (1989?) sobre supervisão na saúde mental, e propõe expandir o entendimento sobre as raízes da supervisão, sinalizando: *(a) uma raiz que diz respeito à organização ou administração do trabalho, ou as suas formas de gestão, na qual a perspectiva institucionalista traz ricas contribuições; (b) outra que relaciona-se à formação, através da educação, dos trabalhadores; e (c) a outra raiz, sobre as práticas de supervisão em saúde pública.* (Silva, 1997, p.9).

Baseando-se em estudos de Silva (1991), Baraldi (2005) afirma que o conceito de supervisão está, empiricamente, vinculado aos procedimentos do planejamento, estruturado em uma cadeia lógica de identificação de problemas – avaliação- priorização e solução. Baraldi (2005) recupera as técnicas citadas por Silva como parte das estratégias de supervisão, e que acionam conhecimentos da psicologia (orientação, aconselhamento e motivação); de ensino (acompanhamento do processo ensino-aprendizagem, estimulação, orientação e treinamento [Baraldi, 2005, p. 34]).

Para Reis (2001) nos serviços de saúde, e no hospital em particular, as seções clínicas são formas de supervisão especializada, em que a autoridade está baseada no domínio de conhecimento da área específica, ficando normalmente sob a coordenação do chefe do serviço. Entretanto, na rotina diária, a supervisão também acontece, normalmente a partir de uma delegação do chefe a um assistente, que neste caso figura como intermediário entre os níveis de direção e execução (Reis, 2001).

Refletindo sobre a supervisão no contexto atual da saúde, Baraldi destaca três aspectos como os mais relevantes na supervisão: são eles; o caráter educativo: que sustenta-se pela reflexão crítica sobre a prática e a análise do trabalho; requer a utilização de referenciais das ciências humanas; caráter de controle: atividades articuladoras que confirmam unidade ao trabalho coletivo garantindo suas finalidades; caráter de articulação política: constitui a posição intermediária e intermediadora da supervisão, lembrando que ensino e controle estão referidos a posicionamentos éticos-políticos e a relação de poder está presente na relação hierárquica organizativa (Baraldi, 2005).

Referindo-se ao cenário das políticas de saúde no sec. XX, Silva (1997) distingue três momentos da saúde pública que definem características da supervisão. O primeiro é o dos programas verticais centralizados; posteriormente o da programação em saúde, seguido da descentralização e municipalização da saúde. O primeiro momento se inicia junto com o século XX, mas a supervisão só viria a ter maior importância na década de cinquenta. Neste período a supervisão vinculava-se ao planejamento centralizado. A autora registra:

“as ações desenvolvidas também no setor saúde, com destaque para a saúde pública, eram normatizadas pelo nível central (ministerial) e cabia a execução aos estados, sendo que os municípios entravam com uma parcela mínima de responsabilidade. A supervisão era considerada fundamental no sentido de garantir o cumprimento das metas e normas”. (Silva, 1997, p.24)

Ao mesmo tempo em que se conferia prestígio e respaldo dos níveis centrais aos supervisores, estes eram objeto de um controle estreito, visto que desempenhavam uma intermediação entre os níveis de poder. Em seu levantamento histórico a autora (Silva, 1997) registra que no âmbito das Campanha contra a tuberculose se firmou a denominação de supervisora para a profissional de enfermagem, que no SESP já correspondia a um cargo gratificado, evidenciando duas situações; a supervisão como prática reconhecida porém informalmente realizada e a supervisão formalmente instituída. (Silva, 1997)

No momento Programação em Saúde, que a autora situa a partir dos anos 60 do sec. XX, e se estende pelos anos 70, a supervisão deve ser pensada em relação à expansão dos serviços privados, sobretudo hospitalares e, em programas como o PIASS, no qual o chefe da unidade local era responsável pela supervisão direta. No hospital, a supervisão se posicionava em dupla direção: de “*cima para baixo*” e de “*baixo para cima*”, ideia que reitera o papel de intermediação política associada à atividade.

Silva (1997) com base em documento de 1969 estruturado com vistas a formação de enfermeiras da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, assinala que a supervisão pode ser pensada como uma questão de formação, que apontava para os seguintes pontos:

conhecimentos técnico-administrativos mais sólidos sobre a profissão de enfermagem e o campo especializado onde deverá atuar (saúde pública, enfermagem pediátrica etc.);

conhecimentos sobre o processo de supervisão e suas características e sobre a realidade da área de serviço de enfermagem, incluindo os fatores envolvidos no desenvolvimento de um adequado programa de supervisão;

conhecimentos sobre a natureza humana, suas necessidades e motivações básicas que precisam ser satisfeitas;

conhecimentos dos princípios, fatores e metodologia que condicionam a aprendizagem;

conhecimentos dos princípios de relações humanas e liderança” (1969, p.239 apud Silva, 1997, p. 33 e 34).

Essa perspectiva, que aliava a supervisão à formação encontrava contraponto em outros discursos, que sublinhavam as características pessoais do ‘ser’ enfermeiro supervisor, tais como as abaixo elencadas em aula ministrada em 1971, no curso de Organização e Administração em Enfermagem, promovido pela OPAS/OMS no México (Silva, 1997). A docente responsável¹² elencou os seguintes atributos:

“ser uma pessoa que aceita desafios, mas nunca se deixa vencer; ser dinâmica, capaz de enfrentar o futuro com coragem, com força suficiente para influenciar os demais; poderá desanimar em certas ocasiões, porém nunca (grifo nosso) deverá dar mostras disto; ser uma inspiração para quem com ela trabalha (...)” (Ribeiro, 1971, p.95-6, apud Silva, 1997 p. 34).

Para Nunes e Barreto (1999) são características da supervisão nesta fase: promover a eficácia das ações relativamente aos objetivos dos programas; posicionamento da supervisão como um subsistema entre as direções e o nível operacional. atuação como um elemento da gerência, sintonizado com a

¹² A responsável pela aula foi a Enf. Circe Melo Ribeiro, duas vezes presidente da ABEN, em diversos momentos, participante e protagonista da política institucional relativa ao exercício da enfermagem no Brasil.

segmentação do trabalho entre um nível mais qualificado e o auxiliar, atuando na educação do trabalhador (Nunes e Barreto, 1999). Nunes (1986) comenta que, nas instituições de saúde, a supervisão está condicionada a forma como são estruturados e proporcionados os serviços, e no modo como se dão as relações entre as funções de mando e as de execução.

O terceiro momento, período, final dos anos 1970 e 1980 do sec. XX, foi marcando pela explicitação de crises na saúde, e pelo interferência das lutas que marcaram o movimento da Reforma Sanitária. A supervisão vincula-se às propostas de descentralização das ações de saúde. No cenário internacional a OPS/OMS atuavam para promover a APS como enfoque dos sistemas.

Silva (1997) nos fala que a supervisão assume sua vertente de controle, entretanto, trata-se de um controle subordinado aos objetivos e finalidades sociais constituídos, para o setor saúde e para os serviços, por uma ordem democrática permeada por movimentos de participação social. A política e as práticas a partir das quais se efetiva o processo de descentralização, estabelece os parâmetros dessa supervisão, o de se encontra a vertente de apoio à expansão de cobertura e a difusão da APS.

Ao realizar um seminário internacional sobre supervisão, em 1980 no Peru, a OPAS, promoveu a composição da aliança entre supervisão e educação, que veio tornar-se objeto de investimento técnico e político nos diversos países que participaram do seminário. No Brasil, em 1982, foi criado o grupo de trabalho em supervisão e educação continuada e a supervisão posicionou-se como instrumento pedagógico (Reis, 2001).

Parece-nos importante pensar sobre os significados que os termos pedagógico ou educativo expressam quando em associação com as práticas do setor saúde. Nos chama atenção um sentido de naturalização do valor das práticas, quando se desvela ou enfatiza seu caráter educativo. A educação, ou as boas intenções da educação, ou ainda a concepção de que a educação é, em si, um valor social a ser defendido, contribui para esvaziar críticas que possam ser elaboradas aos processos que se movem tendo a educação como direcionamento. Em relação à supervisão, o aspecto educativo parece anunciar

seu distanciamento de suas características históricas de dispositivo de controle e poder.

O tipo de relação que existe entre avaliação e supervisão também é algo a ser mapeado em contextos concretos, mas, para autores do campo da avaliação de programas, como Mark et al. (2000, apud Champagne 2011, p.44) a avaliação teria entre suas finalidades orientar a supervisão. Em um empírico estudo sobre avaliação na ESF, Fonseca et al. (2012) indicaram que a situação de supervisão, é um dos espaços em que ocorre um tipo de avaliação sustentada por critérios implícitos, definidos no contexto privado do enfermeiro supervisor e que eram genericamente referidos à realização da escuta ao paciente, a abordagem utilizada ou, simplesmente, "humanização". Para os autores, este tipo de relação entre avaliação e supervisão enfraquece o potencial formativo da avaliação por situar-se à margem de processos debate sobre as finalidades e formas de realizar o trabalho em saúde.

Retomando o aspecto conceitual da avaliação ao qual Baraldi referiu-se, ou seja, o circuito em que a supervisão se exprime pela identificação de problemas, sua análise e encaminhamento, apontamos a delimitação das situações que podem ser qualificadas como problema, como um espaço em que circulam, de forma mais ou menos visível, as disputas em torno das perspectivas e demandas dos diferentes atores. Num cenário em que a cultura da avaliação efetivamente alcança as equipes profissionais, os critérios e indicadores priorizados são integrantes dessa disputa, em certa medida como representantes dos interesses dos gestores.

2.6 - A supervisão em documentos relacionados à política de Atenção Básica

Nosso propósito nessa seção é refletir sobre o modo como a supervisão aparece nos dois documentos de cunho mais geral que aprovam a política nacional de Atenção Básica, as portarias nº 648 de 28 de março de 2006 e nº 2488 de outubro de 2011, bem como no Programa de Melhoria da qualidade da atenção- PMAQ.

O que notamos a partir do cotejamento desses documentos é que a função de supervisão aparece, no discurso do documento de 2011 de modo mais diluído. Essa modificação no plano discursivo associa-se a uma alteração do papel do enfermeiro na equipe. O dado mais marcante é a supressão do termo supervisão do conjunto de atribuições definidas para os enfermeiros na sua relação com o processo de trabalho dos ACS, em contraponto ocorre uma acentuação no papel do coletivo – a equipe. Na PNAB de 2006 consta que, entre as diversas atribuições dos enfermeiros está “supervisionar, avaliar e realizar educação permanente”. No texto de 2011, a atribuição de coordenar e supervisionar é suprimida, e o enfermeiro é situado como um membro que, junto com os demais da equipe, contribui e participa e realiza ações de educação permanente dos outros membros da equipe de enfermagem. Lembramos que o ACS não é parte da equipe de enfermagem e a atribuição do enfermeiro em relação ao ACS passa a ser incluída no conjunto mais geral de sua relação com os demais membros da equipe.

Na Carteira de Serviços da APS do município do Rio de Janeiro (2011), consta:

“não existe hierarquia na equipe, mas a supervisão e a coordenação da equipe deve ficar sob responsabilidade do médico e do enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde não devem ser supervisionados exclusivamente pelo enfermeiro. O médico deve participar ativamente dessa supervisão, inclusive avaliando indicadores, preenchimento das informações nas fichas do SIAB, busca ativa de pacientes e demais ações dos ACS”(SMSDC, 2011, p.10).

Contudo a ideia de um enfermeiro supervisor e, portanto, da supervisão com elemento da gerência, continua sendo parte integrante da política, o que também acontece em relação ao cirurgião dentista. Em comum, entre as duas categorias, o fato de integrarem carreiras que contam com profissionais de nível médio e auxiliar no SUS.

No contexto da política de atenção básica, a atividade de supervisão vem sendo revisitada na perspectiva de sua substituição pela função de apoio institucional. Isto se apresenta no PMAQ, onde o apoio institucional, juntamente com a educação permanente, o monitoramento e a autoavaliação, compõem os elementos da fase de Desenvolvimento do programa, que visa modificar a qualidade das ações na saúde na ESF.

No PMAQ o apoio institucional, surge como contraponto à supervisão, caracterizada como um procedimento que “*reduz atores a executores, prioriza a checagem, a prescrição e a norma em detrimento da troca problematizadora, apostando mais na disciplina e no enquadramento*” (Brasil 2012a, p.46). O argumento a favor do apoio institucional, é seu caráter de

“auxiliar as equipes na tarefa de colocar o seu trabalho e as suas práticas em análise, por um lado, e na construção/experimentação de intervenções, por outro. Ora ajudando as equipes a explicitarem e lidarem com problemas, desconfortos e conflitos, ora auxiliando a construção e utilização de ferramentas e tecnologias”. (Brasil, 2012a, p.47)

Em termos teóricos, o apoio institucional, está ancorado na análise institucional e em referenciais da gestão que propõem uma superação da gerência orientada pelas teorias tradicionais da administração. Diante das diferentes terminologias adotadas para diferentes tipos de apoio que vem sendo estruturados nos modelos de gestão em saúde, Oliveira (2011) propõe considerar o apoio institucional como aquele cujos objetivos “*estão voltados para a produção de análise e transformação dos processos de trabalho e dos modos de relação entre sujeitos em uma organização ou entre organizações*” (Oliveira, 2011, p. 46). No campo da saúde, Oliveira (2011) destaca o Método Paidéia, que tem em Gastão Wagner Campos, um autor de referência, onde o apoio define-se por:

1) Um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe; 2) Um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa; 3) Uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder destes sujeitos e das organizações; 4) Dependem da instalação de alguma forma de cogestão. (Oliveira, 2011, p. 31).

Integrado aos demais referenciais do Método Paidéia, o apoio relaciona-se diretamente com a democratização dos processos de gestão, que se tornam processos de cogestão (compartilhamento de poder), em que os sujeitos são estimulados a ativar a capacidade de reflexão crítica sobre o mundo, o

processo de trabalho, ampliando a capacidade de intervir sobre a realidade (Campos, 2006).

Outra fonte da qual emerge a proposta de apoio institucional é a política nacional de humanização que incorpora as concepções trazidas por Campos, através do Método Paidéia. Ao tematizar a humanização na atenção básica, no Caderno humaniza SUS – Atenção Básica (Brasil, 2010) o apoio institucional surge como um meio para as *“equipes produzirem-se enquanto grupidades solidárias emergentes do processo de mudança e como organização dotada de eficácia na produção de saúde”* (Brasil, 2010, p.24).

O discurso a partir do qual se enuncia e configura a proposta de apoio institucional, tem o objetivo declarado de romper com o modelo de supervisão que se consolidou a partir da hegemonia da corrente de administração científica. Contudo, é clara a indicação de que existem condições estruturais, relativas aos processos de trabalho, em sentido amplo para que o apoio institucional se efetive na lógica de colocar em questão relações de poder e reconstruir os espaços coletivos como lugares de trocas de saberes e criação de modos de agir no trabalho e interagir com o universo de situações que se apresentam para o trabalhador da saúde e para o ACS.

Neste sentido é mais uma proposição que para transpor o plano das intenções e constituir-se como gesto, requer transformações em paralelo. Em nosso estudo, a intenção não é avaliar se a supervisão dos ACS tem se convertido em apoio institucional e sim, tendo esta outra proposição como um referente, refletir sobre as condições e as possibilidades presentes para que a supervisão se efetive como espaço de qualificação do trabalho e valorização do trabalhador.

Capítulo 3. Metodologia

A saúde coletiva oferece um amplo leque de questões que podem converter-se em objetos de pesquisa, passíveis de investigação a partir de diversos enfoques teórico-metodológicos. Em nosso estudo, as relações entre o trabalho do agente comunitário de saúde, a avaliação e a supervisão, são abordados a partir de referenciais da pesquisa social.

Ao longo da pesquisa, nossos objetivos iniciais foram sofrendo inflexões. Assim, a caracterização do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde foi adquirindo maior importância e profundidade em nossa análise, mobilizando o esforço de configurar a organização, as lógicas e significados que permeiam esse trabalho. O pressuposto de base da investigação é de que o trabalho do ACS integra uma teia de significados e experiências sociais em que avaliação em saúde e a supervisão participam de modo importante.

Desse modo, a centralidade da pesquisa foi conhecer as práticas que, independentemente de serem nomeadas como de avaliação e supervisão assumem papéis, passíveis de serem a elas associadas. Compreender as concepções partilhadas pelos profissionais sobre esses temas e práticas foram fundamentais para elaborar uma análise sobre as relações entre a dimensão de positividade dessas práticas, os diversos componentes do trabalho do ACS, assim como as tensões e implicações produzidas por essa interação.

Durante a definição do objeto, a construção das estratégias de pesquisa, da ida ao campo, da análise e redação, alguns temas que dialogam diretamente com a pesquisa social aplicada à saúde, foram tornando-se proeminentes e serão resgatados neste capítulo. São eles: o método etnográfico e a observação participante; a compreensão e a explicação na construção da interpretação; os aportes conceituais do Realismo Crítico. Em certa medida, discorrer sobre esses temas, ainda que brevemente, faz parte do processo de explicitar nosso posicionamento teórico que, de acordo com Flick (2009), nos conectam com

quatro formas de conhecimento: epistemológico; da perspectiva da pesquisa, a pergunta da pesquisa e dos métodos¹³.

A busca de coerência e consistência na integração de pressupostos teóricos e diretrizes metodológicas de diferentes abordagens teóricas, bem como o modo como nos apropriamos desses referências para nos orientar na análise de nosso objeto de estudo, é o ponto de partida desse capítulo.

Posteriormente, trataremos de apresentar as estratégias vinculadas à operacionalização da pesquisa, destacando: a definição do campo, os sujeitos da pesquisa; as atividades de campo, a entrada em campo, a produção e tratamento e análise dos materiais.

3.1 - A pesquisa qualitativa e a abordagem etnográfica: primeiras escolhas

O modo como anteriormente apresentamos os objetivos da presente pesquisa, trazem em si alguns focos da produção de conhecimento balizada pela pesquisa qualitativa. Minayo (2010) destaca a pesquisa qualitativa como a que 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 momentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais” (Minayo, 2010, p.23).

Para Flick (2009) durante muito tempo a pesquisa qualitativa foi definida por oposição à pesquisa quantitativa, mas na medida em que conquistou reconhecimento na produção de conhecimento em diversas disciplinas, foi possível delinear características que lhe são próprias. Para o autor, essas características remetem ao fato de priorizarem o texto como material empírico; de basear-se na noção de construção social das realidades; de assumir o interesse pela perspectiva dos participantes tanto sobre suas práticas quanto

¹³ Em nosso estudo as questões epistemológicas remetem aos conceitos que incorporamos do Realismo Crítico, da pesquisa qualitativa e da etnografia. A etnografia e o lugar da interpretação nos situam em relação a perspectiva da pesquisa; a base teórica da qual emergem as perguntas da pesquisa são tratadas, inicialmente nas discussões dos capítulos I e II, sobre o trabalho do ACS, avaliação e supervisão e são retomadas na análise dos resultados. Os métodos e técnicas são conectivos concretos das outras esferas teóricas e tem neste capítulo, seu momento particular de reflexão.

no que diz respeito ao conhecimento cotidiano sobre as questões em estudo, e reconhecer a intencionalidade no conhecimento (todo conhecimento é conhecimento que visa algo- portanto não naturalizado).

A pesquisa qualitativa se colocou como uma possibilidade coerente com nosso estudo, por sua capacidade de apoiar metodologicamente o exercício de colocar em discussão as instituições, grupos, movimentos sociais e o conjunto de interações sociais (Deslandes e Gomes, 2004).

Os autores afirmam que o objeto da pesquisa qualitativa reflete:

“uma historicidade – sociedades humanas vivem o presente, estão marcadas pelo passado e projetadas para o futuro-; uma consciência histórica- seres humanos e grupos sociais atribuem significado e intencionalidade as suas ações; uma identidade entre sujeito e objeto, pois a despeito de suas diferenças partilham do mesmo mundo”. (Deslandes e Gomes, 2004,P.104).

Esse reconhecimento, de que pesquisador e sujeito da investigação pertencem ao mundo que se quer compreender, está na base do conhecimento dos fenômenos humanos nas correntes de pensamento que assumem, como sustentação para a produção de conhecimento, a noção de intersubjetividade e, conseqüentemente, a não superioridade da racionalidade do pesquisador sobre os sujeitos da investigação. (Costa, 2002; Minayo, 2002a).

A noção de intersubjetividade tem origem na fenomenologia, mas assumiu um caráter transdisciplinar, tendo sido desenvolvido na antropologia, psicologia, na linguística, na sociologia e história, para citar algumas. As conexões desta noção apontam diretamente para uma revisão da noção de sujeito e das possibilidades do conhecimento.

Pensar em intersubjetividade significa recusar a repartição entre o sujeito e o mundo , para enfatizar o “*caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*” (Ayres, 2001, p.65). Desse modo, as situações de comunicação entre sujeitos seriam espaços privilegiados para a esfera da intersubjetividade, onde, processos de construção de significados das experiências são elaboradas.

As experiências, individuais ou coletivas, são históricas, pois os significados atribuídos a experiência vinculam-se às visões de mundo que se originam em sociedades concretas, com formas particulares de organização, condições de vida e heranças culturais e ideologias (Minayo, 2010).

Tendo a historicidade do objeto e do pesquisador – contribuições da hermenêutica à Antropologia – como um pano de fundo, as noções de intersubjetividade, experiência e construção de significados se associam a interpretação em uma rede de conceitos a partir dos quais é pensada a construção de conhecimento em algumas áreas, sendo tema central da etnografia.

3.2 - Etnografia: compreensão, interpretação e as implicações para o nosso estudo.

A etnografia é apresentada na literatura, como atividade definidora da antropologia (Geertz, 1989; Magnani, 2009), mas isso não é obstáculo para que o “fazer etnográfico” seja crescentemente incorporado por outras áreas, sendo bastante presente na enfermagem e na psicologia (Costa, 2002).

Adotar o fazer etnográfico, contudo, pressupõe uma disposição de diálogo e um esforço de compreensão de referências da antropologia. Magnani (2009) ressalta a importância de não tomar a etnografia como método isolado de seu esquema conceitual e, assim, incorrer em uma banalização. Essa justificada recomendação nos conduziu a tentativa de não negligenciar as concepções que balizam a etnografia, entendendo que isso teria que ocorrer sem que nos convertêssemos em antropólogos de última hora. A questão que nos colocamos foi: que elementos garantem a especificidade da etnografia e como podemos respeitá-los em nosso estudo?

Compreensões e usos que vem sendo feitos da etnografia ao longo do tempo, gerou dificuldade em fixar uma fronteira precisa com as práticas da pesquisa social qualitativa, como o trabalho de campo, estudo de caso e a investigação qualitativa, por exemplo (Hammersley e Atkinson, 2007). Isto não nos exime da

tentativa de organizar algumas características desse tipo de pesquisa. Assim com base em alguns autores (Hammersley e Atkinson, 2007; Creswell, 2010; Flick, 2009), relacionamos características que, embora incapazes de distinguir a etnografia em todos os seus contextos de uso, contribuem para situá-la. São essas:

- A ênfase reside em explorar um fenômeno social em particular, ao invés de testar hipóteses sobre o fenômeno. Os conceitos e hipóteses são elaborados e refinados no processo de pesquisa.
- O trabalho de campo é imprescindível, pois é a imersão / observação direta no cotidiano, complementada por entrevistas e outras estratégias de levantamento de dados, que possibilita ao pesquisador entrar em contato com o universo cultural dos pesquisados.
- Trabalha, principalmente, com dados não estruturados. Isto implica em abdicar de uma estrutura (organização) fixa do desenho da pesquisa, sendo possível reformular até mesmo a “questão” da pesquisa. Requer também aceitar que as categorias analíticas não são pré-estabelecidas.
- A investigação é feita em torno de um pequeno número de casos, por vezes, de um único caso de estudo. Valoriza-se a profundidade e não a amplitude.
- O propósito da pesquisa é compreender uma situação social, um evento, um papel social, uma interação específica ou uma prática institucional. Assume a interpretação dos significados formulados pelos atores como modo de construir essa compreensão.
- O produto final da pesquisa etnográfica são textos com descrições e explicações. “O que faz um etnógrafo? Ele escreve.” (GEERTZ, 1989.p30.)

Situados em relação ao plano mais geral da pesquisa etnográfica, foi importante entender sua especificidade. Clifford Geertz assumiu grande importância na antropologia, no século XX, sobretudo a partir de formulação de uma abordagem que ficou conhecida como antropologia interpretativa ou ainda antropologia simbólica.

Chegamos a Geertz a partir de uma observação empírica. Textos atuais – artigos e teses – ao se referirem a etnografia apresentam consenso em torno da ideia de que, o seu objetivo é fornecer uma “descrição densa” de fenômenos sociais.

Essa expressão – descrição densa, no original *Thick description*, compôs o título do ensaio “Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura” publicado em 1973. No seu desenvolvimento o texto argumenta a favor de pensar a relação entre a prática etnográfica e a análise cultural, enfatizando o caráter simbólico da cultura e atribuindo à etnografia o papel de interpretar os significados presentes na cultura (Geertz, 1989). O autor relaciona seu conceito de “descrição densa” ao conceito de cultura. Para ele, seguindo Weber, o homem é um “animal amarrado às teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias, e a sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado” (Geertz, 1989, p.15).

Para alcançar essa descrição, cujo foco é a interpretação do discurso social, o pesquisador deve escolher entre estruturas de significações, estabelecer sua base social, o que está sendo transmitido e a sua importância (Geertz, 1989). Essa escolha, na etnografia, só pode ocorrer a partir da interação com o cotidiano.

O autor indica que a cultura deve ser pensada como um contexto, que dá inteligibilidade à descrição de acontecimentos sociais, comportamentos, processos e instituições. A descrição densa deve ser capaz de trazer alguma luz sobre as ações sociais e suas articulações culturais, entendendo que tanto cultura quanto significados, são constituídos na esfera pública. Magnani (2009) recomenda que para captar a dinâmica do objeto de estudo é recomendável “situar o foco nem tão de perto que se confunda com a perspectiva particularista de cada usuário e nem tão de longe a ponto de distinguir um recorte abrangente, mas indecifrável e desprovido de sentido(p. 49) lembrando ainda que “há planos intermediários onde se pode distinguir a presença de padrões, de regularidades (MAGNANI, 2009 p.49) ainda que em fluxo, em negociação.

Deslandes e Gomes (2004) afirmam o lugar da criatividade, Geertz fala de imaginação do pesquisador para “conectar situações concretas, falas e práticas, a uma certa perspectiva explicativa, que situe essas manifestações singulares a uma determinada estrutura, práxis ou lógica social” (Deslandes e Gomes, 2004, p. 110)

Geertz (1989) afirma que pode parecer “fatal” a perspectiva de elucidar um discurso social, a partir de uma pequena parte das experiências as quais temos acesso a partir dos nossos informantes. Essa constatação pode ser posicionada no âmbito dos questionamentos sobre as metodologias micro, e provavelmente gera um mal-estar (pessimismo) que pode ser reduzido com base em alguns argumentos.

O primeiro, é que não é necessário conhecer tudo para entender alguma coisa que tenha relevância para o nosso tema de estudo; o segundo é compreender que as ações sociais são comentários sobre mais do que elas mesmas, além disso, fatos pequenos podem relacionar-se a grandes temas; a tarefa da etnografia é exatamente essa: a partir da interpretação de situações que podem ser pequenas, buscar acesso ao universo conceitual dos sujeitos da pesquisa (Geertz, 1989).

A produção de conhecimento em bases micro nos remete à consciência de que, as interpretações produzidas a partir da análise de uma situação particular permanece disponível para ser discutida e inspirar outras interpretações. De certa forma isso se liga ao fato de que o destino de uma interpretação não pode ser determinado.

Assim, uma interpretação que elucida algumas questões sobre o trabalho atual de agentes comunitários de saúde, no contexto concreto de uma clínica de saúde da família do Rio de Janeiro, pode ser resignificada e posta em diálogo com outros temas sobre o trabalho em saúde ou sobre o trabalho do ACS em uma dimensão mais ampla. Para além do que já foi exposto e, mais uma vez tomando por base Geertz (1989), a etnografia nos inspira porque não visa a perfeição de um consenso, mas um refinamento de debate. Quando nos perguntamos de qual debate estamos tratando, entendemos tratar-se do papel da cultura na construção da vida coletiva.

Buscando uma leitura mais particular da assertiva anterior, relacionando-a ao nosso objeto de estudo, queremos trazer elementos que nos ajudem a refinar o debate sobre o papel de culturas institucionais e políticas – sobretudo as que interagem com o trabalho do ACS, a partir de sua avaliação e supervisão – na configuração desse ator social, o agente comunitário de saúde.

3.3 - Observação Participante

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 esse mesmo referencial teórico – a etnografia – tal como trabalhamos anteriormente situa os processos de intersubjetividade como constitutivos da construção de conhecimento, que torna o “participante” uma decorrência necessária.

Em outras palavras, não existe encontro entre sujeitos (pesquisador e sujeitos do universo pesquisado) que possibilite um isolamento, e, portanto não participação, no cenário da pesquisa. O pesquisador compreende o mundo e compreende-se nesse processo, modificando e sendo modificado pelo contexto (Minayo, 2002b).

Adotando uma perspectiva mais ampla, pode-se dizer que toda forma de pesquisa social é participante, na medida em que o pesquisador participa do mundo e a vida social.

O debate em torno da observação participante se inicia com as publicações de Malinowski (Minayo, 2002b), mas consideramos que um aprofundamento do tema não seria útil aqui. Ao invés disso, vamos registrar alguns elementos, específicos, que marcam a relevância da observação participante, são eles:

- O fato de que alguns fenômenos importantes para refletir sobre o tema de estudo, não são acessíveis por outras técnicas, como entrevistas e análise de documentos (Minayo, 2002b).

- A postura do pesquisador na etnografia requer uma abertura ao universo do outro, que requisita o contato direto e, portanto, a atitude de observação.
- O fato de que a observação participante tem potencial de apresentar situações imprevistas, que proporcionem o refinamento de questões que podem ser incorporadas nos contextos de entrevistas ou na análise de materiais.

3.4 - Aportes do Realismo Crítico incorporados na pesquisa

Toda produção de conhecimento científico almeja ultrapassar o conhecimento baseado no senso comum que cerca os fenômenos da vida. Gomes e Mendonça (2002), falando a partir do campo da saúde, observam que a expansão da pesquisa qualitativa nem sempre está acompanhada de resultados que possibilitam esse salto. O autor atribui a responsabilidade por essa limitação, à insuficiência nos fundamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos das pesquisas,

Recuperando o pensamento de Magnani (2009), a teoria teria um papel central na etnografia, visto que o propósito do pesquisador é compartilhar do horizonte presente no universo dos pesquisados, “não para permanecer lá ou mesmo para atestar a lógica de sua visão de mundo, mas para, seguindo-os até onde seja possível, numa verdadeira relação de troca, comparar suas próprias teorias com as deles e assim tentar sair com um modelo novo de entendimento ou, ao menos, com uma pista nova, não prevista anteriormente” (Magnani, 2009, p.135).

Deslandes (1999) trata de uma dimensão ideológica da pesquisa, na qual se inserem as definições em relação ao objeto de estudo, a forma como o configuramos e pretendemos abordá-lo, teórica e metodologicamente. Essa dimensão está em relação direta com a compreensão de que não há neutralidade na ciência.

O extrato do pensamento desses autores nos introduz na apresentação de alguns referenciais teóricos que, combinados às discussões apresentadas

anteriormente, neste capítulo e nos precedentes sobre o perfil social do ACS e sobre a avaliação, são balizadores para a pesquisa como um todo, com sensível desdobramento sobre a perspectiva explicativa com que analisamos os resultados da investigação.

Neste ponto se coloca um duplo reconhecimento. Por um lado, o fato de que esse repertório teórico é fundamento, é base, da análise dos dados. Por outro, tensionados pelas referências da etnografia, a ideia de que é a partir do encontro com o universo cotidiano dos pesquisados que se constroem os conceitos e categorias mais preciosas para o entendimento do objeto de estudo.

Aqui, optamos por explicitar um quadro mais amplo, epistemológico, que desenha nosso “mapa para esfera social” forma como Kincheloe e McLaren (2006) propõem pensar sobre a teoria social. A teoria como mapa, diferentemente da metáfora das lentes, não determina nosso modo de ver, mas interfere na definição de questões e no modo de explorá-las. Parte do “mapa” do nosso estudo é instruído por questões sistematizadas pelo Realismo Crítico. Em termos filosóficos, o Realismo Crítico está vinculado ao movimento contemporâneo que tem em Roy Bhaskar, filósofo britânico, seu principal expoente.

Para os que têm a avaliação em saúde como tema de estudo, a produção de Mario Bunge, físico e matemático argentino radicado no Canadá e igualmente referência do Realismo Crítico, tornou-se familiar, sobretudo, por meio da difusão do modelo teórico- lógico como procedimento para nortear a construção da explicação científica, incorporada por autores da avaliação para orientar a produção de conhecimentos avaliativos sobre problemas e programas de saúde (Potvin et al, 2004, Nielsen, 2007).

3.4.1 - Realismo Crítico – Ontologia e Epistemologia

Existem diferentes visões sobre o que compõe a realidade social e como é possível conhecê-la, e a partir desse reconhecimento é possível sinalizar a

existência de dois elementos centrais na definição de uma pesquisa: ontologia e epistemologia.

Trazendo a questão da ontologia no Realismo Crítico (RC) o primeiro registro necessário é sobre a compreensão de que o mundo, quer sejam suas circunstâncias sociais concretas ou abstratas, quer sejam os elementos da natureza, existe independentemente da impressão e do conhecimento que podemos construir sobre ele. Neste sentido, a realidade é, também, exterior ao sujeito do conhecimento (Resende, 2008; Hamlin 2000). Nielsen (2007) diria que o termo realismo vem afirmar que os fatos sociais, como organizações, interações e práticas existem, são reais, e influenciam o comportamento humano para além do discurso que se possa formular a seu respeito.

Contudo, o RC se diferencia da abordagem realista do empirismo clássico por não tomar o que existe como equivalente ao que poderia existir, e o objeto empírico como separado do nosso conhecimento (Resende, 2008 p.45).

Roy Bhaskar, filósofo britânico que é o maior expoente desse movimento, afirma que as explicações sobre a realidade, a partir das Ciências Sociais não são apenas impregnadas de valores, mas também impregnadoras de valores; não são apenas imbuídas de sentido prático, mas também imbuem as práticas de sentidos. A não neutralidade das ciências sociais, ocorre em uma via dupla: elas constituem-se, sempre, como intervenções práticas na vida social e, por vezes, a sua própria lógica de produção implica valores e julgamentos práticos (Bhaskar,1998).

As interações entre as diversas práticas sociais geram estabilidades temporárias, o que confere no RC centralidade ao conceito de práticas sociais e também às possibilidades de transformação das práticas e dos planos da realidade, pela ação social. Dessa forma as estruturas sociais não são compreendidas como uma constituição rígida, inflexível, mas também submetidas à transformação pela atuação dos agentes sociais. Para o RC esta concepção é fundamental na medida em que condensa a possibilidade de mudança social, conferindo sentido à inserção da pesquisa científica no conjunto de ações que buscam contribuir para a transformação da realidade.

A compreensão de que a produção da vida social é um sistema aberto, está diretamente relacionada ao anteriormente exposto. Ou seja, aos diversos mecanismos, de ativação e bloqueio – que atuam em dimensões tão distintas como a política pública, a linguagem, a organização de um processo de trabalho ou a biologia – entram em operação num dado contexto gerando certa imprevisibilidade.

Contudo, o RC concebe a existência de assimetria na relação entre a estrutura e o agir humano. Essa assimetria se dá pela anterioridade das estruturas em relação à ação. Assim um ator social lida, hoje, com estruturas que foram constituídas por atores sociais e mecanismos de contextos históricos anteriores a ele. Portanto é lícito afirmar que o agir social tanto reproduz quanto transforma as estruturas.

É a partir dessa leitura que o Realismo Crítico vai posicionar o conceito de situações emergentes, visto que uma situação pode emergir da interação / organização das partes (Elder-Vass, 2006). Exemplificando: um caso de tuberculose multi-resistente, observada em moradores de um domicílio, emerge de uma situação biológica que pode ser modificada por uma situação social, tal como sucessivos abandonos de tratamento e/ou falta de condições ambientais favoráveis à cura.

Pensar a realidade social, a partir da ontologia proposta pelo RC, significa conhecer as práticas sociais considerando seus vários componentes, interconectados: relações sociais, ideologias, atividades materiais e discursos (Resende, 2008, p.80). O exercício que articula ontologia, epistemologia e metodologia com o objeto de estudo de uma pesquisa, requer a construção de ligações, pontes, entre esses elementos.

Para o RC a realidade e o conhecimento sobre a realidade não repousa sobre experiências ou sobre regularidades, que podem ser acessadas pela pesquisa a partir do extrato empírico, mas também, e esses podem se apresentados como nossos conceitos gerais, por: estruturas, poderes, mecanismos e tendências, que são elementos que compõem a realidade e interferem na forma como os eventos se concretizam.

Assim, nossa opção por incorporar conceitos gerais do realismo crítico, deve-se a uma resistência a pensar sobre o discurso, desvalorizando sua relação com elementos extra-discursivos que compõem a realidade.

Uma reflexão de Geertz, nos oferece balizadores para a nossa escolha:

“está sempre presente o perigo de que a análise cultural perca o contato com as superfícies duras da vida _ com as realidades estratificadoras, políticas e econômicas, dentro das quais os homens são reprimidos em todos os lugares _ e com as necessidades biológicas e físicas sobre as quais repousam essa realidade.” (Geertz, 1989,p.40).

As contribuições do Realismo Crítico aqui incorporadas e alguns outros conceitos já anunciados como “fragmentação e parcelamento do trabalho” “divisão social do trabalho”¹⁴ cumprem o papel de manter nossa escuta atenta aos significados construídos pelos atores sociais em torno das experiências, evitando o etnocentrismo¹⁴ e também, atenta e sensível a lembrança de que esses significados devem remeter à reflexão sobre condições objetivas e abstratas, historicamente construídas, que estão entrelaçados nas tramas do discurso.

3.5 - O Campo e as Etapas da Pesquisa

Neste item vamos apresentar o processo de definição do campo de estudo e as etapas operacionais da pesquisa, reunidas nos seguintes tópicos: a entrada em campo e a observação participante realizada, os sujeitos da pesquisa, as entrevistas e coleta de documentos, tratamento e análise dos dados.

¹⁴ Costa, (2002) considera o *etnocentrismo* versus *relativismo cultural* uma questão metodológica antiga e não superada da antropologia. Para a autora o cerne da problemática consiste em equacionar uma postura relativista o suficiente para superar o etnocentrismo sem cair num relativismo a partir do qual tudo se admite e justifica sob o Imperativo de entender o “outro” em seus próprios termos.

3.5.1 - A definição do campo de estudo

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 lócus do estudo:

Índice de cobertura da unidade acima de 70% da população de referência da área.

Adesão, ainda que parcial, a AMQ ou PMAQ, como indicativo de sensibilização às práticas de avaliação em saúde.

Não adoção de critérios de seleção de ACS que apontem para uma vertente de atuação deste profissional pautado por saberes e práticas da biomedicina¹⁵.

Dispor de mais de uma equipe da Saúde da Família em atividade, vinculada a 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;

Tratar-se de unidade sem recorrentes pesquisas a ela vinculadas. Sabemos que algumas áreas de planejamento e unidades são permanentemente escolhidas como locus de pesquisa e foi de nosso interesse evitar uma unidade com essas características.

A definição por desenvolver a pesquisa em unidade vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro, estabeleceu a necessidade de submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa desta secretaria. Nosso estudo já havia sido aprovado pelo CEP - Ensp (protocolo CEP Ensp no. 222/11 – anexo I).

Este comitê estabelece como pré-requisitos para a análise de um projeto que realiza atividades de campo em unidade, a obtenção de uma carta de

¹⁵ Sabemos de localidades, fora do município do Rio de Janeiro, que estabelecem a formação de auxiliar em enfermagem como pré-requisito para a contratação de ACS, na perspectiva de validar a execução de atividades de desse grupo por ACS.

aceitação da pesquisa pelas seguintes instâncias: coordenação da ESF; da coordenação de área de planejamento na qual está situada a unidade; gerência da unidade propriamente dita.

O primeiro contato foi com a coordenação da ESF, cujo coordenador, além de se dispor a dialogar sobre o projeto nos forneceu planilhas que apresentavam a situação de cada clínica de saúde da família quanto ao: tempo de funcionamento, número de equipes, adesão e tempo de adesão à PMAQ.

A partir dessas informações definimos a área de planejamento 3.2 e travamos contato com a Coordenação desta AP¹⁶.

Na conversa inicial contamos com a presença da coordenadora da AP e suas assessoras (todas médicas) . Nesse momento, e isso já nos fala algo sobre o nosso objeto, fomos recebidos em uma sala com paredes, tomada por grandes pôsteres, impressos, contendo dados de a indicadores quantitativos, sobre o trabalho na ESF, em cada unidade da área. Chama-se placar da saúde. Voltaremos a esse ponto na discussão dos resultados.

Mais do que um contato inicial, neste momento foi demonstrada uma disponibilidade da coordenadora e de suas assessoras em dialogar sobre a política na ESF e sobre o trabalho nas clínicas. Discutimos sobre as características das unidades de saúde da área. Neste dia, confirmamos nosso interesse em realizar a pesquisa na Clínica de Saúde Izabel dos Santos.

Reconhecemos nessa seleção um aspecto simbólico. Izabel dos Santos foi uma enfermeira, pioneira no movimento de qualificação dos trabalhadores de da saúde, particularmente aqueles sem qualificação específica e de nível médio. Seu nome foi dado à clínica de saúde da família, pouco mais de um ano após seu falecimento. Para nós, cujo centro da pesquisa gira em torno do trabalho de nível médio, essa a associação - da pessoa de Izabel do Santos a uma unidade - teve um significado que valorizamos.

¹⁶ Sabemos de localidades, fora do município do Rio de Janeiro, que estabelecem a formação de auxiliar em enfermagem como pré-requisito para a contratação de ACS, na perspectiva de validar a execução pelos ACS, atividades de desse grupo.

Antes que fôssemos à unidade, a coordenação da A.P. 3-2, informou a gerente da Clínica Izabel dos Santos, sobre nosso interesse de estudo.

Na clínica, recebidos pela gerente, apresentamos a proposta de estudo, uma versão integral e uma versão resumida do projeto além de instrumentos da pesquisa. Apesar de uma rotina bastante movimentada, foi mais um encontro em que foi possível conversar sobre o trabalho da CF.

Obtivemos todos os aceites necessários para submissão do projeto ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil- SMSDC do Rio de Janeiro, e assim demos entrada do projeto neste CEP.

O fluxo não é simples e evidentemente se configura como um primeiro nível de mediação de nosso acesso ao campo. Porém, é necessário registrar a grande receptividade à nossa pesquisa em todas as instâncias de gestão. Isto, nos estimulou a passar algum tempo, mesmo antes da aprovação do projeto acompanhando atividades da Coordenação da AP em outras unidades e também, na própria clínica de saúde da família.

3.5.2 - Características da Clínica de Saúde da Família Izabel dos Santos

A clínica foi inaugurada em janeiro de 2011, um ano e seis meses antes de damos início ao nosso trabalho de campo.

Trata-se de uma unidade que se insere na conjuntura de expansão da atenção primária, via ESF no município, cujo momento de inflexão ocorre a partir de 2009, quando foi inaugurada, em Padre Miguel, a primeira Clínica de Saúde da Família tipo de unidade considerada a melhor expressão do novo modelo de APS da cidade. No período entre 2009 e outubro de 2012, foram criadas sessenta e seis clínicas de saúde da família, que se somavam a 70 unidades e compunham a rede de atenção básica do município, com uma carteira de serviços em comum.

Na AP 32.2 foram 10 clínicas criadas em pouco mais de 1 ano e meio, totalizando 19 unidades básicas, o que representou uma mudança rápida, ainda não inteiramente assimilada da dinâmica de trabalho e atendimento na área. No final de 2012 um pouco mais de 50% da população da área era coberta na atenção básica, alcançando um índice superior ao do município como um todo (39%).

Quanto a CSF Izabel dos Santos, situa-se na área do Engenho Novo, é unidade de referência para 16 mil habitantes, tendo sido cadastrados 15 mil, o que aponta para dados gerais de cobertura de 93,7%. Está localizada ao lado da Unidade de Pronto Atendimento – UPA do Engenho Novo.

A população se distribui por áreas de aglomerados subnormais¹⁷ (sem UPP) e áreas de ‘rua’, forma como os ACS denominam as áreas mais urbanizadas e fora das comunidades. Ainda que não exista uma estatística sobre a cobertura de planos privados de saúde na área, tanto ACS quanto gestores identificam uma parcela pequena da população que dispõe de planos. Esse grupo está igualmente cadastrado na unidade e recebe visitas domiciliares.

A coleta de lixo e o acesso ao saneamento (água e esgoto encanados) alcança índices superiores a 95%, sem, contudo, que o lixo tenha deixado de ser um problema, observado e referido pelos trabalhadores.

3.5.3 - As equipes da CSF Izabel dos Santos

Optar pelo plural na descrição das equipes tem o sentido de não obscurecer o fato de que a lógica de organização da unidade e gestão do trabalho segue uma repartição em equipes. Isso é um dado, que será discutido com os demais resultados. Por hora, vamos apresentar o quantitativo de trabalhadores, lidando com o fato de que essa organização se dá por

¹⁷ O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE usa a expressão aglomerado subnormal para referir-se a assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros. A expressão é adotada pelos gestores dos órgãos da prefeitura do município do Rio de Janeiro com os quais tivemos contatos. Na unidade os profissionais usam o termo comunidade, fazendo uma distinção entre estas áreas e as de rua, essas mais urbanizadas.

área/equipe. A exceção à regra é a equipe de odontologia, composta por trabalhadores de nível auxiliar, técnico e superior.

As equipes organizam-se pelas áreas de adscrição, sendo elas: Polônia; Engenho; Céu Azul e Dois de Maio. Note-se aqui que está última é a que concentra as localidades com as condições mais precárias de vida.

No momento da pesquisa, todas as quatro equipes contavam com seis agentes comunitários de saúde, o que permite considerar as equipes completas, no que se refere a expectativa numérica de ACS/população de referência. Num total de vinte e quatro ACS.

O mesmo ocorria no que diz respeito aos técnicos de enfermagem e enfermeiros previstos- um por equipe. A equipe de odontologia, composta por dois auxiliares de saúde bucal, e técnicos de saúde bucal e dois odontólogos também estava completa.

Quanto ao número de médicos, tinham equipes incompletas. No momento da pesquisa, a equipe Dois de Maio, a qual vinculam-se as microáreas mais carentes, estava sem médico havia dois meses. Ao final do trabalho de campo, foi alocada uma médica nesta equipe. Como a lógica de organização e gestão é de vínculo profissional-usuário, o que significa gerir por equipe, uma vez que uma equipe fica sem médico, todo o empenho é para reverter essa situação pela contratação de um médico para a equipe e pela ampliação da atividade do enfermeiro da mesma equipe. Não ocorre o deslocamento de carga horária de um médico de outra equipe.

A equipe Polônia aguardava a contratação de um segundo médico, pois contava com um médico com carga horária de 20h. A contratação e o exercício deste outro profissional ocorreram durante a pesquisa.

As equipes Céu Azul e Engenho contavam com médicas 40 horas, o que significa, como vimos durante a pesquisa, um fluxo mais tranquilo de trabalho para todos.

Cada equipe conta com um técnico administrativo, cujas atribuições são solicitar materiais de consumo, agendar exames, imprimir materiais de uso das equipes.

A predominância de mulheres na ESF e em particular entre ACS, é algo que vem sendo observado em diversos trabalhos tanto com foco no contexto local do Rio de Janeiro, quanto com foco nacional. (Barbosa et al 2012; Morosini, 2010; Lacerda, 2010)

A CSF Izabel dos Santos é uma unidade que reflete esse padrão. Em um total de 24 ACS, 19 (79,17%) são mulheres e 5 homens (20,83). No conjunto de trabalhadores da unidade diretamente ligados ao cuidado, conta-se com 42 mulheres (82,35%) e 9 (17, 65%) são homens.

Em relação às atividades, a clínica Izabel dos Santos realiza ações de educação, prevenção centradas nas doenças, tais como grupo de hipertensão e diabetes, mas também desenvolve oficinas de artesanato, projeto de plantas medicinais, grupo de expressão corporal e grupo de adolescentes.

Alguns serviços / procedimentos ofertados nas clínicas de saúde da família, se distinguem de padrões de anteriores à implantação deste modelo, tais como ultrassonografia e radiologia. Registre-se que a oferta desses procedimentos na CSF Izabel dos Santos não era acompanhada de uma demanda reprimida, o que permitia a realização desses exames em tempo oportuno.

Existe também uma sala de observação clínica, em que técnicos de enfermagem assistem pacientes que não estão se sentindo bem, mas cuja avaliação não indicava necessidade de encaminhamento para outro tipo de unidade.

A estrutura física é confortável, bem cuidada e em nenhum momento de nossa observação mostrou-se muito cheia. Conta com um auditório onde acontecem supervisões, reuniões coletivas e grupos de promoção / prevenção. Salas específicas de trabalho para os ACS, com computadores – a maior sala da unidade-, para os administrativos e para a gerência, esta, a menor sala da unidade. As demais salas são para atendimento e procedimentos. Existem

banheiros distintos para usuários e profissionais, todos mantidos em boas condições de limpeza.

Como as demais CSF desta AP, a CSF Izabel dos Santos conta com apoio de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família, NASF proposta pautada no modelo teórico de Apoio Matricial e que incorpora profissionais de áreas específicas como por exemplo psicologia (que concentrava a maior demanda na CSF Izabel dos Santos), preparador físico, nutricionista, fonoaudiólogo, com objetivo de fornecer apoio as equipes da ESF e retaguarda assistencial.

3.5.4 - Os sujeitos da pesquisa

A definição dos sujeitos da pesquisa tem como orientação geral considerar que os grupos sociais definidos estão envolvidos com uma realidade empírica que os conecte ao objeto de estudo. A intencionalidade na pesquisa qualitativa deve estar clara para o pesquisador (Creswell, 2010). Cruz Neto (1999) sinaliza que o trabalho de campo deve deixar espaço para a revisão dos grupos inicialmente incluídos, sendo flexível para novas inclusões, o que de fato ocorreu durante o nosso trabalho de campo.

Retornando a questão dos grupos sociais, em nosso estudo estes estiveram relacionados à profissão, notadamente o agente comunitário de saúde e à cargos e papéis desempenhados na ESF que supusemos com poder de interferir na relação trabalho–avaliação–supervisão.

Tendo isto em conta decidimos acompanhar as atividades de supervisão e entrevistar os profissionais que assumem essas atividades. Na CSF Izabel dos Santos esse trabalho era atribuído à enfermeiras das equipes.

No plano da gestão consideramos importante entrevistar a gestora da CSF Izabel dos Santos, a Coordenação da AP 3.2 e o Subsecretário de Atenção Básica do Município.

Durante o trabalho de campo, percebemos a necessidade de incluir o gestor da organização social- OS que administra da CSF Izabel dos Santos. Para efetivar

essa inclusão, foi necessário, uma nova etapa de submissão ao CEP da SMSDC, com novas autorizações. O que foi realizado com sucesso.

O resultado foi: inclusão de todos os supervisores – 1 por equipe, quatro ao todo. Inclusão dos gestores em cada nível – gerente da clínica, coordenadora da AP, gestor da OS e o subsecretário de Atenção Básica e Vigilância em Saúde da SMSDC.

Em relação aos ACS, do universo de 24 ACS da unidade, definimos entrevistar e acompanhar atividades de dois, de cada uma das quatro equipes, ou seja, oito. O critério era trabalhar há mais de um ano, mas uma ACS que trabalhava há menos tempo nos procurou solicitando sua inclusão na pesquisa, o que foi aceito, elevando para nove o número de entrevistas. Quisemos também incluir ACS do gênero masculino, pois achávamos que a forma como o trabalho do ACS é associada a uma atividade feminina, relacionada ao lugar de cuidadora que tem sido socialmente atribuído à mulher, potencializa, para homens e mulheres a construção de significados diferentes sobre esse trabalho.

No decorrer da pesquisa, uma ACS nos procurou, manifestando o desejo de integrar o grupo de entrevistados. Ao fim, foram 2 ACS homens e sete mulheres. Desses oito atuavam na ESF há 1 ano e 8 meses, desde a inauguração da clínica. Duas pessoas tinham experiência anterior na saúde, uma como auxiliar de enfermagem e outra como recepcionista em uma clínica privada.

Para todos os sujeitos, um critério geral que atende aos requisitos éticos foi a participação voluntária na pesquisa. Na apresentação dos resultados optamos por não fazer distinção entre os gestores, uma vez que isso resultaria em uma forma indireta de identificação. Em relação aos ACS e enfermeiros supervisores, foram utilizados nomes fictícios definidos pelos próprios entrevistados.

3.6 - A Produção dos dados da pesquisa

Trabalhamos com dados produzidos pela pesquisa, ou seja, os resultados das entrevistas e também dos contatos travados em situações

informais, além de anotações de campo decorrentes da observação participante.

Outros dados são provenientes da coleta de documentos e outros materiais do serviço. Entre os materiais destaca-se a carteira de serviços e os formulários do Vitacare®, sistema de informação que emite relatórios tendo por base indicadores de avaliação definidos pela SMSDC-RJ e os que explicitam as metas estabelecidas no contrato de gestão com as organizações sociais.

Foram consideradas para observação as seguintes situações de trabalho dos ACS:

Visita domiciliar – envolve o ACS responsável pela área, eventualmente outros profissionais da ESF

Atividades educativas de caráter coletivo na unidade de saúde. No período de observação não aconteceram atividades coletivas nas comunidades.

Registro das informações nas fichas do Vitacare® – sistema de informação adotado pela SMSDC-RJ.

Acolhimento – atividade que consiste em receber o usuário no momento em que chega a unidade, tendo como consequência a definição de alguns desdobramentos. Será analisada nos resultados.

Posso ajudar? – Sob a responsabilidade de um ACS por dia, identificado por um colete, consiste no primeiro contato do usuário. Trata-se de um movimento do trabalhador em direção ao usuário.

Reuniões por equipe, em que se dá a supervisão e a da 'grande reunião' da qual participariam todos os trabalhadores.

3.6.1 - As entrevistas semiestruturadas

As entrevistas são consideradas por Minayo (2010) como conversas que têm uma finalidade específica e podem ser classificadas em função das diferentes formas a partir das quais são implementadas. Trata-se de um dos

métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa. Nunes et al. (2010) ao tratar da importância da narrativa na pesquisa em saúde, assinala a compreensão de Pierre Bourdieu, para o qual a entrevista gera a oportunidade de “situar-se em pensamento no lugar que o pesquisado ocupa no espaço social”. (Nunes et al. 2010).

Nossa proposta, nesta pesquisa, foi conduzir uma entrevista narrativa, no sentido dado por Flick (2009). Neste caso, foram construídas questões que propiciassem uma narrativa sobre os nossos temas centrais, caracterizando a entrevista como semiestruturada.

Na pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas, individuais, à exceção àquela da Coordenação de Saúde da Área de Planejamento (CAP), que contou com a participação da assistente de coordenação.

Na CF, as entrevistas não eram agendadas, mas foram todas realizadas durante o expediente de trabalho. Como havia disponibilidade nossa de permanecer na unidade, solicitávamos aos ACS e enfermeiros que nos indicassem os momentos que considerassem mais apropriados.

Em todos os casos foi providenciado um lugar que garantisse a privacidade dos entrevistados e um ambiente favorável ao diálogo.

3.6.2- Registro e tratamento dos dados

Antes de chegar à escrita do relatório etnográfico, o pesquisador anota. O diário de campo foi o instrumento a partir do qual, posteriormente, construímos nossos eixos de análise, complementados pelo material das entrevistas. Adotamos anotações de campo de dois tipos: aquelas que são feitas no momento da presença em campo, que tendem a ser sintéticas e destacar pontos que vão contribuir para a produção do segundo tipo de registro: anotações alongadas, em que se encontram as narrativas sobre as situações observadas, compondo o diário de campo. Como salienta Minayo:

“nele são escritas impressões pessoais que vão se modificando com o tempo, resultados de conversas informais e observações de

comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados, entre outros aspectos” (Minayo, 2010, p.295).

As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. Parte delas pela própria pesquisadora, e parte por uma pessoa contratada para este fim, com experiência na atividade de transcrição e na saúde pública. O destino do material gravado e transcrito seguiu as recomendações da Resolução nº 196/1996/MS, do Conselho Nacional de Saúde.

3.6.3 A análise temática

Em nossa pesquisa temos três assuntos postos em relação: o trabalho do ACS, a avaliação em saúde e a supervisão. Desses assuntos emergiram os temas gerais, que orientaram a investigação. Alguns temas já estavam constituídos como de interesse no momento de organização da pesquisa, tais como: a dinâmica organizativa do trabalho do ACS, as atribuições definidas para estes trabalhadores; as ações de monitoramento e avaliação do trabalho. As formas como estas ações repercutiam sobre o trabalho, o modo como a supervisão interagiu com a lógica da avaliação e a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, permearam a condução das entrevistas e a observação participante.

Materiais originados dessa etapa da pesquisa - registros do diário de campo e as transcrições de entrevistas foram considerados junto a outros materiais de campo, tais como formulários e relatórios pertinentes ao sistema de informação e considerados objetos de uma análise temática.

Seguindo os procedimentos de análise temática correntes na literatura (Bardin, 2008. Minayo, 2010), foi realizada uma exploração do material, com vistas a distinção de temáticas ainda amplas_ as unidades temáticas _ que agregam dados provenientes dos materiais da pesquisa empírica. Neste momento, o propósito foi deixar-se impregnar, impressionar, pelos conteúdos do texto, articulados pela experiência sensível proporcionada pela observação participante. A partir dessa etapa foi possível estabelecer unidades temáticas e

hipóteses, que indicavam relações a serem exploradas e adensadas na etapa de produção de inferências, na qual a interpretação ganha centralidade.

Estas unidades temáticas estavam relacionados aos conteúdos específicos do material de campo. Em nosso estudo, para cada unidade temática formulada, existe um conjunto de falas, registro de observações, itens do formulários selecionados, aos quais estão relacionadas. Não adotamos um procedimento de quantificação sistemática para delimitarmos a importância de uma questão, embora em nossa análise a frequência com que uma questão, ou expressão aparece ou não aparece tenha sido objeto de discussão.¹⁸

Em nosso estudo as unidades temáticas mais relevantes apontaram para as relações entre:

- a) A produção de informação orientada pelos sistemas de informação e o cotidiano de trabalho;
- b) A organização parcelar do trabalho e as praticas de trabalho na ESF
- c) A recriação (renormalizações) da atividade de trabalho a partir do cotidiano de ACS e dos outros profissionais da ESF;
- d) A Intensificação e desintensificação do trabalho;
- e) O Vocabulário e a construção de um discurso sobre o trabalho na ESF;
- f) A definição de prioridades na ESF e as atribuições dos ACS;
- g) A inserção do ACS na equipe de saúde;

A etapa de produção de inferência segue a indicação de Bardin (2008) e, neste sentido, busca refletir sobre o que poder levar a um determinado enunciado (causas e antecedentes da mensagem) e quais a consequências (possíveis efeitos de uma mensagem). De acordo com Bardin, (2008) devemos nos perguntar sobre as condições de produção de um enunciado, o que pode produzir inferências de ordem psicológica, econômicas, sociológicas e culturais.

¹⁸ O fato da expressão 'educação em saúde' ser muito pouco presente, e em contrapartida a expressão 'paciente de risco' ser mencionada em várias circunstâncias tornou-se um questão de análise, embora não tenhamos efetivado uma quantificação rigorosa da presença desses termos.

Considerando a aproximação da etnografia que nos propusemos estabelecer neste estudo, nos concentramos na produção de inferências assumindo sua dimensão interpretativa, arguindo, sobretudo, sobre as condições sociológicas e culturais de produção dos enunciados e seus possíveis efeitos.

Esse exercício interpretativo, que incidiu sobre os materiais organizados nas unidades temáticas anteriormente referidas equivale a própria produção dos resultados desta pesquisa.

3.6.4 A entrada e a permanência em campo

Nossa experiência em campo se iniciou antes de darmos início à pesquisa de campo propriamente dita, quando em julho de 2012 a coordenação da CAP 3.2 nos possibilitou acompanhar algumas de suas atividades. Neste mesmo mês, também fomos recebidos na CSF Izabel dos Santos, com o propósito de ganhar familiaridade com a rotina da unidade.

Desse modo, nossa chegada à CF foi precedida de uma aceitação junto à Coordenação de AP e foi a partir da CAP que chegamos à CF, onde nos dirigimos à gerente para apresentação de nossos objetivos de pesquisa e da dinâmica da investigação.

A apresentação aos trabalhadores foi feita pela gerente da clínica e ocorreu em um reunião de equipe, na qual falamos sobre a nossa inserção como aluna de um curso de doutorado e de nossos interesses de pesquisa. Inicialmente optamos por não falar de nossa experiência como docente em curso de formação técnica de ACS.

Tratava-se de uma unidade em que não havia um histórico de estudos. Isso possivelmente influenciou na criação de um ambiente de aceitação à pesquisa e à presença do pesquisador. A escolha da unidade para pesquisa foi vista como uma forma de prestígio da unidade. A entrada em campo, para coleta de dados, foi precedida de uma fase de permanência na unidade, adquirindo familiaridade com o espaço, enquanto aguardávamos a aprovação o comitê de ética da SMSDC. Esse período foi de 10 dias, distribuídos durante um mês.

Após a aprovação da pesquisa pelo CEP da SMSDC-RJ (protocolo no 221A /2012, anexo 2) permanecemos na CF e nos dirigíamos diretamente aos trabalhadores que foram incluídos na pesquisa. Uma vez na clínica, acompanhávamos as atividades de trabalho que ocorriam na própria clínica e falávamos da nossa necessidade de acompanhar as atividades externas e das entrevistas.

Em algumas situações esse acompanhamento era feito mediante um agendamento prévio, e em outras ocorreu de modo menos previsível, pois, por vezes nos dirigíamos aos ACS perguntado se podíamos acompanhá-los, ou o inverso, em alguns momentos éramos convidadas a acompanhar as atividades, em particular as visitas domiciliares.

Optamos por deixar as entrevistas para um segundo momento, após a realização de diversas atividades de acompanhamento do trabalho dos ACS. Esse tempo, que foi de um mês e permitiu uma integração maior com grupo. Sinais dessa integração foram as formas como pudemos participar de conversas sobre o trabalho e também sobre outros temas (vida familiar, cuidados pessoais, atividades domésticas e de lazer) que faziam parte das trocas cotidianas travadas entre os ACS e outros profissionais na unidade, nos momentos de menor fluxo de tarefas e nos almoços, por exemplo.

Nas várias situações foi possível estar em contato com conteúdos que foram registrados no diário de campo, compondo um conjunto de observações que nos ajudaram no exercício de nos situar no contexto.

O fato de nosso estudo ser realizado sob as características específicas de uma pesquisa de doutorado, com limitações de tempo bem demarcadas, fez com que os nossos registros mantivessem o foco sobre os dados _ fatos, relações, discursos _ que no momento da pesquisa foram associados a relação trabalho do ACS/ avaliação/ supervisão. Isso confere uma dimensão mais restrita aos achados da vivência no campo. Uma expressão disso foi o fato de não explorarmos alguns assuntos que, aparentemente, extrapolavam os temas da pesquisa.

Quanto à nossa interação com os sujeitos, é necessário registrar uma assimetria de status social, particularmente evidenciada em relação aos ACS. Fomos apresentados como integrantes de uma pesquisa de doutorado da Fiocruz, instituição conhecida e prestigiada na área da saúde. Mas, foi importante esclarecer aos ACS o que vem a ser um curso de doutorado e a pesquisa a ele associada. Diante da explicação oferecida, uma ACS declarou: “pesquisa sobre a gente, quer dizer que ficamos importantes”. Essa fala foi tomada por nós como uma oportunidade de explicitar nossa visão sobre a importância do trabalho dos ACS no SUS. Optamos também por explicitar nossa inserção profissional em uma escola voltada para a educação profissional em saúde e nossos vínculos com a formação desses trabalhadores.

Este foi um modo de buscar reduzir a distância produzida pela ‘posição de pesquisadores de doutorado’ diante de trabalhadores que detêm um saber prático sobre o seu trabalho, mas que tem sido privados de uma qualificação formal. Esse distanciamento nos parecia negativo para alcançarmos uma informalidade no contato, importante para o trabalho etnográfico.

3.7 Notas preliminares sobre a rede de atenção primária do município do Rio de Janeiro

Produzir uma síntese que apresente a rede de atenção primária em saúde do município do Rio de Janeiro, possibilitando um olhar histórico sobre sua constituição, não é uma tarefa simples. Tivemos contatos com estudos que tratam de aspectos diversos da rede, mas focalizado algum tipo específico de atendimento (ex. atenção ao parto, pré-natal, HIV/Aids, PSF), sem oferecer uma descrição ainda que quantitativa das unidades básicas. Entre os dois estudos que nos proporcionaram essa panorama, a tese de Aguilera Campos (1999) e a dissertação de Carla Carneiro (2013) há um hiato de 14 anos.

Acrescentando dificuldades para o traçado desse panorama, somam-se os resultados da recente reforma implementada pela Secretaria municipal de Saúde e Defesa Civil que teve a APS como foco, buscou, nas palavras de um

gestor entrevistado criar um perfil claro de serviços, estabelecendo novas denominações classificatórias para as unidades de atenção básica. De acordo com nosso entrevistado

“Em 2008, antes do início da reforma, tínhamos PAMs, UACPS, CMS, ostos, PAs, Pacs, Psf. Sem uma carteira comum de serviços. Não havia perfil definido e, em consequência, não havia responsabilidade assumida. Então, a tal reforma estabelece uma padronização das unidades: ou a unidade é uma policlínica, que tem um perfil de unidade secundária, ou é um CAPS saúde mental, ou é unidade básica de saúde; hospital; maternidade e upa” (gestor).

Esse mesmo gestor nos informa que a gestão que teve início em 2009 com mandato até 2012:

“recebeu 130 unidades básicas deterioradas e já reformamos 70. Começamos essa reformulação por áreas da saúde que são emblemáticas e que ajudam a formar opinião sobre como o sistema pode funcionar. Santa Cruz, Sepetiba e Paciência foram priorizadas que já tem praticamente 100%. Construímos 66 clínicas de saúde da família e vão fechar 70 até final de 2012”. (gestor)

Desse modo, o entendimento sobre as características e diferenças das unidades básicas, hoje, requer que este tema seja assumido como objeto central de investigação, o que não ocorre no presente estudo. Ainda assim, temos o propósito de reunir informações dos estudos aos quais tivemos acesso.

Recuperamos os dados de Campos (1999) que contabilizou, em 1999, 70 unidades básicas: 20 Centros Municipais de Saúde CMS; 29 Postos de Saúde PS; e 21 Unidades Auxiliares de Cuidados Primários- UACPS e Unidades municipais de Atendimento médico primário UMAMP. O autor apresenta a definição posta pelo IBGE, segundo a qual os centros de saúde oferecem atendimentos nas clínicas básicas e contam com profissionais de nível superior em seu quadro permanente. Os postos de saúde não possuem profissionais de nível superior. O principal elemento comum entre essas unidades era a realização de ações vinculadas aos programas de saúde. As Umamps e UACPs contavam com profissionais de nível superior e realizavam atividades de pronto atendimento de cunho curativo, particularmente de clínica médica e pediatria. Não contavam com uma população de referência e localizavam-se em áreas pobres com baixíssima cobertura por outros serviços de saúde.

Cazelli (2003) ao tratar do PSF no Rio de Janeiro informa que em 1995 o município teve sua primeira equipe, em Paquetá. A partir de 1999 ocorre uma expansão do número de comunidades com equipes de PSF, havendo, em 2001, vinte e uma equipes de PSF e quatro de PACS. Essas equipes vinculavam-se à unidades de saúde de diversos tipos (CMS, UACPS, PS)

Carneiro (2013) em estudo recente, apresenta um panorama de unidades de atenção primária vinculadas a SMSDC do município do Rio de Janeiro. Na sistematização feita pela autora, as unidades foram padronizadas, atendendo ao processo de reforma iniciado em 2009, que possibilitou alcançar 40% de cobertura da população em 2012. Do ponto de vista da estrutura física houve uma série de reformas além da expansão de unidades a partir do modelo de Clínica da Família- CF. Esse é o tipo de unidade que a gestão admite expressar mais claramente seus processos e propósitos em relação a APS. As CF são geridas por organizações sociais da saúde e seus trabalhadores são terceirizados. Todas as unidades de atenção primária, agora denominadas CMS ou CF tem suas ações orientadas pela Carteira de Serviços da Atenção Primária.

A partir de sua pesquisa, Carneiro (2013) registra uma diferença entre as unidades tipo CF e os CMS. Nos CMS há carência de profissionais, ainda que nestas unidades existam trabalhadores contratados pelas OSS partilhando do processo de trabalho com servidores públicos. A autora diz ainda que outra diferença é o número de equipes de saúde da família em cada unidade, chegando a existir CF com 15 equipes atuando, o que se distancia do parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde, que aponta para o número de até quatro equipes por unidade. O mesmo estudo (Carneiro 2013) aponta que este quantitativo interfere negativamente no processo de trabalho e de gestão.

De acordo com a Carteira de Serviços da APS (SMSDC, 2011) as unidades de atenção primária estão enquadradas em duas categorias: CMS ou CF. Dentro dessas duas categorias, as unidades podem ainda ser classificadas como, tipo A, B ou C, em função da abrangências da cobertura da população cadastrada no território de referência. Todas contam com equipes de saúde da família.

Tipo A - Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família;

Tipo B - Somente parte do território é coberto pela saúde da família;

Tipo C ⇒ Unidades mistas onde ainda não tem equipe de saúde da família, mas com território de referência bem definido. (SMSDC, 2011, p.4)

De acordo com esse mesmo documento, cada tipo de unidade expressaria um modelo de atenção. Acreditamos que essa é uma forma de intensificar a ideia de que a opção pela ESF é uma opção por um modelo que não se efetivaria com base em outras formas de organização da atenção primária. Nesse sentido, o trabalho do Agente Comunitário, em nosso entendimento, passa a conferir identidade ao modelo, na medida em que sua inserção na equipe é um elemento distintivo de outras formas de implementar a APS.

Retomando a descrição do panorama atual de unidades, reproduzimos a tabela de Carneiro (2013, p. 73).

Tabela 1 - Número de unidades segundo tipo de unidade e modelo de atenção em saúde

	Tipo de Unidade		
	CF	CMS	Total
Tipo A	68	53	121
Tipo B	0	67	65
Tipo C	0	5	5
Total	68	125	193

O que se depreende do quadro é que as unidades de APS que integravam a secretaria de saúde antes da reforma de 2009, o que inclui CMS, PS, UACPS e UMAMP, e outras sem uma classificação clara, foram modificadas e renominadas como centros municipais de saúde. Essa mudança tem os

seguintes componentes: alteração de estrutura física; alteração do quadro de trabalhadores; alteração do perfil assistencial. Esse último componente requereu a incorporação da ESF em todas as unidades e implicou em uma nova organização do trabalho e da gestão. Assumiu-se como base para a reorganização a oferta de ações e serviços visando a implementar da Carteira de Serviços da APS. As dificuldades e contradições vivenciadas nessa nova organização certamente mereceriam um estudo próprio.

Em termos gerais podemos dizer que se em 1999 as unidades básicas eram 70, algumas poucas com PSF ou PACS. Em 2006, segundo Lavor (2006) havia 121 equipes de PSF e 47 de PACS, Em 2008, de acordo com nossos dados de entrevista eram 130 unidades básicas. Em 2013 são 193 unidades (Carneiro, 2013), todas com equipes de PSF. De acordo com os dados de julho de 2013 do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, o município do Rio de Janeiro, conta com 573 equipes de Saúde da Família.

Os atuais CMS, são, quanto ao tipo de unidade/modelo de atenção: 42,4% unidades tipo A; 53,6% unidades tipo B e 4%unidades tipo C. As Clínicas da Família, foram instituídas nessa gestão para dar maior vigor a opção pelo modelo de atenção primária sustentado pela ESF, e por isso, 100% delas são unidades tipo A.

Isso não quer dizer que não há problemas de cobertura nas áreas em que as CF se situam. Em nossa pesquisa vimos por exemplo que algumas CF, embora cubram integralmente o seu território de referência encontram-se localizadas em áreas contíguas, vizinhas ou próximas de territórios sem uma unidade de referência, gerando uma pressão cotidiana por atendimento, normalmente vivenciada por ACS no acolhimento.

Capítulo 4- Compreensões sobre o trabalho do ACS

Optamos por abordar os resultados refletindo a partir de alguns temas que foram se destacando e a partir dos quais organizamos nossa discussão. São eles: a dinâmica do trabalho – atividades, organização do trabalho e conteúdos e o modo como os profissionais da Saúde da Família compreendem o trabalho do ACS e constituem significados sobre seu lugar profissional.

O trabalho do ACS no cotidiano: a dinâmica entre conteúdo e organização

Pesquisas anteriores sobre o trabalho na ESF, inclusive nossas, fazem referência à intensidade do trabalho do ACS, relacionando-a, por exemplo, a uma sobrecarga de atividades, falta de limites claros quanto à carga horária e os espaços para a realização do trabalho (Fonseca et al. 2012; Peres et al. 2011; Ursine et al. 2010). Todos esses elementos são parte do processo de precarização do trabalho, especificamente relacionado à organização do trabalho, que vem ocorrendo nas últimas duas décadas (Druck, 2013). Por isso, nos causou estranhamento, a declaração do ACS Rafael declarou:

“eu não sinto o trabalho pesado não. É só saber organizar. Se a pessoa souber organizar, fazer o planejamento do que tem que fazer em cada dia, dá pra fazer tudo”,

Tal fala nos colocou diante de uma leitura sobre a sua própria experiência como ACS, que contraria a perspectiva que situa o trabalho do ACS como de grande intensidade¹⁹.

Partindo dessa informação, abordamos diretamente os demais ACS para perceber o quanto isso era singular ou tratava-se de uma experiência compartilhada pelo grupo. Tornou-se importante entender que mecanismos

¹⁹ Com essa consideração não pretendemos suprimir o debate sobre a exploração do trabalhador, no caso ACS. Mas possivelmente a questão da exploração está mais vinculada aos baixos salários do que a intensidade das atividades. Sobre isso registramos que o Dieese estima que o salário mínimo necessário, em dezembro de 2012, seria de R\$ 2.561,47. (www.dieese.org.br), portanto, valor bastante superior aos R\$855,00 mais, aproximadamente R\$ 400,00 em benefícios que compõem os ganhos mensais dos ACS da CF Izabel dos Santos.

permitiram que a experiência, tão difundida, entre os trabalhadores atuais, de que o tempo do qual dispõem é insuficiente para a realização de suas atividades, não fizesse parte da vivência desses ACS.

Diante do inesperado, formulamos um conjunto de questões de pesquisa, nos seguintes termos: o que ocorre no contexto estudado? Quais as características do processo de trabalho que nos ajudam a entender o deslocamento do discurso de um trabalho ‘pesado’ para um trabalho ‘razoável’?

Como disse a ACS Esther “às vezes eu me sinto atarefada, mas é por que eu gosto, pesado não é não”.

Organização de atividades, planejamento e agendamento, como nos fala Rafael, poderiam ser termos pouco aplicáveis a uma rotina de trabalho na qual se funde o papel social de profissional da saúde com a realidade de morador do local, sublinhada pelo apelo de atuação polivalente direcionado a este trabalhador.

Admitir que a redução da intensidade do trabalho do ACS esteja ocorrendo em determinados contextos, não atenua nosso reconhecimento de que o ACS sofre exploração. Nesse caso, não falamos estritamente da realidade em estudo, mas generalizamos essa posição para essa categoria profissional. Entretanto, ao invés de discutir a exploração, dado ser este um conceito difícil de abordar²⁰ quando se trata de um trabalhador que atua no setor público, achamos mais interessante assumir que este trabalhador não está excluído das várias faces pelas quais a precarização se manifesta e se expande no setor público.

Entendemos que a precarização do ACS se efetiva por meio: da desvalorização do trabalhador expressa pelo baixos salários²¹; da terceirização dos vínculos, que gera sensação de instabilidade; das formas de organização

²⁰ A literatura oferece elementos bastante consistentes para discutir a exploração em associação com a extração de mais valia, quer seja no trabalho produtivo ou improdutivo (Lessa, 2009). Contudo, encontramos dificuldade em elaborar uma compreensão clara sobre exploração do trabalhador, quando seu trabalho se desenvolve no âmbito do Estado, como é o caso do ACS.

²¹ Sobre isso registramos que o Dieese estima que o salário mínimo necessário, em dezembro de 2012, seria de R\$ 2.561,47. (www.dieese.org.br), portanto, valor bastante superior aos R\$855,00 acrescidos de, aproximadamente, R\$ 400,00 em benefícios, que compõem os ganhos mensais dos ACS da CF Izabel dos Santos.

e gestão que incitam competitividade; da fragilização política dada pelo enfraquecimento das relações sindicais e, da vulnerabilidade do trabalhador dada pela associação entre desqualificação/simplificação do trabalho.

Esse último ponto está em relação direta com achados de nossa investigação. A observação das atividades nos mostrou que a chave de entendimento da redução da intensidade apontava para o conceito de trabalho parcelado, ou, parcelarização do trabalho entendido como “*cada trabalhador responsabiliza-se por uma tarefa ou um conjunto específico de tarefas simples*” (Pires, 2009, p.134)

Quais seriam as tarefas? O quanto simples seriam?

No diálogo com os ACS percebíamos que existe uma organização do trabalho em atividades _ “parcelas” _ que modela a relação deles com o tempo, estabelecendo regularidades “*amanhã eu estou no acolhimento*”, “*de manhã eu vou fazer VD*”, e orientando a criação dessa agenda /rotina. O discurso institucional e dos trabalhadores, aliados à observação, nos ajudaram a distinguir quais eram as atividades, a saber: acolhimento, posso ajudar, visitas domiciliares, colocar os dados no Vitacare, participar de grupos ou conduzir grupos, (existem atividades menos comuns como ajudar na coletar de dados relacionados aos condicionantes do Bolsa Família).

4.1 - Acolhimento

Durante o nosso trabalho de campo, e posteriormente, nos processos de análise, a questão que permanentemente esteve latente, provocando nossa reflexão e requerendo uma descrição densa (que nos pareceu sempre inconclusa), era o fato de o acolhimento ter aparecido como tema de discussão nas reuniões de equipe, além de ter sido apresentado, nas entrevistas de todos os ACS, como uma fonte recorrente de dúvidas, problemas, tensões.

Na Carteira de Serviços da APS, documento elaborado pela SMSDC-RJ e publicado em 2011 com o objetivo de nortear as ações a serem oferecidas na atenção básica, o Acolhimento é associado a concepção de vínculo e atenção

centrada na pessoa, e portanto extrapola a situação de recepção na unidade, estando em relação com a concepção de linha de cuidado. O discurso sobre acolhimento, acompanha a discussão teórico-conceitual sobre humanização e neste sentido incorpora a reflexão sobre o processo de trabalho, a produção da escuta a reorganização dos serviços, o trabalho em equipe e a intedisciplinariedade, para citar alguns elementos desse contexto. Entretanto, o Acolhimento, do qual trata a nossa pesquisa de campo é foco de tensão no trabalho do ACS e concretamente refere-se ao que é vivenciado na situação de recepção na unidade e que inclui as atividades do Posso Ajudar?

De acordo com a Carteira de Serviços são prioritariamente os Agentes Comunitários de Saúde que “*devem realizar escala de atendimento na recepção, com guichês de atendimento exclusivos por equipe/área de abrangência*” (SMSDC, 2011, p. 14). No cotidiano, cada ACS tem, por semana, um dia de trabalho no Acolhimento.

A estrutura física da unidade deve ser pensada como parte desse elemento do acolhimento. Imagens decorativas, com pessoas que parecem ser das comunidades da área de abrangência, contribuem para provocar um sentimento de pertencimento àquela instituição-território. Os guichês da recepção trazem os nomes de cada uma das comunidades (Polônia, Dois de Maio, Céu Azul e Engenho), e um computador conectado à internet. Além de uma programação visual que ordena o movimento naquele espaço – para onde dirigir-se – esses elementos de comunicação, simbolicamente, propõem uma identificação da unidade como espaço integrado ao território. Um conjunto de cadeiras, televisão e brinquedos para crianças ficam próximos aos guichês, o que faz com que a espera pelo atendimento, no acolhimento, se dê na mesma área.

As pessoas são atendidas nos guichês pela ordem de chegada, exceto quando ocorrem alterações pela aplicação de classificação risco. Os usuários não acessam a área interna da CF, sem passar pelos guichês ou pelo ACS que está no Posso Ajudar? Esse último é integrado ao acolhimento, e é uma forma de receber ou interceptar a entrada de pessoas na unidade. Uma vez na unidade, ou a pessoa será encaminhada aos guichês ou vai apresentar os

motivos que justificam sua ida a outro local, situação na qual receberá as indicações que forem pertinentes²². Essa atividade que durante décadas foi desempenhada por vigilantes, nas unidades de SF está organizada com procedimentos e desdobramentos definidos. Todavia, são nos guichês, que ocorre o conjunto de atividades mais intensamente vinculadas ao acolhimento e que nos deteremos em discutir.

Nos guichês estão os ACS. Não são apenas os moradores da área que buscam a clínica, mas esses são a maioria. Vimos que os ACS conhecem as pessoas da sua área – por vezes das outras áreas - e os usuários identificam no ACS uma pessoa da clínica, que vai mediar essa relação, entre demanda e oferta de serviços.

Sobre o Acolhimento a ACS Mônica nos diz :“*trabalhar no acolhimento é chato e às vezes é arriscado.*” Quando indaguei sobre o risco ela conta uma história que voltamos a ouvir de outras ACS. Trata-se do dia em que um “cracudo” apareceu no guichê da recepção, às 17 horas – (pouca gente na unidade), com um alicate na mão, dizendo que elas precisavam ajudá-lo. Neste dia, só havia mulheres no acolhimento.

Esse sentimento de exposição às situações de violência, dentro da unidade, é frequentemente debatida de modo informal e formal tendo como foco, o fato de não haver no serviço guarda/segurança, apenas porteiro. A demanda por esse tipo de contratação é claramente exposta pelas ACS, mas a ela associa-se indiretamente a um desconforto com a divisão entre equipe técnica, como é chamado o conjunto de profissionais de nível técnico e superior da unidade e os demais trabalhadores. A equipe técnica fica nos espaço mais protegidos, internos, enquanto os ACS em seus turnos de acolhimento ou Posso Ajudar, ficam expostos.

Observamos que além da rotina, de ficar sentada por muitas horas, o que é incômodo, outras coisas acontecem no acolhimento. Acontece o não acolhimento, por exemplo: O que dizer quando não há solução para o

²² Antes de me tornar conhecida na Clínica da Família Izabel dos Santos algumas vezes fui abordada para esclarecer para onde eu pretendia ir e porque, antes que me fosse permitido acessar outras áreas da CF.

problema apresentado naquela unidade de saúde? Como dizer para o paciente que ele não poderá ser atendido? A ACS Iole nos conta:

“o que mais acontece aqui é o paciente que vai na UPA e eles mandam pra cá. Isso é todo dia. Só que o paciente não é da área e você tem que explicar para ele que mandaram errado” (Iole, ACS)

“Agora, tem o sistema [de informação] que, se o paciente não é da área, a gente tem como saber para onde encaminhar ele, isso está maravilhoso. Só que às vezes a pessoa é de um lugar que ainda não tem clínica [de saúde da família], e aí fica o problema (Sophia, ACS)”

O acolhimento é a linha de frente onde frequentemente se revelam as falhas de um sistema de saúde com limites evidentes para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção. Por isso, o ACS tem nesse espaço uma atuação bifurcada. Se o tronco comum é a identificação e interação com o usuário e com suas necessidades, a ação se bifurca entre dar um bom encaminhamento a demanda, e desse modo fortalecer a adesão as práticas de saúde e as formas de acessá-las propostas no modelo em curso, ou expressar a dificuldade ou impossibilidade de concretizar esse acolhimento – fragilizando essa adesão.

Uma situação que comumente repercute no acolhimento, envolve a demora de agendamento de exames complementares e consultas especializadas pelo Sistema de Regulação – SISREG. Ao assumir o lugar de ordenador do cuidado, como propõem o modelo de APS incorporado pela SMSDC, o encaminhamento para a alta e média complexidade torna-se uma questão da CF e portanto do ACS.

Quando o paciente recebe um encaminhamento para consulta com especialista ou exames é feito o registro de solicitação no SISREG e cabe ao ACS informar sobre o agendamento. Entretanto há um grau de imprevisibilidade elevada em relação a esse agendamento. Um dos ACS, morador da área e usuário da clínica, estava aguardando uma consulta com oftalmologista há um ano. Outro ACS, Rafael, nos informa:

“Quando o paciente é de algum grupo de risco²³, tipo diabético ou hipertenso ,a consulta até sai mais rápido, mas se não for, demora muito e agente não tem como saber.” (ACS Rafael)

O agendamento de consultas médicas e de enfermagem é outro motivo frequente, para que o usuário se dirija ao ACS, no Acolhimento. Essa demanda pode ser bem ou mal resolvida. Quando a equipe está completa, o que na CF Izabel dos Santos significa, sobretudo, contar com médico por 40h semanais em todas as equipes, os agendamentos são feitos em prazos que atendem à demanda dos usuários cadastrados e à recomendação profissional. Contudo, no período em que realizamos o campo, duas equipes estavam desfalcadas o que produzia uma frustração muito grande entre usuários e ACS, esses instados a explicar sobre a ausência de médico.

Na rede de interações em que entra em cena o poder de mediação do ACS, a demanda do usuário e os recursos, o usuário entende que cabe ao ACS transpor os constrangimentos ao acesso que se interpõem entre ele e os recursos do sistema de serviços, e que se configuram em um espaço que não é da relação interpessoal ,mas sim da estrutura do sistema de saúde.

Como profissional que representa o serviço em sua intenção de exercer a responsabilização pelo cuidado, o ACS tende a buscar um equilíbrio improvável, ao tenta explicar, e às vezes justificar, as dificuldade do sistema para efetivar esse acolhimento e, simultaneamente, expressar solidariedade com aquele usuário que em breve estará diante dele, em outras situações como as VD.

Em uma configuração da estratégia saúde da família em que é acentuada a atuação do ACS como um agente de conexão com os procedimentos, em tese disponíveis na rede, essa interdição aos serviços e cuidados que cabe ao ACS comunicar, acaba por diluir para o usuário e para o ACS a potência da sua ação.

²³ No vocabulário dos ACS termos como grupos de risco, controle de risco, alcance de metas, são correntes.

Para a ACS Nina, isso tem um efeito direto sobre modo como o usuário vai se relacionar com o ACS:

“porque se não marca consulta eles te odeiam, se marca consulta você é a melhor agente comunitária do mundo. Se a médica demora 15 minutos para atender o sistema é uma merda, bem assim mesmo, se atende no horário certo, nossa! é a 10ª maravilha do mundo, então é assim, é muito... você vai de um extremo ao outro muito fácil, quando você é agente comunitário” (ACS Nina).

Embora esse seja o paradoxo envolvido nessa atribuição, de conexão que mais tenciona o trabalho do ACS no Acolhimento, outros sentidos são construídos nesse encontro entre ACS e usuário. Algumas situações presenciadas nos mostraram essa dimensão da educação em saúde, como conteúdo do trabalho, experimentada no acolhimento. Selecionamos uma para narrar.

A jovem de 19 anos se dirige ao balcão de acolhimento, no guichê destinado a sua comunidade. A ACS pergunta como ela está e pergunta também por membros da família [Essa família não está na micro área dessa ACS, mas ela os conhece]. A jovem está grávida e desanimada. Teme a reação do namorado e da tia. A ACS conversa, tentando construir a ideia de que, uma vez grávida, sai de cena o querer estar grávida para entrar em cena o querer cuidar. A ACS fala o quanto a unidade estará ali para apoiá-la na gravidez e também quanto ao fato de que a ACS dela irá fazer visitas, todos os meses. A jovem sai com a marcação da primeira consulta de pré-natal e a ACS declara “*se você não vier, a gente vai lá te pegar pelos cabelos*”. Ao converter-se em texto escrito, essa última frase perde a afetividade daquele momento e adquire um tom mais agressivo e autoritário do que o que permeava o contato. Ainda assim, acentua-se o fato de que o serviço estará com ela, independente da sua vontade, e não deixa espaço para que a gravidez seja tratada como um problema ou uma situação não desejada.

Se tomarmos a educação como um processo de construção de concepções e valores, nesse contato, que não durou 10 minutos, veremos diversos elementos da atuação do ACS como um agente de correção. Isso se dá em dois sentidos: como difusor das boas práticas de saúde, no caso frequentar o pré-natal, e como um difusor de valores /práticas morais – aceitação da gravidez. Trata-se também de um momento em torno da ideia de construção do

vínculo e de confirmação da possibilidade do cuidado, pela unidade e através do trabalho específico do ACS. Cabe a lembrança de que o aumento dos índices de pré-natal e a busca ativa de gestantes é um indicador e uma variável, respectivamente, claramente situados entre as formas de avaliação de desempenho da unidade, o que é plenamente sabido por todos os profissionais, como veremos em posteriormente.

Outro problema importante no acolhimento é a responsabilidade atribuída ao ACS de decidir se é um caso de agendamento para consulta ou encaminhamento imediato para atendimento. Essa questão se sustenta por uma dificuldade de ordenar o atendimento a partir da APS. Considerando que a unidade não tem emergência e urgência, devendo ocorrer referência desses casos, mas considerando ainda que a unidade tem capacidade e o propósito de agendar para o mesmo dia ou para o dia seguinte uma consulta para casos de demanda espontânea, assegurando o vínculo, a questão torna-se diferenciar estas situações. Tal diferenciação tem, no Acolhimento, seu primeiro momento. Sobre isso, a ACS Mônica nos diz:

Eu mandava todo mundo lá para dentro, porque não sei se ele está falando a verdade ou não. O médico é que tem que dizer. Se ele chegar ali na frente e dizer, porque os nossos pacientes eles tem uma mania de falar uma coisa ali para a gente e lá dentro do consultório eles falam outra coisa completamente diferente... então ali, ele está morrendo. Aí quando eles entram, o médico fala que não era nada daquilo que ele tinha dito. Mas foi o que ele falou para a gente, então a gente vai achar aquilo, então já teve essa época. Teve a época que o técnico era obrigado a ficar aqui na frente, que é o que é agora, mas não funciona também, porque o técnico não fica ali na frente, porque a sala de observação está cheia e ele tem que ir lá atender, então o técnico ia diagnosticar ali. Não funciona o acolhimento, mas por que não funciona? Porque tudo cai para o ACS, se a gente mandar ele lá para dentro, "ah, mas vocês estão mandando todo mundo!", a gente tem que mandar, porque eu não sei se o que ele está sentindo é sério... (Mônica, ACS)

Estas situações nos colocam diante das estratégias da população para se atendida no local e pelos profissionais com os quais estabeleceu um vínculo. No caso da CF Izabel dos Santos, que tem ao lado uma UPA, não se trata de supor uma evitação de deslocamento, mas sim uma confirmação da escolha da unidade como espaço de referência para o cuidado das pessoas cadastradas.

No interior da relação entre ACS e os demais profissionais fica a cobrança de que o ACS efetivem no dia a dia, com mais firmeza, o papel de regulador desse

acesso. A expressão “lá dentro” citada pela ACS Mônica, pode indicar uma distinção social, entre a equipe técnica e os ACS, grupo profissional que realiza, praticamente com exclusividade, essa atividade de Acolhimento. Peres et al. (2011) em estudo que analisa as facilidades e dificuldades para que o trabalho dos ACS se consagre como um trabalho em equipe, registra que “quanto maior o enfoque na flexibilidade da divisão do trabalho, maior a proximidade da equipe integração e quanto maior a ênfase na especificidade do trabalho, mais próxima está a possibilidade de descaracterizar o trabalho em equipe” (Peres et al., 2011, p. 909).

A partir da observação, vimos que no acolhimento, o ritmo de trabalho não é intenso, havendo pausas que abrem espaço para outras atividades, como conversas entre companheiros de trabalho. Nesses turnos, parte do tempo é utilizado pelos ACS para registrar os dados das visitas domiciliares no Vitacare®, uma vez que os computadores dos guichês tem esse sistema de informação.

4.2 - Visita Domiciliar

Existe um truísmo sobre a papel do ACS, que está presente desde o primeiro manual sobre o trabalho do ACS (Brasil, 1991) e que é constantemente reafirmado por trabalhadores e gestores da ESF. Estamos nos referindo à ideia de que o ACS é o elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Esse estreitamento da relação entre ACS e comunidade tem várias bases, dentre as quais, e talvez, sobretudo, o fato desse trabalhador ser morador da comunidade.

Lacerda (2010) ao analisar a construção sociocultural da concepção de mediação atribuída ao ACS pontua tratar-se de uma construção:

“atrelada à concepção de um trabalho simples e ao ideal de solidariedade e liderança e, assim como o papel de mobilizador social, configura-se como uma norma antecedente do trabalho prescrito a qual é permeada por valores simbólicos. Isso fica evidenciado ao nos reportarmos ao contexto histórico e político de origem desses trabalhadores, os quais eram voluntários leigos, em geral líderes na comunidade, que cumpriam a função de elo entre o serviço de saúde e a população sem acesso à assistência médica. O seu papel de mediador social foi incorporado pelo senso comum, e se revela no discurso desses trabalhadores em termos

como “elo” e “ponte” como sinônimos de mediação” (Lacerda, 2010, p. 137)

Para dar continuidade a discussão sobre o trabalho do ACS, destacamos essa ideia, pois entendemos que a visita domiciliar é a atividade que mais explicitamente reitera esse papel do ACS (Mendonça, 2008). Tereza Ramos, agente comunitária em Recife desde 1978 e liderança no movimento organizado de ACS, nos diz “*A visita domiciliar é a síntese do trabalho do ACS*” (Ramos, 2007, p. 334). Essa percepção também reaparece em nosso trabalho de campo.

A enfermeira Liz, ao nos explicar sobre o trabalho dos ACS, recupera a noção de parcelamento do trabalho, distinguido entre diferentes atividades (acolhimento, posso ajudar), mas é bastante direta ao afirmar:

“a principal função do agente são as visitas domiciliares... acompanhar os pacientes de vulnerabilidade maior e que são da microárea dele (..) a grande importância dessas visitas é a busca ativa. De quem seria? Gestantes, pacientes com tuberculose que não estão vindo a consulta... a grande importância dele, é que ele é o *link* entre a equipe e a comunidade, porque pra ser agente comunitário ele precisa ser morador da área, então ele conhece os problemas do local e as pessoas” (Liz, enfermeira).

Quando pedimos a ACS Iole para explicar o que era o trabalho de um ACS, imaginando estar fazendo isso para alguém que desconhecesse o que era a ESF, ela nos diz:

“Eu visito hipertensos, diabéticos, que são grupos de risco, gestantes, criança até dois anos, que são grupos de risco, entrego consulta, entrego exame, entrego kit odontológico, vou fazer atividade na creche.” (Iole, ACS)

Em estudo sobre a concepção dos profissionais da visita domiciliar – VD na saúde da família, Sakata et al. (2007) argumenta que a VD é vista pelos profissionais como uma oportunidade de fazer uso de tecnologias leves, pondo em curso um cuidado mais acolhedor e afetivo. Em nossa pesquisa anterior (Fonseca et al., 2012) a visita domiciliar é apresentada como um rótulo guarda-

chuva sob o qual se abrigam diferentes atividades que ganham certo grau de invisibilidade, favorecendo à sobrecarga de trabalho sobre o ACS.

Na presente pesquisa, observamos distinções que merecem análise. A primeira remete à criação de categorias de VD recortadas em função do objetivo específico da visita. Assim, os ACS se organizam distribuem o seu tempo, fazendo uma distinção entre as VD e constroem uma linguagem, na qual as VDs estão nominadas do seguinte modo:

Momento I

Entrega de agendamento (marcação de consultas na CF); entrega de Sisreg (marcação de exame ou consulta especializada); entrega de resultado de exames, entrega de kit odonto (creme dental e escova); entrega de medicamentos; Terapia Diretamente Observada (DOT) de paciente com tuberculose.

Momento II

Busca ativa e cadastramento da família; acompanhamento (pacientes que são prioridade – ou seja, os que foram classificados em algum grupo de risco, diretamente relacionada a uma condição clínica ou criança menor de 2 anos), acompanhamento de VD de enfermagem, médica ou de odontologia (essa última, mais incomum).

Em relação à VD, a segunda situação, muito característica do trabalho na ESF, e ao mesmo tempo muito pouco tematizada, é o que chamaremos de VD na Rua. Ou seja, as ações que estariam previstas pela norma para ocorrerem em no domicílio, mas acontecem na rua, no trajeto do ACS, gerando uma renormalização, sustentada pela dinâmica cotidiana da relação entre ACS, moradores da área e os interesses da unidade.

4.2.1 Visita domiciliar: uma ação e suas subcategorias

Na descrição superficial que fizemos anteriormente dos tipos de VD, distinguimos dois momentos de práticas em função do grau de interação, intencional, que ocorre entre ACS e usuário.

No primeiro momento, um verbo se destaca: entregar. Nas observações que fizemos durante as VD que acompanhamos, percebemos que os ACS organizam seu trabalho concentrando-se no objetivo da VD. Assim, em uma VD de entrega de resultado de exame, a interação entre ACS e usuário fica restrita à entrega do resultado e a indicação de agendamento de consulta, quando é o caso. Vimos que o ACS tem liberdade para decidir se o resultado será entregue a própria pessoa – o que em caso de ausência do destinatário, determina um retorno ao domicílio, ou, se a entrega pode ser para outra pessoa, em geral familiar.

Nas atividades caracterizadas desse modo, abre-se pouco espaço para um contato mais prolongado. Inclusive, em nossas observações, nas visitas norteadas pelo objetivo de efetivar esse tipo de ponte entre unidade e comunidade, os ACS não entram na casa. Essa característica, de circunscrever a VD à entrega oficial de informações, foi também observada em estudo realizado em Minas Gerais (Gomes et al., 2009).

Esse comentário serve para marcar que nesses várias categorias de VD, não são acionadas formas de interação mais intensas, que valorizem a dimensão relacional do trabalho. Mesmo de DOT/TB²⁴, ou na entrega de medicamentos, onde sempre ocorre um diálogo com conteúdo educativo, mantem-se uma superficialidade no contato, em que predomina uma leitura utilitarista do encontro, cujo valor da ação- a VD- está restrita à sua utilidade, definida a partir de um objetivo do qual se exclui uma dimensão educativa mais complexa.

Diante dessa observação, recuperamos uma recomendação de Minayo (2002b), que é perguntar-se, sob que condições esse sujeito – o ACS – cria

²⁴ Como corrente filosófica, o utilitarismo teoriza sobre as relações entre a ação humana e a racionalidade, colocando em discussão o bem coletivo e interesse individual ou de grupo, egoísmo e altruísmo, por exemplo. No presente estudo, utilizamos o termo tendo por referência um sentido mais restrito, no qual uma ação é julgada válida exclusivamente pela sua utilidade prática, independentemente de uma reflexão crítica sobre outros efeitos para além da utilidade considerada

determinadas situações, valoriza algumas coisas e não outras, enfim, posiciona-se de um modo e não de outro. A pergunta que trouxemos a pesquisa foi: que condições (sociais) dão sustentação à simplificação desses contatos em detrimento de um investimento no aprofundamento das práticas de educação em saúde?

Avançar na compreensão desta situação requer assumir que não existe resposta simples. Inicialmente consideramos que estão em cena interpretações quanto às necessidades do usuário e a forma como o serviço pretende responder a elas, e ainda, sobre o modo como o trabalho do ACS se insere nesse desenho de resposta.

Essas interpretações, evidentemente não são individuais ou constituídas no universo particular dos ACS, e apontam para as concepções vigentes sobre o que é um modelo tecnoassistencial adequado para um cuidado efetivo.

O equacionamento do modo de organizar e gerir o trabalho e entendimento sobre os objetivos do serviço, também responde a uma linha de força que, como diz Merhy (2004, p.122) “depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador”.

Pra Franco e Merhy (2006) a saúde da família ainda adota um modelo conservador, no qual é atribuído à dimensão cuidadora um papel irrelevante e complementar. Isso se dá em relação ao médico e também em relação a outros profissionais da equipe de saúde. Acompanhamos o pensamento de Merhy, (2004) quando fala de um empobrecimento do núcleo cuidador gerado a partir da lógica médico-hegemônica. Entendemos que mesmo na saúde da família-definida politicamente como eixo para a mudança do modelo de atenção, persiste a enorme dificuldade em pensar e operar a atenção a saúde, para além da ausência de doença.

Precisamos reconhecer, e a nossa permanência no campo de pesquisa acentua essa percepção, que a CF Izabel dos Santos investe na concretização

de uma atenção mais centrada no usuário, sem sobrevalorização de tecnologias duras (Mehry, 2004) e busca fortalecer o vínculo usuário-profissional, na tentativa de efetivar um cuidado mais afinado com as referências da APS e de humanização.

É importante considerar que no contexto concreto da CF Izabel dos Santos o fato de que sua população de referência tem um histórico de falta de acesso a cuidados clínicos, o que combinado com problemas sociais, repercute gerando adoecimento, contribuindo para justificar a centralidade dos procedimentos médicos como principal necessidade do usuário.

Mas ainda que essas considerações nos auxiliem na compreensão da dinâmica que esse trabalho vem adquirindo, é necessário refletir criticamente sobre o apagamento da densidade da educação em saúde, em situações de VD. Para retomar compreensão sobre a especificidade do trabalho do ACS, vamos trazer o pensamento de um dos gestores entrevistados na pesquisa.

Na SF o processo de trabalho é único e cada um [profissional] tem uma linha de trabalho e cada um tem uma ação nessa linha. Um trabalho está totalmente ligado a outro, mas os saberes são diferentes. Com certeza um médico, uma enfermeira, não vai ter um saber da cultura do território, que o ACS leva como potencial organizador do cuidado para uma família (Gestor).

O potencial de interação cultural que o trabalho do ACS comporta é um dos elementos mais valorizados no perfil social desse trabalhador, sempre acionado para atuar como um agente de tradução. Contudo, isso é naturalizado neste mesmo trabalho.

Para os ACS, ainda que exista um processo de identificação entre os usuários e ACS, existem fronteiras e diferenças nos modos como vivenciam e constroem valores no cotidiano da vida, que tem que ser percebidas e elaboradas para que a educação em saúde ocorra de modo não burocrático.

A fala do ACS Castanha, nos ajuda a pensar sobre essa questão.

“você bate de frente com problemas culturais, aquela família não liga para aguinha empossada, não liga para o garotinho que só anda descalço, mas vive com o nariz escorrendo, então a gente tem que perceber o momento

certo de falar as coisas para aquele paciente, porque às vezes, se você não tratar no momento correto e nem da maneira certa, você cria inimizade daquela família” (Castanha, ACS).

Regressando à questão das condições sociais que balizam essa atuação tão circunscrita a dimensão de utilidade imediata dessas VDs, apresentamos a interpretação de que essa naturalização é construída tendo por base a ideia de que, sendo o ACS membro da comunidade ele é capaz de representar, entender e traduzir, naturalmente, as inúmeras formas de viver – as inúmeras composições subjetivas dos membros dessas comunidades, sem que para isso seja necessário dispor de tempo e formas diversas de construir essas interações e dar-lhes sentidos, inclusive no espaço coletivo.

Esse é um elemento que transcorre as várias construções sobre o perfil desse trabalhador. Nogueira (2000) em um texto que se tornou referência para a discussão sobre o ACS, atribui ao “pendor a solidariedade” o lugar de requisito para seleção de ACS, que ao aliar a essa característica sua inserção na comunidade, torna-se um “recurso humano fora do comum” (Nogueira, et al. 2000, p. 6-7).

Compreendemos que a desconstrução do caráter profissional dessa mediação, considerada então uma ação espontânea insere esses tipos de VD em um contexto de atos mecânicos, em que deixa de ser considerada uma oportunidade de relação, para simular uma tarefa simplificada.

Outra condição, que faz interface direta com o foco de nossa pesquisa é que esse tipo de VD possibilita o cumprimento das metas estabelecidas para a unidade e os ACS, como nos disseram os entrevistados, de forma razoável, sem acarretar uma sobrecarga individual. Entendemos que os modos de gerir acabam induzindo essa organização do trabalho do ACS que é, simultaneamente forma e conteúdo / quantidade e qualidade do trabalho.

Esse deslocamento de tempo/investimento se reflete em outros espaços, como a supervisão, que veremos posteriormente, raramente pode colocar em discussão situações concretas a partir das quais as dificuldades de interação vividas por ACS com usuários no exercício da dimensão educativa do seu trabalho, possam ser tomadas como experiências para o aprendizado coletivo.

Como dissemos anteriormente, a distinção que se estabelece entre as categorias de VD, produz um outro bloco de VDs, norteadas pelos objetivos de efetuar busca ativa e cadastramento da família; acompanhamento de pacientes prioritários, acompanhamento de VD de enfermagem, médica ou de odontologia (essa última, mais incomum).

Os ACS referem-se a VD de cadastramento como a situação em que estabelecem o contato mais prolongado, com maior diálogo com a família e, portanto, rico do ponto de vista da interação subjetiva.

Algumas vezes, no contato conosco, algum ACS convidava para acompanhar uma VD de cadastramento, sempre destacando que é uma visita em que eles conversam mais. Acompanhamos algumas VDs desse tipo e percebemos que é nesse momento que o ACS apresenta a Clínica Izabel dos Santos, o seu trabalho, e faz um mapeamento pessoal das características sociais e individuais dos membros da família.

Sobre essa VD a ACS Ester ressalta tanto a necessidade de tempo quanto de “tato” para estabelecer uma boa relação, além do preenchimento da ficha que é o produto concreto da visita:

a visita jamais ela pode ser muito rápida, porque senão o programa vai por água a baixo, a visita ela tem que ser uma visita...claro que você não vai ficar 2 horas, 1 hora, mas no mínimo uns 40 minutos para você perceber alguma coisa da família, as outras sim, nos outros meses você pode até ser mais rápido, mas a primeira visita ela jamais pode ser em 10 minutos, 15 minutos, primeiro porque tem a ficha, você preenche e a família não é uma pessoa só, então você vai querer saber um pouquinho de cada membro da família, isso requer muito tempo, claro que você tem que ter muito tato para cortar algumas situações e ao mesmo tempo perceber e também saber onde vai parar, para na próxima você continuar, mas a primeira visita ela tem que ser bem demorada, não dá para ser rápida não.
(Esther, ACS)

Nessas visitas, entra em cena a sensibilidade do ACS para estabelecer um contato que tem dois objetivos centrais: possibilitar o levantamento de informações, criar um espaço de aceitação para a relação que se pretende firmar dali em diante e apresentar os serviços da CF, confirmando quem sabe, o elo entre a unidade e o usuário.

A enfermeira Ana, ao atender nosso pedido de explicar o trabalho do ACS, imediatamente no fala:

Ela [ACS] vai coletar dados que são importantes para o sistema de saúde, ela coleta dados das condições de saúde, se é hipertenso, se é diabético, se está necessitando de consulta, se está com alguma alteração mais grave, para dar prioridade mesmo para ajudar os profissionais de saúde neste meio de campo com a comunidade... (Ana, enfermeira)

Liz, enfermeira e supervisora dos ACS comenta:

Na estratégia [ESF] o trabalho do ACS é primordial, é ele quem traz as informações para gerar os indicadores (Liz, enfermeira).

Vera, ACS, nos fala assim de sua rotina:

Eu vou na casa, visito as pessoas, vejo a dificuldade de cada um, tem pessoas muito pobres (...) eu vejo as necessidades de cada um. Se é hipertenso, eu pergunto tudo da hipertensão, se é diabético eu pergunto tudo, vejo as necessidades de agendamento de consulta, encaminhamento, de remédios e assim vai... depois vc volta. Você vai fazendo um monte de perguntas. (Vera, ACS)

Nesta linhagem de atuação, o ACS mais uma vez enfatiza seu papel de tradutor, colocando na linguagem dos dados da epidemiologia e do planejamento o conteúdo desses encontros. Na aceitação do peso que essa atuação do ACS tem na dinâmica do trabalho, visualizamos a intersecção de alguns fatores.

Sem pretender oferecer uma ponderação entre eles, situamos nessa intersecção a prescrição da política; o arcabouço conceitual da epidemiologia e os modelos de gestão; a possibilidade de oferecer uma base operativa racional e concreta para esse o trabalho do ACS, que ainda está cercado de indefinições.

Compreender esses fatores implica em reconhecer o sinergismo entre eles. Assim, toda a legislação da saúde atual destaca e valoriza os sistemas de informação e os processos que lhe dão sustentação. Desse modo, quando as

portarias 1886/97 e 648/2006 definem o cadastramento e a atualização de dados como atribuição específica do ACS (Brasil, 1997; Brasil, 2006a), estamos observando a ressonância no cotidiano do trabalho, de uma perspectiva que se nutre de uma luta técnica e política da saúde pública que é assumir a epidemiologia como base para o planejamento. Uma vez instituída como base para o planejamento, a lógica da epidemiologia – seu conceito de risco e formas de intervenção – além da produção de informações científicas foram estabelecendo vertentes confiáveis para uma atuação em Promoção à Saúde, e também para a gestão, nos seus níveis mais amplos e no espaço da micropolítica dos serviços.

Na interface com o trabalho do ACS, isso possibilitou desenhar um fio condutor e de controle para a atuação desse profissional, que muitas vezes não tem nenhuma formação na saúde ou mesmo experiência, trazendo um ordenamento para sua atuação em diversas situações de VD.

Em termos ideias, a VD e os grupos realizados na comunidade, são as atividades com maior plasticidade deste trabalhador, e do nosso ponto de vista aquela poderiam situar o ACS como um educador em saúde com atuação marcada por um caráter emancipatório (Bornstein e Stotz, 2008). Neste sentido, estas atividades teriam o potencial de enfatizar seu sentido de agente mobilizador, recuperando sua filiação à educação popular em saúde e a uma perspectiva de promoção menos centrada na individualização do risco

4.2.2 - A Visita Domiciliar de Acompanhamento

Trataremos aqui em conjunto das VDS de acompanhamento / monitoramento de pacientes, busca ativa e das VD em que o ACS acompanha o enfermeiro.

O eixo dessas VDs é o controle de agravos. O que se espera do ACS é que ele tenha o domínio técnico dos nós-críticos do acompanhamento clínico de cada situação prioritária. Para que isso se exerça, duas condições tem que ser

satisfeitas: a incorporação da definição de prioridades e o reconhecimento dos nós-críticos e as várias intervenções passíveis de serem realizadas pelos ACS.

O discurso sobre prioridades atravessa com nitidez o cotidiano do trabalho na CF Izabel dos Santos. Nas entrevistas, quando apresentado tema das prioridades, os ACS se mostram conhecedores das prioridades²⁵ e bastante favoráveis à essa orientação, pois isso define um continente em que estão incluídos todos os profissionais. Vejamos o que nos dizem os ACS Rafael e Sofia

Acho bom ter prioridade que assim o nosso trabalho tem uma direção (Rafael ACS)

Para Sofia a definição de prioridades ajuda a conter a demanda que não tem justificativa clínica, ela diz:

tem que haver essa prioridade dos grupos de risco sim, o que acontece muito ali na frente, “eu quero marcar uma consulta”, “qual o motivo da consulta?”, “ah, eu vim aqui saber como é que é, como funciona” e tem outra pessoa que é hipertenso, que não usa remédio, que tem problema cardíaco e tem que dar prioridade . Tem gente que vem por curiosidade, “ah, quero fazer um exame de sangue porque tem 6 meses que eu não faço”, a gente tem que colocar uma prioridade entre esse que não fez exame 6 meses atrás e não tem nada, e o outro que precisa. (Sofia ACS)

A prioridade é a prevenção. Eu acho que a principal é a prevenção, diminuir o número de pessoas que tem infarto devido à pressão alta, pessoas que tem pernas amputadas, braços amputados devido à diabetes; evitar que crianças morram devido a não ter pré-natal por doença sexualmente transmissível como a sífilis, evitar a mortalidade infantil, evitar que as crianças fiquem desnutridas, conscientizar que a mãe amamente exclusivamente até os 6 meses, que realmente o aleitamento materno é importante para a criança.(Rafael, ACS)

Embora nas entrevistas não tenham sido apresentadas críticas às prioridades definidas, quando estimulados a pensar sobre situações que deveriam estar

²⁵ Qualquer questionamento sobre prioridades aciona, imediatamente, o seguinte repertório de respostas: hipertenso, diabéticos, gestantes, paciente com tuberculose; crianças até 5 anos e com maior ênfase, crianças até 2 anos.

contempladas no quadro de prioridades da CF, os ACS fizeram referência a questão do crack e aos adolescentes e, uma ACS, Vera, argumentou que alguns usuários de sua área, pelo grau de pobreza deveriam ser prioritários, independentemente de qualquer condição clínica.

Se do ponto de vista ideológico, a noção de prioridades e suas definições estão bem incorporadas entre os profissionais da CF, gerando uma unidade de discurso, a questão do domínio técnico é, aliada a organização da agenda, o centro das atividades de supervisão.

Nestes espaços, há uma tentativa de desenvolver um processo de educação permanente, motivada pela identificação de lacunas no conhecimento dos ACS – que tiveram apenas o introdutório de uma semana – e cujo ‘programa’ dialoga estreitamente com as questões técnicas que envolvem a efetivação de um monitoramento de riscos e a realização de busca ativa.

As VD em que o ACS acompanha a consulta de enfermagem, o ACS atua como ‘abre alas’ e assistente da enfermeira, sobretudo fazendo anotações. A atuação das enfermeiras não se limita a dimensão clínica, da qual parte para ampliar o diálogo sobre as questões de saúde, sempre tendo como elemento de conexão os diversos recursos (consultas, medicamentos, exames) além dos grupos que podem fortalecer o vínculo do usuário com a clínica. Essas consultas de enfermagem, também são espaços educativos porque demonstrativos das possibilidades de relação tendo a saúde-doença como tema e das possibilidades de atuação do ACS como agente de correção.

Valoriza-se sua capacidade de detectar o que caminha fora da norma sanitária (uso de medicamentos, programa de vacinação, comportamentos pessoais e relacionados a moradia, por exemplo) e de colocar seu trânsito como membro da comunidade e seu vínculo com o usuário, a favor da incorporação de uma outra atitude, que implique em menor risco à saúde.

Para Sakata et al. (2007) a VD que tem como eixo o controle tem um aspecto positivo, pois no modelo de APS se associa a longitudinalidade do cuidado. Nossa análise indica que alguns elementos que podem ser considerados avanços na ESF quando em foco o trabalho de outros profissionais, pois indica

o deslizamento de profissionais classicamente fixados ao espaço da instituição de saúde (médicos, odontólogos e enfermeiros) para o território, não tem um significado de avanço na conformação do perfil do ACS, pois tem como efeito sublinhar seu papel de agente de correção.

Acreditando no poder dessa relação, a enfermeira Ana nos fala:

Sempre falo com eles [ACS]: o paciente só vai participar do programa se ele tiver vínculo. Se eu tenho um índice de falta muito grande dos pacientes, por exemplo, da X, é porque os pacientes da X não criam vínculo com ela. Quando eles [usuários] criam vínculo com ACS, ele vai [na unidade] até por respeito. (Ana, enfermeira)

Se a credibilidade depositada no trabalho do ACS, em seu no aspecto formal depende do cumprimento das metas e na demonstração de seus laços (vínculo) com os usuários, que caminhos, não externos ao ACS contribuem para a formação do vínculo?

4.2.3 - Visitas nem sempre domiciliares – a VD de Rua

As distinções que se estabelecem entre o trabalho, tal como previsto em documentos, manuais, normas, ou seja, no universo externo ao trabalhador e o trabalho como de fato ocorre nos contextos concretos em que se realiza, tem sido tema de estudos que focalizam desde espaços fabris até os serviços. Em nossa experiência no campo, uma atividade provocou com mais vigor nossa reflexão sobre estas diferenças e seus significados: a visita domiciliar que acontece na rua.

Com base nos referenciais teóricos da ergologia, o debate sobre o trabalho prescrito e o trabalho real (atividade) tem trazido aportes que balizam estudos nos quais discute-se a renormalização das práticas na ESF (Lacerda, 2010; Bertoncini et al., 2011). Nesse enquadre teórico, todo trabalho conta com um grau de prescrição, que constitui uma antecipação necessária das tarefas e que tem um caráter externo aos trabalhadores. Os objetivos, procedimentos e métodos; normas; meios técnicos; condições temporais; divisão do trabalho e

condições socioeconômicas, são os elementos centrais da prescrição do trabalho (Brito, 2009).

Porém, além dessas normas prescritas, a ergologia amplia essa análise ao tratar do conjunto de normas, chamadas de antecedentes, que também expressam uma antecipação externa, mas que associam-se a processos históricos, coletivos. As normas antecedentes incorporam ao fazer os saberes técnicos, científicos e culturais, os códigos organizacionais ligados à divisão do trabalho (social e sexual) e às relações de poder, portanto são formulações resultantes da interface entre técnicas, conhecimentos e valores sociais (Brito, 2009).

O trabalho concreto, real, é resultado da negociação entre o prescrito, as normas antecedentes e às necessidades percebidas pelos trabalhadores nos contexto local, visto que nenhuma prescrição abarca as situações encontradas no cotidiano.

Ao focar o trabalho do ACS, Lacerda (2010) mostra que as contradições entre o trabalho prescrito e o trabalho real ocorrem em várias direções, sendo possível localizar nos documentos da política, prescrições quanto a atuação do ACS como mobilizador social, ao mesmo tempo que seu trabalho real está organizado subtraindo as possibilidades desse exercício.

Nesse universo no qual existem várias situações elegíveis para diferenciar trabalho prescrito e trabalho real, algumas circunstâncias fizeram com que a VD de rua se destacasse, tornando-se um tema para a nossa análise. O primeiro fator é a frequência com que ocorre. Todas as vezes que acompanhamos VDs, ocorreram VDs na rua. Em segundo lugar, não é uma exclusividade de ACS, os enfermeiros também realizam VDs na rua. Em terceiro lugar, a estabilidade dessa prática já permitiu sua incorporação, ainda que não formalmente, entre os dados de produtividade. Por último, as características dessa prática sugerem que ela deva ser compreendida como parte do trabalho e como tal, discutida em suas singularidades.

Propomos agora sobrepor a essa constatação – a VD de rua como trabalho real – a pergunta quanto a base social que garante a essa categoria de VD

tamanha penetração na estrutura organizativa do trabalho. Retomamos um pensamento sobre o lugar reservado ao senso comum na vida de todos nós. Minayo (2002b), apoiada no pensamento de Gadamer, contesta a desvalorização do senso comum como um juízo leigo em oposição ao conhecimento científico para afirmar que o senso comum, tal com assumido por Gadamer, é uma busca pelo que é plausível e prático, apoiado em vivências e não em fundamentações racionalistas. Em sua dimensão mais positiva o “*senso comum permitiria o deslocamento de uma pessoa para o ponto de vista da outra, ou seja, para uma atitude compreensiva*” (Minayo, 2002b, p.90).

Consideramos essa leitura uma forma de atribuir a VD de rua um outro sentido que não o de arranjo pernicioso da rotina. Ou ainda, mais uma forma de esvaziamento da complexidade do trabalho do ACS. Nesses contatos de VD são acionados a disponibilidade de escuta e, além disso, o reconhecimento de que a realidade no território favorece a reversão dos encontros casuais em situações de trabalho. Nelas o vínculo se fortalece – mediante o reconhecimento da necessidade de atenção do usuário e da disponibilidade do ACS. Outros elementos ajudam a olhar essa VD com cautela, antes de criticá-la. O fato de que a noção de privacidade associada ao espaço domiciliar não ter, nessa realidade, o mesmo alcance que em outras realidades.

Nossa observação de campo nos permitiu ver que os espaço do domicílio dificilmente garante um ambiente de maior reserva para o contato entre ACS e os usuários. Inversamente, é comum que o ACS seja levado para o quintal ou para a porta da casa, em busca dessa privacidade.

O que ocorre nessas VDs, em geral, é semelhante ao que ocorre nas demais: fala-se sobre medicamentos, consultas, exames, contracepção, aleitamento, vacinação, temas do repertório da assistência e da prevenção. São feitas anotações de dados que depois irão integrar o sistema de informações.

Se os ACS se entendem como trabalhadores dos quais se requer “*ser muito humano e gostar de ajudar, gostar de pessoas, gostar de estar conversando e saber do que a pessoa e a família precisa*” (Esther, ACS), a abertura para atender a esse tipo de demanda por atenção também é importante por aludir,

diretamente à implicação da subjetividade desse trabalhador em seu perfil, tão valorizado na história dos ACS e bem expresso como pendor à solidariedade em texto de Nogueira et al. (2000). Em uma leitura atualizada das atribuições desse trabalhador, tal atividade pode ter sintonia com a cultura local e favorecer o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre o profissional e o usuário. Não menos importante, neste cenário é o fato de que tal atividade não é contraditória com a gestão por metas, na medida em que essas VDs podem ser registradas como VD, viabilizando sua contabilização entre as atividades e contribuindo para o alcance das metas.

Todavia, a despeito desse ajustamento da VD de rua ao trabalho real na ESF, preocupa-nos o fato dela não ser identificada como o que ela é, e por isso, torna-se improvável que venha a ser discutida, na sua especificidade, na sua potencialidade, dificuldades e nos seus limites, somando-se a outros assuntos do cotidiano negligenciados na reflexão sobre a organização do trabalho do ACS e suas tecnologias.

4.3 - As Atividades Coletivas - Grupos

Diferentemente de várias ações de assistência, que tem um grau muito elevado de normatização, as ações de educação em saúde que se efetivam a partir de atividades coletivas – grupos – não são objeto de detalhamento na carteira de serviços ou entre os critérios para o pagamento por desempenho.

Na carteira de serviços da APS, a oferta de atividades coletivas consta na parte que dispõe sobre a organização dos serviços. Nesse mesmo documento, a educação em saúde aparece relacionada à atenção ao adulto nos itens em que são especificados os serviços oferecidos. Posteriormente, no ‘capítulo’ sobre os serviços de promoção a saúde, há previsão de atividades de grupo, relacionadas à alimentação saudável e entre as demais ações de promoção consta “práticas educativas, voltadas ao usuário que estimulem a reflexão e a discussão” e ainda “Atividades que fortaleçam vínculos comunitários e familiares” (SMSDC, 2011, p.81).

O documento que orienta o contrato de gestão com as Organizações Sociais da Saúde (OSS) contém um item sobre o pagamento por desempenho, no qual a realização de grupos educativos é um dos critérios adotados. Porém, o indicador é composto contabilizando os grupos que são conduzidos por profissionais de nível superior e técnico, excluindo os realizados somente por ACS.

Na CF Izabel dos Santos eram realizados os seguintes grupos: hipertensão e diabetes, planejamento familiar, plantas medicinais, artesanato e expressão corporal.

Nos grupos cujo foco são as ações de promoção à saúde definidas no escopo dos programas (como hipertensão e diabetes e planejamento familiar), o ACS figura como um auxiliar dos profissionais, organizando as atividades e registrando dados. Nestas situações, embora tenha um papel basicamente burocrático, a presença do ACS com outros profissionais funciona como uma confirmação de sua integração à equipe. Aliás, todos os grupos acontecem nos espaços da unidade. O conteúdo é clínico e epidemiológico, com orientações sobre as práticas individuais de redução de risco à saúde, mas com esclarecimentos, tais como, os processos fisiológicos que tornam o consumo e carboidratos um problema para os portadores de diabetes.

O grupo de plantas medicinais é um espaço de trocas de saberes. Não se trata de apenas trazer conhecimentos, mas também de cultivar um canteiro de plantas. O grupo é orientado por uma profissional do programa de fitoterapia da SMSDC, mas tem um caráter menos prescritivo, no qual as pessoas interagem trazendo seus conhecimentos.

Seguindo linha semelhante, acontece o grupo de artesanato é organizado por uma ACS, que domina e se interessa por técnicas manuais. No grupo, composto somente por mulheres, a dinâmica segue o fluxo dos interesses do coletivo e de cada uma. Embora tenham mulheres que pareçam ter habilidade e talento para múltiplas atividades de artesanato, há espaço para uma alternância de protagonismo.

Para a ACS que organiza o grupo, encontrar essa possibilidade de atuar na saúde, dá um sentido particular ao seu trabalho:

“Me parece que, praticamente, eu me preparei para vir para cá sem saber. Parece que é isso, porque eu fiz, eu justamente tive um tempo para fazer o artesanato, para exercer, só que faltava alguma coisa em que eu pudesse aplicar, até porque eu tinha em mente que o artesanato poderia ajudar as pessoas, mas eu nunca tinha ouvido falar. Foi por instinto mesmo que eu achei, porque aquela coisa de arte manual, aquela coisa toda... uma amiga minha tinha dito que ela fazia caixa, ela pintava caixas e era uma terapia para ela, foi o que curou a insônia dela, aí eu comecei a ver muita coisa, aprender no próprio curso de artesanato.” (ACS ²⁶)

O grupo de artesanato da CF Izabel dos Santos conta com reconhecimento de outros profissionais. Por diversas vezes nos perguntaram se já conhecíamos o grupo, como que indicando essa atividade. Esse reconhecimento tem um efeito na gestão, que redefiniu a meta de VDs para essa ACS, uma vez que ela tem parte de seu tempo comprometido com essa atividade.

Contudo, essa atividade é conduzida com um grau de independência, que por vezes resvala para uma falta de organicidade dentro da unidade. Os materiais utilizados, o espaço para guardá-los, por exemplo, são de responsabilidade do próprio grupo. Ainda que a relação entre essas práticas e produção de saúde seja clara, talvez falte capacidade de gerar evidência, no sentido convencional da ciência, e assim, criam-se obstáculos para que uma unidade de saúde assuma e promova a expansão de formas semelhantes de trabalho em saúde.

Ainda nessa linha de raciocínio, o enfoque atual de APS, bastante imerso o controle de doenças, tem maior capacidade de adotar, por exemplo, grupos de atividade física. Possivelmente conquistarão maior credibilidade pelo sedentarismo ser um fator de risco bem estabelecido para doenças cuja prevenção, encontra-se entre as prioridades definidas.

Entendemos que as atividades coletivas podem ser tomadas como expressão da ambiguidade atual do enfoque de APS em curso. Se por um lado se reconhece e preserva espaço para que ocorram atividades que escapem a lógica biomédica, o empenho volta-se para diversificar as abordagens a partir das quais se implementam atividades claramente filiadas a essa vertente.

²⁶ optamos por suprimir o pseudônimo dessa ACS, pois como é a única ACS que conduz a atividade, estaríamos indiretamente identificando suas falas na pesquisa.

Assim, as atividades coletivas passam a ser estruturadas como uma forma de prestar assistência, por vezes motivada pela possibilidade de ampliar o acesso – via volume de atendimento usuário/hora. Nesse cenário, o trabalho do ACS fica mais deslocado, na medida em que nessas situações seus saberes parecem menos pertinentes e convoca-se apenas sua capacidade de atuar no apoio burocrático.

4.4 - O sistema de informação como direcionador do trabalho.

Desde a sua inauguração a CF Izabel dos Santos utiliza o Vitacare®, um dos sistemas de informação adotados pelo SMSDC-RJ para funcionar como prontuário eletrônico. Corresponde a um sistema informatizado, no qual são incorporados os registros dos diversos tipos de atendimento prestados aos usuários, possibilitando o resgate e a produção de informações bem como a elaboração automática de relatórios. Na CF Izabel dos Santos não se fala em SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica, apenas no Vitacare® é inteiramente compatível com o SIAB.

Atualmente esses registros tem grande importância não apenas pela sua potencialidade de integrar informações relevantes para um cuidado centrado no usuário, mas igualmente por serem os instrumentos prioritários de gestão, desempenhando um papel fundamental nas relações de gestão interna à CF, mas também na gestão que é exercida sobre a CF, pelos outros níveis de poder da SMSDC .

Talvez, por essa unidade ter sido inaugurada utilizando o Vitacare® e por seus ACS não terem exercido essa função ou semelhante em nenhum outro local, a relação com o SI e seus instrumentos não é vista como um elemento a parte, ou burocrático do trabalho. Ao contrário, é algo que diz respeito aos profissionais de todos os níveis e também a gerente, portanto um elemento comum aos trabalhadores na CF.

Em nossa primeira observação de reunião de supervisão, o tema foi o Vitacare®. Os ACS mostraram-se extremamente á vontade para fazer críticas específicas, solicitar ao responsável pela gestão do Vitacare® na CF, que encaminhasse pedidos de alteração do SI e receberam várias explicações, a

partir de reclamações anteriores sobre as modificações já efetivadas e as que ainda estavam sendo aguardadas.

Nesse sentido a relação com o sistema de informação não é passiva, pois suscita reflexões e posicionamentos, embora circunscritos aos elementos diretamente vinculados ao uso e a emissão de relatórios, a partir dos quais são feitas as análises de indicadores de metas. Um exemplo:

A ACS Fernanda solicita uma demonstração do sistema para comprovar que ele é incapaz de subtrair uma gravidez que cujo neném já tinha nascido do total de grávidas de sua microárea, superestimando os casos e as visitas que seriam necessárias. A ACS assinala que isso atrapalha para eles alcançarem a meta e ganharem a variável (valor adicional do sistema de pagamento por performance).

A ACS Esther comenta que seria importante que os ACS pudessem ir a campo usando um *tablet*, assim evitaria o retrabalho – registro nas fichas e posterior digitação. Esse comentário não teve um tom de ‘seria um sonho’, mas sim de uma proposta que consideram pertinente e viável, o que demonstra uma percepção de investimento no de tange a estrutura e condições de trabalho na ESF.

É oportuno pensar que um sistema de informação- SI não consiste apenas em um modo de captar dados e gerar informações. Os sistemas de informação interferem nos processos de trabalho, pelo menos de três modos muito visíveis. O primeiro, relacionado ao conteúdo e a finalidade do trabalho, se expressa pela delimitação de aspectos para os quais deve convergir a atenção do profissional. O sistema de informação instrui o profissional sobre os elementos em torno dos quais ele deverá organizar o seu trabalho, a fim de produzir um determinado dado.

No tópico em que discutimos a visita domiciliar vimos que não há uma linha de fronteira clara entre o ACS como tradutor e o ACS como educador. Uma das direções desse agir como tradutor, recuperando o que já foi anteriormente mencionado, é converter para os termos da ESF e do sistema de informação, o conteúdo de seu contato com o usuário. Os termos utilizados não contem

sentidos amplos, difusos. Os termos pretendem dar conta de um mapeamento social, com categorias bem estabelecidas, (Ficha A de cadastro da família) e clínicos/ epidemiológicos, que correspondem as condições que são monitoradas (as diversas fichas B – menina e menino; gestante, hipertensão, diabetes, TB, hanseníase –; mapa de controle de dengue. ficha de saúde mental e ficha de portador de deficiência).

Para efetivar o estímulo á produção do dado, como todo SI, o Vitacare® faz uso de uma linguagem específica, que atua como uma forma de tradução do trabalho do ACS. Como instrumento de comunicação, a ficha também traduz para o ACS qual é a leitura que realiza sobre o seu trabalho, tornando-se uma explicitação de expectativas. Esse é o segundo modo a partir do qual identificamos a interferências do SI no processo de trabalho.

É importante aqui, considerar o fato de que estes sistemas não são criados e recriados no cotidiano. Eles sofrem correções a partir do uso, mas as linhas gerais e específicas que expressam compreensões sobre o sentido desse trabalho são elaboradas em espaços de poder sobre os quais há pouquíssima capacidade de intervenção dos ACS. Nesse sentido configuram-se como elementos estruturais que definem tendências da atuação dos trabalhadores, recaindo, com maior peso, sobre aqueles com menor autonomia técnica.

O terceiro modo de interferência do SI no processo de trabalho relaciona-se a definição de uma finalidade do trabalho, que passa a ser a digitação das informações no programa, que requer um instrumento, que é o computador. O SI está instalado em todos os computadores e a uma ACS nos diz que é possível usar qualquer um, até mesmo o que fica na sala da gerente, basta estar desocupado. O trabalho realizado equivale ao trabalho registrado no SI. Quando perguntamos a ACS Sofia, qual o elemento mais complexo do trabalho do ACS, ela nos diz:

“você tem a sua meta para bater, aí são só quatro computadores na sala do ACS para poder dividir, entre 24 ACS, para estar lançando as visitas. Aí tem dias que não funciona o computador, aí vai apertando, vai chegando o prazo e sendo mais complicado, porque aí você faz a visita, volta, lança no computador.” (Sofia, ACS)

Indiretamente, o SI acaba tendo um papel pedagógico e seus instrumentos um caráter didático. Pela frequência com que são manipulados atuam fixando, por repetição, informações e, um certo modo de observar e pensar sobre cada situação específica a qual referem-se os instrumentos/fichas (paciente de TB, hipertensão, criança e etc...) e por decorrência um modo do ACS posicionar-se frente as essas usuários.

O valor que o SI pode ter no cenário de construção de concepções sobre o trabalho do ACS, depende do grau em que as questões e compreensões que perpassam o SI se articulam com concepções postas em pauta e em prática, no contexto da ESF em geral, e da CF Izabel dos Santos, em particular, o que pode constituir um objeto de investigação específica.

4.5 - A recomposição do vocabulário na ESF - 'Educação em saúde' expressão em desuso?

No planejamento e desenho dos instrumentos da pesquisa de campo, buscamos definir componentes para observação, e temas para as entrevistas que, potencialmente, explicitassem compreensões sobre o nosso objeto de estudo. Neste sentido, as práticas de educação em saúde foram um elemento central, correlacionados com a avaliação a supervisão e o cotidiano do trabalho do ACS.

No instrumento que orientou as entrevistas com ACS foi incluída uma questão, de um modo geral, apresentada nos seguintes termos: Uma das ações que a gente diz que é parte da rotina do ACS, que estrutura um pouco esse trabalho, é a educação em saúde. Eu queria que você me falasse, sobre o seu jeito fazer educação em saúde.

Seis, dos nove entrevistados responderam a questão apresentando dúvida quanto ao que nos referíamos, ao falar de 'educação em saúde'.

“como assim? Educação em saúde?” “Você pode explicar?” “Educação que você diz, é em escola?” “Você fala assim, em uma orientação em geral da pessoa, na casa dela?”

Nestes casos, entendemos estar diante da dificuldade em estabelecer uma associação direta entre o seu trabalho a expressão 'educação em saúde'. Relacionamos esse dado a possibilidade dessa expressão não ser corrente no vocabulário com o qual se compõem o discurso sobre o trabalho do ACS, no espaço do estudo.

Isto se tornou um dado pertinente à nossa discussão, na medida em que acompanhamos o pensamento que toma a linguagem como um terreno de disputas, como nos diz Figaro (2008) "*a linguagem interessa pelo seu potencial de dar a conhecer como se estabelecem as redes de relações, quais e como circulam valores e os pontos de vista no quais se fundamentam a cultura*"(Figaro, 2008, p.113). Ainda que não tenhamos domínio dos instrumentos da linguística ou das teorias da comunicação para aprofundar a análise desse resultado, achamos possível indicar elementos pra reflexão a partir de considerações sobre o vocabulário adotado entre os ACS da CF Izabel dos Santos, para falar sobre o seu trabalho.

Tomamos como pressuposto a existência de uma diferença entre as ideias subjacentes a essas expressões, em que o para a saúde e o em saúde ou ainda ações de saúde, indicam formas diferentes de posicionar o objeto da educação, sua finalidade e a interação que se estabelece entre profissionais e usuários, quando focalizadas as práticas de educação em saúde.

Com essa perspectiva recuperamos documentos oficiais para mapear a inserção do termo educação como prática aliada à saúde. Documentos da política de saúde da família que tratam diretamente do trabalho do ACS – portarias 1886/97, leis 10507/02 e 11350/06, PNAB de 2006 e de 2011, observamos que a expressão 'educação em saúde' não faz parte dos textos, nos quais a 'educação para a saúde', 'ações educativas'; 'ações de prevenção de doenças' são as que explicitam o componente educativo das atividades do ACS, e que no contexto dessas publicações tem forte vinculação com as doenças. O mesmo ocorre na carteira de serviços da APS da SMSDC-RJ.

Outros documentos oficiais, como as Diretrizes curriculares para o curso técnico de ACS (2004), ou a AMQ e PMAQ, a expressão educação em saúde está presente, apontando para uma vinculação aos referenciais da Educação

Popular em Saúde. Tratam-se de documentos cuja construção tem um arco mais amplo de atores sociais, cujo resultado final possivelmente expressa a correlação de forças presente no campo da educação em saúde de um modo diferente, da que se faz se presente entre os textos que assumem uma face mais normativa, visando a execução das políticas oficiais.

Compreendendo haver uma diferença de ponto de vista ou ainda de valores, subjacentes a essas expressões, acreditamos que a educação em saúde, possibilita uma leitura mais difusa sobre as práticas que se enquadram nesse rótulo. Com base no pensamento de Stotz sobre enfoques da educação(1993) diríamos que objetivos de “compreensão da situação” e estratégias que visam “*compartilhar e explorar crenças e valores*”, ou ainda, o objetivo “*desenvolvimento de consciência social da saúde*” e como estratégia “*desenvolver luta política pela saúde*”, podem remeter a educação em saúde. Por um outro lado, a expressão “*educação para a saúde*” tem um espectro mais restrito, que relacionamos aos objetivos descritos por Stotz de desenvolver “*comportamentos saudáveis*” aliada a estratégia “*prevenir doenças pelo comportamento*” (Stotz, 1993). De acordo com a categorização que fizemos no capítulo I, os sentidos de agente de correção e efetivação seriam os que predominam neste tipo trabalho educativo.

No campo, nos percebemos não apenas diante da ausência da expressão educação em saúde, mas de uma recomposição desse vocabulário sobre o trabalho, no qual termos como avaliação, prioridades, metas, redução de risco, grupos de risco, são usados com fluência pelos ACS.

Quando conversamos com Rafael sobre as práticas de educação em saúde, na entrevista, ele nos disse o seguinte:

“uma gestante chega para mim e faz uma pergunta pertinente à, vamos supor, aleitamento materno. Eu vou procurar esclarecer aquela dúvida. Caso eu não saiba, eu vou me reportar à enfermeira ou à médica, só que normalmente _ um exemplo _ a pessoa chega e está com um exame alterado, passou pela médica, depois foi para casa aí esqueceu a orientação de alimentação saudável, a gente fala, o que tem que evitar, se a pessoa ela é hipertensa, tem que evitar fumar, não pode beber, cortar frituras. Se a pessoa é diabética, evitar comer doces” (Rafael, ACS).

A ACS Nina, uma das pessoas que falou imediatamente a partir da apresentação de nossa questão, prontamente estabelecendo uma relação entre educação em saúde e o seu cotidiano de trabalho, faz uma distinção do seu modo de dirigir-se aos usuários, mas demonstrando a força do agir corretivo, assumido na sua prática.

“eu costumo olhar muito nas minhas casas se tem focos de dengue, então “dona Maria, a senhora está cansada de saber que o pratinho não pode ficar com água! porque o pratinho está com água dona Maria?”(Nina, ACS)

Quando identifica uma situação de menor intimidade entre ela e o usuário, sua fala ganha mais formalidade.

“Seu João, aquele pratinho ali tem foco de dengue, não pode ficar daquele jeito, senão, o senhor ou alguém da sua família pode contrair a doença, por uma falta de cuidado de vocês mesmo” (Nina, ACS)

No Realismo Crítico a análise do discurso parte da premissa de que desconstrução ideológica de textos, ganha potencial de interferir no desvelamento e na superação de relações de dominação, dado que a linguagem é um prática social (Resende, 2008). Para Marcondes (2005) uma análise crítica do discurso permite pensar sobre o funcionamento ideológico, que ganha vigor no momento em que “decisões devem ser tomadas, em que a falta de clareza cria impasses, em que conflitos entre visões de mundo se estabelecem” (Marcondes, 2005, p. 9).

Para Peres et al. (2011) “*a linguagem comum é uma forma de retratar a integração da equipe [da ESF estudada], em conjunto com objetivos, propostas, e até mesmo, cultura comuns, culminando num projeto assistencial comum, construído pela estreita relação entre as intervenções técnica e comunicação dos profissionais*” (Peres et al., 2011, p.908). Nossa indagação é movida pela preocupação quanto ao fato de que o exercício de um discurso sobre o trabalho dos ACS, no qual a ideia de educar para a saúde, prevenir, doenças, reduzir risco, além de criar entre os falantes um espaço comum de trocas e reconhecimento, como um código profissional, funcionaria como uma reafirmação de um suposto consenso em torno das finalidades do trabalho e do papel social do ACS.

Acreditamos que o discurso pode operar como mais uma instância na qual é forjada uma compreensão sobre esse trabalho em que se dilui a tensão relativa às várias possibilidades de atuar na interface entre educação e saúde, para restaurar a tradição normativa da educação sanitária, porém revisitada.

4.6 - Sobre o trabalho em equipe

Nos documentos da política nacional de atenção básica de 2006 e 2011 (portarias 648 de 2006 e 2488 de 2011) o trabalho em equipe está inserido entre os princípios e diretrizes da atenção básica. A ideia de que o trabalho na ESF se estrutura a partir de equipes é reiterada em diversos momentos desses documentos, por exemplo, quando trata da educação permanente. O trabalho em equipe aparece vinculado à concepção de equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A normatização quanto à composição das equipes aponta como itens necessário a ESF “existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal” (Brasil, 2011).

Esses elementos da norma dão conta da composição formal das equipes, compreendida como “conjunto de pessoas que se ocupam da realização de um trabalho comum” (Houaiss, 2001, p. 1185).

A discussão sobre a composição profissional na APS, trazida por Barbara Starfield (2002) no livro *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, editado e disponibilizado pelo MS, está centrada na questão médico generalista *versus* especialistas. A alternativa de compor uma equipe, com profissionais *não médicos* é referida como:

“algumas situações principalmente nas nações em desenvolvimento, frequentemente os prestadores de atenção primária não são médicos. Eles podem ser enfermeiros trabalhando na comunidade ou farmacêuticos ou pessoal treinado especificamente para um papel que não exige uma educação médica tradicional. (...) Em nações industrializadas, o pessoal não médico não desempenha um papel significativo na prestação da atenção primária.” (Starfield, 2002, p.161)

Valorizamos esse extrato do texto por tratar-se de uma autora e obra de referência, cujo pensamento mostra que adotar a equipe multiprofissional e sobretudo, fazê-lo por uma concepção de fortalecimento da integralidade, requer um deslocamento frente a pensamentos potentes no cenário de debates sobre o enfoque da APS.

Indo além do aspecto formal da composição da equipe multiprofissional, a Carteira de serviços da APS sentencia:

“O processo de trabalho deve ser organizado de forma a haver integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais. (...) Não existe hierarquia na equipe, mas a supervisão e a coordenação da equipe deve ficar sob responsabilidade do médico e do enfermeiro.” (SMSDC, 2010, p.10).

Ao posicionar-se nesses temas, a SMSDC aborda dois aspectos fundamentais no que tange ao trabalho em equipe: a integração e a hierarquização.

Em nosso trabalho de campo, observamos que diversos elementos apontavam para a produção de uma identidade de composição de equipe. Salas separadas por equipes, painéis com fotos dos integrantes de cada equipe, guichês por equipes, sistema de informação com entradas de solicitação de relatórios por equipes, são alguns exemplos. Além desses elementos mais estanques, existem as reuniões gerais e reuniões por equipes, que é mais uma oportunidade de colocar em ação dispositivos de interação e discussão das questões relevantes para o trabalho na ESF.

Em 2004, participamos de uma investigação, na qual os ACS falavam de uma “EUquipe” neologismo criado para narrar seu sentimento de isolamento. Na presente pesquisa, marcados por essa experiência anterior, mas atentos às diferenças que estavam sendo delineadas no projeto de saúde da família da SMSDC e da CF Izabel dos Santos, abordamos nas entrevistas a percepção

sobre o pertencimento ou não à uma equipe. As falas reiteravam esse sentimento de pertencimento. Curiosamente, os ACS de diferentes equipes não apenas a valorizavam sua inserção na equipe, mas, por vezes, manifestavam a superioridade de sua equipe, frente a outras. Registra-se aqui que esta leitura de superioridade não diz respeito à competência ou produtividade, mas aos laços de apoio entre seus membros dentro de cada equipe.

Sobre a equipe que integra, a ACS Ester, nos diz:

“Maravilhosa, não queria estar em outra, não queria estar, desde quando começou, todas se adoram, a gente briga entre a gente, mas a gente vê até que as outras equipes, isso é normal, mas assim, a nossa, nós sempre fomos unidos, sempre. Sempre buscamos conversar um com o outro, a médica, a enfermeira, as duas, nossa! Elas combinam, não precisava outra parceria, eu acho que também começa aí, quando uma fecha com a outra direitinho [médica e enfermeira] então os agentes vão junto, então nós formamos uma equipe mesmo, isso é certo.” (Ester, ACS)

Integrante de uma outra equipe, o ACS Castanha comenta:

“Não é para me gabar não, mas eu acho que trabalho na melhor equipe da clínica, a equipe Polônia é realmente... já tivemos problemas relacionados a trabalho, mas tudo em prol de melhorar a equipe, todos foram para melhorar a equipe, mas o nosso ambiente de trabalho, não sei se a gente deu sorte, papai do céu olhou pela gente, mas é muito boa, muito boa mesmo”. (Castanha, ACS)

O que se tornou acessível a nós, a partir desses depoimentos, é uma análise que Peduzzi (2001) assinala como referidas à psicologia, que evidencia as relações interpessoais e os processos subjetivos na compreensão dos mecanismos que sustentam o trabalho em equipe. Peres et al (2011) já haviam sinalizado que a dimensão das relações interpessoais eram consideradas um elemento facilitador do trabalho em equipe pelos ACS entrevistados.

Peduzzi (2001) criou uma tipologia para tratar do trabalho em equipe, na qual distingue duas noções: equipe como agrupamento e equipe como integração do trabalho. Em ambas, a comunicação é um denominador comum. Na equipe como agrupamento, a característica básica é a justaposição de ações e o agrupamento de agentes, enquanto na equipe como integração existe uma articulação das ações e interação dos agentes.

Aceitando a tipologia proposta por Peduzzi (2001), a articulação das ações e a interação dos agentes no contexto de estudo é altamente prejudicada pelo fato de os ACS serem trabalhadores da saúde ainda não valorizados socialmente como profissionais da área. A falta de formação na área da saúde é um elemento crucial desse não reconhecimento. Sobre isso, a enfermeira Luiza fala:

“Eu acho que falta um curso que capacite melhor eles. Eles fazem um curso muito curto com pouca coisa das questões de saúde. Então assim, eles têm dúvidas em relação à saúde deles. Então como vai fazer com a saúde do outro? O curso deles é um curso muito superficial, então assim... **na verdade eles não são profissionais de saúde, eles trabalham na saúde...** não são capacitados como tal e nem reconhecidos como tal. Eles mesmos falam aqui, que dentro da unidade, eles são o resto.” (Luiza, enfermeira)

À carência de formação se superpõe a reiterada subordinação dos trabalhadores e do trabalho atribuído a cada profissional, pois como afirma Peduzzi (2001):

“Todos partilham o valor comum atribuído ao modelo biomédico, deixando para segundo plano os saberes e as ações de outros âmbitos da produção do cuidado, tais como educativo, preventivo, psicossocial, comunicacional, que aparecem como periféricos ao trabalho nuclear – a assistência médica individual.” (Peduzzi, 2001, p.107)

Contudo, existiria uma brecha na ESF para uma maior valorização do trabalho do ACS, e por consequência sua integração na equipe, pois esse trabalhador contém saberes que são percebidos como fundamentais para o trabalho dos outros profissionais. A enfermeira Luiza nos conta sobre seu ingresso na ESF:

“Eles [ACS] é que me ensinaram a lidar com a população. Eu trabalhava no hospital, sempre trabalhei em hospital. Eles me ensinaram como fazer para poder conseguir que a população entenda o que eu quero, a vinda deles ao programa... para estabelecer um vínculo comigo e com eles também.” (Luiza, enfermeira)

Nossa observação nos sinalizou uma situação concreta, não institucionalizada, com capacidade de estabelecer os laços na equipe, por meio da troca de saberes. Tratam-se dos espaços percorridos nas VDs, juntos, por ACS e outros

profissionais. No território, nos momentos entre uma casa e outra, ou mesmo uma VD de rua e outra VD, a conversa flui e acontecem trocas mais espontâneas, em que são debatidas impressões sobre a VD, as situações em foco, ou sobre os aspectos diretos do trabalho.

Outro aspecto referente à relação gestão/equipe é uma sutil competitividade velada, além do sentimento de pertencimento à equipe. A ACS Sofia relata:

“Sempre é falado para gente que não somos quatro equipes, Polônia, Engenho, Céu Azul e Dois de Maio e sim uma equipe só, a equipe Isabel dos Santos. Sendo que isso na prática não existe.” (Sofia, ACS)

Para a enfermeira Luiza, “tem uma estratégia de gestão, exercida pela Organização Social, que fomenta a competitividade entre as equipes”. O que foi possível captar no âmbito desse estudo é que a gestão, fortemente baseada no alcance de metas de alguns indicadores, tem como unidade de análise a CF como um todo, e as equipes especificamente, com a emissão de relatórios particulares. O sistema de pagamento por desempenho, por exemplo, funciona fazendo distinção entre equipes.

Outra questão já observada em pesquisa de Lacerda (2010) é uma separação entre equipe técnica e demais trabalhadores, particularmente ACS e agentes de endemias. Lacerda alerta que essa terminologia não está presente nos documentos da política, mas é uma expressão simbólica e concreta da divisão social do trabalho (Lacerda, 2010, p.116). Sobre rotinas de discussão a enfermeira Claudia, nos fala:

“A equipe técnica tem que estar coesa, para passar os fluxos para os subordinados. Por isso tem uma pauta da equipe técnica. A equipe técnica é compreendida por: médicos, enfermeiros, técnicos, a gerente. Para depois direcionar para os agentes”. (Claudia, enfermeira)

Tal hierarquização se coloca em sentido oposto a composição de equipe na perspectiva da integralidade e da valorização do ACS como profissional. Quando, em entrevista, perguntamos à ACS Nina sobre as formas de valorização do trabalho do ACS, ela nos diz:

“Eu acho que, talvez é entender que a gente precisa participar de absolutamente tudo, tudo, entendeu? Todas as decisões que são tomadas

elas tem que ser tomadas não só com a equipe técnica, o que precisar mudar na nossa rotina, tem que chamar a gente e perguntar o que a gente acha, eu acho que isso faz toda a diferença.” (Nina, ACS)

A síntese de nossa reflexão sobre o trabalho em equipe aponta em algumas direções. Em primeiro lugar a consideração de que, no campo de estudo, foi possível identificar a composição de equipes que incluem o ACS, diferentemente do observado em nossas experiências anteriores. Contudo, esse é um passo necessário, mas que não equaciona a questão da hierarquização do trabalho, que por sua vez não se estabelece ou retrocede.

Em outras palavras, ainda que o *projeto* enuncie uma ruptura com a perspectiva de hierarquização, os *processos* atuam em dupla-face, ora reiterando as divisões sociais que fortalecem a hierarquização, na linguagem, nas consultas, nos grupos, ora adotando formas de relacionamento interpessoal que diluem esse caráter hierárquico do trabalho.

Para que o trabalho se efetive como ‘em equipe’ é necessário que os profissionais disponham de graus de autonomia técnica e que ocorra uma integração de projetos de trabalho. Isto requer uma interferência em processos que estabelecem para o trabalhador de nível médio em geral, e para o ACS em particular, um lugar de subalternidade e desprestígio na divisão social do trabalho. Por isso, são fundamentais os mecanismos que possam se contrapor a essa processo, promovendo a autoridade técnica, que é uma condição para a autonomia (Peduzzi, 2001). Nesse caso a educação formal consistente é o principal instrumento, e como tal tem que fazer parte do horizonte mais imediato das propostas de gestão do trabalho.

Em outro sentido, congruente com o que apontamos anteriormente, devem ser expandidos os espaços institucionalizados no cotidiano, que possibilitem a interação a partir das experiências que emergem do trabalho, colocando em discussão os enfoques e contribuições os conhecimentos de cada área e de cada profissional na elaboração e planos de ação individual e coletiva.

Capítulo 5 – Avaliação, supervisão e inflexões sobre o trabalho do ACS

A literatura costuma apresentar distinções entre as abordagens de avaliação em função dos objetos aos quais se dirigem (*tecnologias, intervenções, políticas, serviços, estabelecimentos e políticas*) (Cruz e Santos, 2007, p. 269).

No contexto de nosso estudo, a distinção que vale a pena ser considerada é aquela que diferencia a avaliação normativa da pesquisa avaliativa. A primeira orienta-se para a descrição do alcance dos objetivos estabelecidos pelos programas. A pesquisa avaliativa busca incorporar a complexidade das intervenções na saúde e explicá-las, dando maior densidade ao julgamento que ambas propõem-se sintetizar.

Na ESF, um grande esforço tem sido empreendido para realizar avaliações normativas com características de monitoramento das metas, definidas no desenho normativo da ESF e revisadas em nível local. 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).

Para colocarmos em análise os diversos pontos de interface direta entre avaliação e o trabalho do ACS, formulamos as seguintes questões:

O que as práticas e os discursos sobre avaliação na CF Izabel dos Santos, nos permite compreender sobre:

Sua própria inserção no fluxo do trabalho na ESF;

Suas estratégias de operacionalização e aceitação no lócus do estudo;

Suas inflexões sobre o delineamento do perfil de atuação do ACS e de sua prática cotidiana.

5.1 - A avaliação no fluxo de trabalho na CF Izabel dos Santos

Vamos iniciar esse tópico retomando dados do contexto da ESF no município do Rio de Janeiro. A partir de 2009, foi posto em curso o que a SMSDC-RJ denomina de Reforma da Atenção Primária, que integra o acordo desta secretaria de saúde com a casa civil da prefeitura do município. Nessa concepção de reforma, a APS assume o lugar de ordenadora da atenção. Alguns objetivos norteadores são: a expansão da cobertura de 3% para 40% da população até final de 2012 (no momento da coleta desses dados, em outubro de 2012, a APS apresentava cobertura de 38%), aumento e reforma de unidades básicas ampliando o número 70 para 130 (em 2012). Para 2016, a meta de cobertura da APS é de 70% da população.

Do ponto de vista da gestão, foi adotado o modelo de Organização Social da Saúde (OSS). A adoção do modelo significa a terceirização da gerência das unidades, por entidades privadas, não lucrativas. A contratação é mediada por um instrumento jurídico, o contrato de gestão, que estabelece as metas a serem alcançadas (contratualização de metas). No município do Rio de Janeiro, cinco OSS assumem a gerência das 130 unidades básicas (Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde – Fiotec); Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (IABAS); Instituto Social Fibra; Viva Comunidade e a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM. Dentre as estratégias de gestão recentemente incorporadas está o pagamento por performance, que estabelece incentivos financeiros relativamente ao alcance de metas definidas no contrato.

Esse desenho sumário do contexto marca a sinergia que se estabeleceu 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. Tem

uma avaliação desse caminhar com os indicadores de saúde. (...) 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 desdobre uma serie de indicadores para as equipes, lá na ponta. O indicador que aparece para as equipes é o pré-natal completo com VDRL realizado. Tem que captar a gestante no primeiro trimestre e realizar todos os exames. E registrar no prontuário eletrônico. Outro exemplo. Redução da mortalidade infantil. A pergunta é: que ações são importantes para reduzir? A VD do ACS é muito importante. Ainda tem, hoje, muitas crianças que morrem por falta de uma orientação melhor.” (Gestor)

O contexto apresentado e a fala do gestor apontam para uma adesão aos preceitos da reforma que foi posta em curso na saúde e na qual podemos destacar: a flexibilidade gerencial e a separação entre financiamento e provisão Bengoa (2001) em seminário sobre o tema organizado pelo MS esclarece:

“Quando se separa o financiamento da provisão, parte-se para algum tipo de modelo organizativo no qual o nível central normalmente é o financiador. Pode ser um Ministério ou o Estado. O papel que assume o financiador nessa separação de financiamento e provisão é fundamental. Seja o Ministério ou o Estado que desempenhe a função de financiamento e regulação, organiza-se algum tipo de agência de contratação [no caso as OSS]. É uma organização para realizar contratações, que normalmente não existe em nossas administrações (...)Os provedores são os centros de saúde, os hospitais, sejam públicos ou privados.” (Bengoa, 2001, p.24).

A ingresso das OSS combinada as formas de gestão financeira e de gestão 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 e Dal Poz, 1998), são expressões do modo como a reforma administrativa foi incorporada..

As opções assumidas pelos níveis centrais do poder podem conquistar maior ou menor aceitação na ponta, e mesmo nos serviços, os diferentes atores podem posicionar-se de modos distintos quanto a essas formas de gestão e sua repercussão no cotidiano.

Em nossas observações e entrevistas, percebemos um desconforto particular com a intermediação das OSS na contratação dos trabalhadores. Em nossa conversa com a ACS Júlia, quando indagamos sobre as necessidades que ela percebe a respeito do trabalho dos ACS, ela nos fala:

“Em primeiro lugar, que nós fôssemos efetivados pela prefeitura, porque se nós carregamos o símbolo da prefeitura para fazer o atendimento aos

nossos pacientes, porque nós não somos funcionários da prefeitura? Porque nós somos funcionários simplesmente de uma OS? A prefeitura não tem conhecimento nenhum da nossa existência, ela sabe que existe uma OSS” (Julia, ACS).

Para a enfermeira Luiza, esse conjunto de características da gestão na APS dá 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 instabilidade, a fragmentação dos coletivos e a competição entre os trabalhadores, é destacada por Druck (2013) como conteúdos da precarização do trabalho, que atinge a todos os trabalhadores. No tempo em que permanecemos na unidade, por diversas vezes vários ACS perguntaram nossa opinião sobre as chances da prefeitura vir a contratá-los. Isso indicaria que a temática merece ser abordada de modo mais detido. Entendemos que isso abriria uma nova frente de discussão, e além disso, não havíamos contemplado esse tema no projeto e nos instrumentos aprovados pelos comitês de ética, o que inviabilizou sua inclusão naquele momento.

A crítica dos trabalhadores à inclusão das OSS na gestão, demonstra que nem todas as determinações politicamente definidas, quando operacionalizadas encontram, no cotidiano, pouca resistência por parte dos profissionais.

Porém, a questão do monitoramento das metas de realização de VD encontra entre os ACS uma acomodação maior. As críticas são quanto a 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 cobrarem porque realmente é o nosso trabalho, porque senão, não funciona a estratégia, porque a gente trabalha com prevenção, então eles

sempre pedem o acompanhamentos das gestantes, das crianças, dos hipertensos, diabéticos, dos acamados, isso é sempre pauta de reunião, e a meta de 144 VDS.” (Rafael, ACS)

“eu estou fazendo acompanhamento de bolsa família, estou o dia inteiro na clínica, mas eu tenho que bater a minha meta, eu acho que isso poderia ser olhado “poxa, ela não bateu a meta esse mês”, claro que não uma coisa muito exorbitante,(...) então eu acho que o trabalho em um todo, não só o que eu faço fora, mas o que eu me comprometo a fazer dentro da clínica.” (Nina, ACS)

“Tem metas, deveriam existir entre aspas, porque dizem que a gente é respaldado em não cumprir a meta quando tem um curso, mas como é que a gente vai provar que está tendo operação dentro da comunidade?” (Iole, ACS)

“A minha meta são 144 visitas por mês. (...) é boa, eu não acho difícil de cumprir não.” (Vera, 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 se refere 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, esta aceitação não tem unanimidade, e a crítica formulada por esta profissional também se constitui por comparação com outras experiências de trabalho.

Os ACS da CF Izabel dos Santos tem seu ingresso na ESF nesse modelo. E há um nível elevado de reconhecimento do valor da saúde da família, portanto eles se sentem parte de um projeto institucional que mobiliza um compromisso autêntico. Destacamos algumas falas feitas nas entrevistas sobre seus olhares 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)

“É uma ideia que eu abracei e que eu estou pedindo a Deus para que dê certo porque está beneficiando muita gente. Quando eu vejo a quantidade de idosos que vem aqui pra fazer o grupo de artesanato, a terapia de dança. Então nós vemos que está sendo uma boa você fazer esse tipo de atendimento”. (Julia, ACS)

“eu acho, com certeza, bom. Traz muito benefício. Não só a clinica da saúde da família, mas também a UPA. Antigamente a gente ficava rodando, ia pro Meier, não conseguia... agora aqui na CF e na UPA têm bons profissionais, têm pessoas capacitadas para atender”. (Vera, ACS).

Algumas características do monitoramento de resultados/metapactadas na CF Izabel dos Santos 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; b) associa-se explicitamente com as prioridades que, como vimos anteriormente (cap.IV) são informalmente validadas pelos ACS; c) elementos que organizam o trabalho, como o prontuário eletrônico, estão igualmente sintonizados com a produção de informação nesta 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 da penosidades do trabalho, a qual 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 Izabel dos Santos, 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.

5.2 - 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 e Estados Unidos, Alemanha e Austrália, por exemplo). Tratam-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 e 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 e Sousa, 2011).

Sua inserção entre as estratégias de gestão de políticas públicas tem como referência a associação entre as medidas de performance e a gestão por metas, uma diretriz bastante estável na administração em geral 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 – sempre relacionadas ao indicadores obtidos – que

incluem: efeitos sobre a reputação dos gerentes dos serviços²⁷ (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 (para o qual se adotou a sigla em inglês P4p) vem sendo implantado na APS desde 2011, mas nas CF da AP 3.2 no momento do levantamento desses dados, nenhuma equipe da área havia recebido incentivos financeiros em virtude da aplicação desse sistema.

O sistema proposto para as unidades da APS do município do Rio de Janeiro tem como base a experiência portuguesa (SMSDC, 2013 – anexo técnico B do contrato de gestão). Nesse documento, os argumentos a favor do modelo acompanham a discussão internacional sobre a indução de boas práticas e melhora da qualidade e acrescenta a perspectiva de fortalecimento da monitorização.

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 1, variável 2 e variável 3 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 é efetivado pela OSS. Não está prevista nenhuma forma de sanção.

Algumas características que achamos pertinentes destacar estão sumarizadas no quadro III.

²⁷ Em mais de um texto observamos que há uma preocupação particular em torno da situação dos gerentes, tanto no que diz respeito ao modo como esses sistemas podem afetar sua posição, quanto sobre os procedimentos que podem ser adotados pelas gerências para ficarem bem posicionados no ranking que, direta ou indiretamente, resulta desses sistemas. Resumindo em uma questão, a preocupação seria: como essas tecnologias de gestão afetam os gestores e as práticas de gestão?

Quadro III Características do sistema de pagamento por performance adotado pela Secretaria Municipal de Saúde 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 <i>amenidades</i> 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 vinculam-se 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”	<p>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.</p> <p>Se uma equipe não cumprir as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe os recursos.</p>	<p>O cumprimento de metas é avaliado segundo cada equipe. Todos os membros de uma equipe recebem a mesma quantidade de unidades contábeis.</p> <p>Dependendo dos resultados de desempenho, o número de unidades contábeis –UC, varia de equipe para equipe.</p>
-------------	---	--	---

Fonte: quadro composto a partir de dados obtidos no contrato de gestão entre OSS e SMSDC.

Os indicadores são, todos, gerados a partir do prontuário eletrônico (sistemas de informação utilizados nas unidades). Na CF Izabel dos Santos o SI é o Vitacare®. Nesse processo, indiscutivelmente, o próprio sistema tem um poder, pois é a partir de seus relatórios que se constrói o primeiro e mais importante, gerencialmente falando, relato sobre o trabalho na clínica. Insistimos na ideia de que essa é uma forma de falar do trabalho, pois é igualmente relevante tratar do aspecto reducionista do sistema.

Neste 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 do processo de monitoramento. Extrair relatórios que contenham indicativos para uma abordagem mais complexa das situações monitoradas é possível,

entretanto sua análise e discussão nas equipes ainda parece pouco provável na atual dinâmica dos serviços. Neste sentido, o peso atribuído às informações decorrentes do monitoramento acabam por expressar características mais reducionistas no que diz respeito a complexidade das atividades – e não da importância das questões em análise.

Quanto ao cálculo do montante de recursos financeiros a serem repassados em cada situação, observamos que em qualquer sistema de pagamento por desempenho existem cálculos diversos relativos aos níveis de alcance de metas e os indicadores definidos para acompanhamento e a distribuição relativa de recursos. O mesmo podemos dizer sobre o número de indicadores e as áreas que lhes dão origem, que pode variar bastante – na Inglaterra, por exemplo, na APS, para os anos de 2009/2010 foi aprovado um painel de 150 indicadores. O volume mais ou menos dilatado de indicadores e as áreas aos quais se relacionam pode ser associado a uma perspectiva mais estreita ou ampliada do cuidado (Melo e Souza, 2011). No município do Rio de Janeiro, os indicadores ligados ao trabalho das equipes - variável 3, 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 2), se uma equipe não cumpre as metas dessa variável, nenhuma equipe da mesma unidade recebe o recursos. Isso em tese promoveria um apoio mútuo, por fixar um objetivo comum. Contudo, estabeleceria como requisito uma equidade de condições entre as equipes, o que é difícil de proporcionar dada a desigualdade no território, que leva a graus diferentes de necessidade da população de acessos serviços. Pode acontecer, como no campo de estudo, que a área na qual a população enfrenta maiores dificuldades sócio-econômicas é a mesma, não coincidentemente, cuja equipe tinha maior alternância de profissionais, em particular médico. É pertinente pensar na hipótese de que, se esse dispositivo de remuneração não promover uma solidariedade entre equipes, pode produzir dissenso interno, por culpabilização de uma equipe, ou mesmo de indivíduos, diante do fracasso no alcance de

metas. Entretanto, registramos que do contexto de estudo não emergem dados que possamos analisar sobre o tema, na medida em que esse sistema não é suficientemente conhecido pelos profissionais.

No que diz respeito aos recursos repassados como remuneração aos profissionais pelo alcance de metas das equipes- variável 3, pode-se dizer que diversos dentre os sentidos que destacamos como fortes vertentes do trabalho do ACS (agente de tradução, correção, conexão, efetivação e mobilização) são os três primeiros os mais demandados e, portanto, valorizados, a partir desse sistemas.

Nossa análise, neste sentido, é a de que os blocos de indicadores definidos pautam-se por uma prática em que se mesclam acompanhamento clínico/realização de procedimentos clínicos/vigilância. O ACS tem um papel fundamental: na tradução dos valores e conhecimentos que cercam as áreas da qual emergem os indicadores para o universo dos usuários e na alimentação dos sistemas de informação (agente de tradução); 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 (agente de correção); na captação e efetivação do ingresso desse usuários na CF, viabilizando a efetivação de procedimentos (agente de conexão).

Um resumo das reflexões apresentadas em torno do pagamento por performance, pauta-se mais por preocupações sobre as repercussões desse sistema, do que por um otimismo quanto ao seu potencial de qualificar a atenção e o trabalho do ACS em particular.

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. Era para acontecer naturalmente, mas em sistema nenhum do mundo acontece naturalmente. Se essas metas são boas, válidas, elas induzem cobranças mútuas.” (Gestor).

Na medida em que os relatórios nos quais se baseiam a análise do pagamento por performance 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 que ele pode dar origem, vão se configurar como formas políticas em que a avaliação se converta em instrumento para realizar propósitos dos trabalhadores, (ainda que pontualmente ligados às atividades), é uma hipótese a ser futuramente analisada.

A adesão de uma CF a PMAQ é um elemento que gera, automaticamente, um número de unidades contábeis para o sistema de pagamento por performance - P4p pela SMSDC. 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 patente a relação entre as prioridades da carteira de serviços da APS / indicadores do sistema de P4p / indicadores da PMAQ, sendo esse último um conjunto bem maior, numérica e qualitativamente falando. A PMAQ, pretende interferir na qualidade, valorizando práticas e, portanto, propondo indicadores que preservam 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 Izabel dos Santos era recente, a partir da entrevista com gestores percebemos que o PMAQ 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 é uma novidade. Eu acho importante, porque faz agente pensar sobre o que está sendo desenvolvido, o trabalho, o que

estamos atingindo, o que não está sendo e o porquê... ajuda a traçar processos para melhorar nosso trabalho (...). Estimula a gente a buscar a melhoria da qualidade (...). 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 de P4p quanto da PMAQ, para termos dados que subsidiem uma discussão consistente sobre suas repercussões. Será importante interrogarmos seus efeitos sobre não somente nos indicadores priorizados nessas lógicas, mas também sobre as diversas dimensões dos processos de trabalho, bem como sobre os trabalhadores.

5.3 - 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, não é a única forma pela qual a lógica da avaliação é captada entre os ACS.

Estudos de satisfação do usuário são realizados pela SMSDC na rede de AB, mas, no momento da pesquisa nenhum tinha ocorrido na CF Izabel dos Santos. Contudo, os ACS identificam a manifestação de opinião do usuário em determinados espaços institucionais como um modo de avaliação do trabalho. Isso não se dá de modo sistemático e com critérios não 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 deste modo de colocar em discussão seu trabalho junto às instâncias de poder – supervisora, gerente, coordenação da CAP 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 a avaliação do trabalho.

“através do trabalho com os pacientes. Os pacientes demonstram quando não estão satisfeitos e isso faz com que a gente fique mais comprometido com o atendimento que nós fazemos (...) [sobre os pacientes] Eles falam com médico, com enfermeiro. Até mesmo com a ouvidoria.” (Júlia, ACS)

“O mais importante para mim, não sei na opinião da unidade, na opinião da chefia, pra mim, é a avaliação do meu usuário, esse é o mais importante para mim, que eu sei que se o usuário estiver satisfeito eu estou trabalhando bem.” (Castanha, 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 se faz (...) Y [gerente] é uma pessoa de muito fácil acesso para todos os pacientes, ela escuta, ela gosta muito de escutar. Em determinado momento, não tinha técnico suficiente na clínica, ela ficava fazendo curativo, ela como gerente. Então, ela é bem de fácil acesso mesmo, tanto para paciente como para a gente.” (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)

No Brasil, a incorporação da satisfação do usuário como uma base de estudos de avaliação, ocorre a partir da década de 1990 e é concomitante ao fortalecimento do controle social no SUS. 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 (Esperidião e 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 (Esperidião e Trad, 2005). Existem vários modelos que buscam identificar os elementos que compõem a percepção de satisfação do usuário, e assim contribuem para compreender o que é mobilizado quando o usuário vê requisitado seu senso de julgamento sobre o serviço.

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” que combinam o “ideal de serviço, uma noção de serviço merecido; uma média da experiência passada em serviços similares; e um nível subjetivo mínimo da qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável (Espiridião e Trad, 2005,p.1270). Embora tenhamos assinalado que não foram feitos estudos de avaliação de satisfação,

supomos uma interface entre características das pesquisas de satisfação e da avaliação, que se difunde a partir dos canais viabilizados na CF.

Ao se estabelecer um fluxo formal para os conteúdos apresentados nas ouvidorias²⁸, é reforçado seu caráter avaliativo. A partir dos depoimentos coletados, no que diz respeito ao trabalho do ACS, nos parece que o conteúdo das ouvidorias tem um foco bastante individualizador do trabalho. Neste 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, o que no caso do ACS, visto o lugar que ocupam na hierarquia profissional do serviço e pela baixa estabilidade agregada ao seu cargo, pode vir a atuar gerando uma sobrecarga, um fator de desgaste psíquico do trabalhador.

Não obstante acharmos essas reflexões pertinentes, não foi isso que os ACS destacaram em seus depoimentos. No horizonte desses trabalhadores sobressai a valorização da opinião do usuário no julgamento de seu trabalho. Isso aponta para algumas especificidades deste trabalhador e de seu trabalho 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 e LANCMAN, 2009, p.128). A valorização da opinião do usuário como

²⁸ A ouvidoria da OSS funciona do seguinte modo: na entrada da CF existe um display com formulários para que o usuário registre seu comentário (reclamação, elogio, sugestão) e deposite na urna, também localizada na entrada. Esses formulários são recolhidos pelo representante da OS e, posteriormente, repassados para a coordenação da AP, que conta com uma pessoa responsável pela análise e consolidação. A questão é encaminhada ao gerente da CF, que se pronuncia sobre o assunto e remete para a OSS. Os dados referentes à ouvidoria constam do relatório de gestão da OSS. De acordo com as informações coletadas na pesquisa, essa forma de ouvidoria é pouco utilizada. A mais comum é o sistema (telefone ou internet) disponibilizado pela prefeitura, que quando diz respeito a ESF, segue o seguinte fluxo: Subpav, Coordenação de AP, gerência da CF, equipe ou profissional e retorno da resposta, por escrito.

forma de avaliação /juízo de seu trabalho, pode ter relação com essa especificidade do trabalho – depender de seu reconhecimento profissional para o exercício de suas atividades cotidianas.

Indo além desse aspecto concreto do trabalho, para entender o lugar atribuído ao usuário pelo ACS, parece-nos útil recuperar ideias relativas a construção da identidade em associação com o trabalho. Sobre o tema Coutinho et al. (2007) nos falam:

“identificar-se implica, sob a perspectiva individual, na constituição da representação de si e da auto-estima; do ponto de vista social, se relaciona com as modalidades de pertencimento aos grupos, os diversos papéis que a pessoa vive e as diversas representações em relação às quais ela se situa, incluindo a representação profissional” (Coutinho et al., 2007, p.31)

Valendo-se do pensamento de Costa (1989) a mesma autora completa que a identidade psicológica do trabalhador é particularmente definida pela capacidade de trabalho. Desta forma, “... *ser bom trabalhador significa também ser bom pai, bom marido, bom filho... enfim, um bom homem...*”. (Costa, 1989, apud Coutinho et al. 2007, p.31)

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 acontece com os outros profissionais da CF, não moradores das comunidades do em torno.

O outro elemento que destacamos anteriormente como constitutivo dessa apropriação pelo ACS do aspecto avaliativo da opinião do usuário, conecta-se ao fato de que, sendo também um usuário, o agente pode 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 plano de formulação das 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 norteadores na estratégia, reiteram a relação entre sujeitos, e 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 como uma forma prioritária de avaliação do trabalho.

5.4 - Quantidade e qualidade: além do consenso

As críticas dos ACS sobre o acompanhamento de seu próprio trabalho a partir de metas encontra uma crítica restrita. Mas a preocupação com a ênfase quase exclusiva neste aspecto é compartilhada entre eles.

eu não acho válido colocar na visita “fui a 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)

Eu acho que deveria focar mais na qualidade, porque eu acho que as vezes não adianta você pedir tantos números e não ter qualidade nenhuma, porque eu acho que ambos os lados não ficam satisfeitos 100%, eu acho que é claro que tem que ter uma cobrança, porque senão a pessoa não iria “trabalhar”, eu acho que tem que ter uma cobrança, mas acho que teria que ter uma cobrança de outra forma, uma outra abordagem. (Rafael, 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 por uma ‘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 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. Dos debates da humanização em saúde provêm reflexões nesse sentido, assim 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, resolubilidade 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. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento.” (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) expressam 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 sinaliza que as mudanças de comportamentos entre os profissionais que se almeja adotando essas políticas de gestão, podem conduzir a adoção de estratégias concretas para evitar as situações que colocam em risco 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 acentuem os significados do trabalho, que enfatizem seu papel de 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, a partir dos dados da pesquisa, bastante restrita a 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 destas 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 de saúde mantêm com a população.

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 uma outra companheira e diversas situações que faziam com que a abordagem escapasse de alternativas mais óbvias no serviço. Mas a questão não era essa: a questão era que ela havia se mudado, o serviço tinha perdido o contato, mas ela permanecia em uma área de abrangência da CF.

Imediatamente, na leitura que foi instaurada desse caso, 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.

E isso é pedagógico. No espaço de supervisão, isso é construtivo 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 alvo do processo de gerenciamento. Como evitar a 'realização' desse numerador, tornou-se 'a questão'. Os aspectos mais operacionais das formas de busca ativa passíveis de serem implementadas 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 na equipe uma discussão sobre as finalidades e fundamentos da equipe e dos ACS. Desejamos resgatar o pensamento de Ayres (2001), quando nos 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).

Essa forma de compreender e configurar o papel do ACS gera uma dupla vulnerabilidade: um confinamento da atividade em uma condição de trabalho simples, no qual figura o esvaziamento da educação em saúde em um formato mais complexo e no qual prevalece o caráter /tarefeiro de sua atuação. Em um horizonte de tempo mais amplo, pode ocorrer uma perda de significado e mesmo a extinção do cargo 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 outro sentido, complementar a essa discussão, consideramos relevante pensar que está previsto um formato de cobrança do cumprimento de metas coletivo e individual. Essa é uma característica da gestão modernizante que, aliada a precarização e desestabilização, impõe ao trabalhador estar continuamente buscando a sua validação e sendo posto à prova sozinho (Linhart, 2011). Para a mesma autora, 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, “nem com a hierarquia, nem com seus clientes, a fim de que sintam sempre a corda esticada e fiquem mais receptivos às injunções que visam aumentar a rentabilidade de seu trabalho” (Linhart, 2011, p.152)

Particularmente 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 morbi-mortalidade 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.

Estes instrumentos, particularmente os de monitoramento, incorporam basicamente indicadores que se estabelecem tendo por base a produção de evidências científicas. Isto acarreta limitações de base epistemológica, pois como vimos no capítulo II da presente tese, esta produção atende a uma hierarquia entre os desenhos de estudos que exclui objetos que não podem ser abordados pelos tipos estudos hegemônicos nessa corrente de pensamento científico.

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.

5.5 - A supervisão e o processo de trabalho do ACS

Na presente pesquisa alguns caminhos poderiam ser percorridos para discutir a supervisão. Um deles seria partir de uma definição de supervisão e analisar a compatibilidade entre definição e prática encontrada.

Seguimos um outro caminho. Buscamos estabelecer quais são as intenções que marcam os debates sobre as práticas de supervisão e em que situações, institucionalizadas, eles ocorrem. Além disso, procuramos captar no diálogo com os entrevistados, quais eram as situações que eles identificam como de supervisão.

Em relação as intenções que perpassam as práticas de supervisão recuperamos discussões do segundo capítulo dessa tese. Neste sentido, assumimos como práticas de supervisão aquelas que acontecem em situação institucionalizada, a partir das quais coloca-se em discussão o processo de trabalho, independentemente dos aspectos enfatizados (organizativos, relativos a produtividade, técnicos ou políticos) e à atividade de educação permanente quando formalizadas. Essa compreensão considera que a supervisão pode o não ser prestada por profissionais especializados.

Em nosso estudo pretendíamos analisar as supervisões como elemento de qualificação do trabalho dos ACS. Por esse motivo foram excluídas as situações de supervisão que não incluem os ACS, como por exemplo, supervisões/ consultorias destinadas aos gerentes.

Assim, no contexto de estudo, foram consideradas supervisões as grandes reuniões que incluem todos os profissionais da clínica e as reuniões de equipe. Ambas tem regularidade estabelecida no cronograma da unidade, acontecem semanalmente em turnos em que não há agendamento de atendimentos e contam com espaço físico específico.

As observações nos mostraram que nesses dois tipos de supervisão, o lugar de supervisor se alterna. Nas reuniões de equipe, indiscutivelmente, cabe ao enfermeiro ocupar esse lugar. Nas grandes reuniões isto se modifica a partir do tema central da reunião. Participamos de supervisões cujo tema era o Vitacare®, e nesse caso conduzida pelo responsável da informática. Em outra reunião, cujo foco era tuberculose, a condução foi de uma enfermeira de equipe. Em uma terceira, cujo tema eram 15 passos para a qualidade na APS, a condução foi da coordenação da área de planejamento.

A compreensão sobre o contexto em que se inserem as supervisões e suas finalidades é um tema no qual a diferença de perspectiva entre os gestores e trabalhadores da ponta se mostra mais perceptível. Apresentamos algumas falas dos gestores entrevistados:

“Nós tínhamos aqui, na secretaria uma estrutura muito hierarquizada. E isso era mais pesado ainda em relação aos agentes [comunitários e de vigilância]. A gente tinha superintendente, coordenador de área, gerente da unidade... era quase um crime um ACS falar com um coordenador de área diretamente. (...) Todos os sistemas de saúde que fizeram uma mudança de modelo, suas reformas organizativas quebraram com isso. Essa reforma é mais complexa. Poderia falar de várias coisas, mas falando diretamente da equipe de saúde, uma concepção é quebrar com a hierarquia da supervisão dos agentes comunitários. A ideia é acabar com a supervisão de hierarquia rígida, que é o mais comum. (...) A ideia é que não haja uma supervisão exclusiva do enfermeiro sobre o ACS, como se ele fosse um trabalhador da categoria da enfermagem, como acontece com o técnico.” (Gestor)

“O objetivo da grande reunião é discutir os fatos da clínica – é o que engloba toda a unidade. E a capacitação, aparte da educação permanente.(...) Pra mim essa reunião teria que ser uma troca, o

importante é a troca, você vir aqui ficar falando e ninguém te trazer nada, não é importante. O importante é trazer os casos e a gente poder discutir as dificuldades deles, da clinica, até pra ver o que precisa de capacitação. (...) Essa questão do plano terapêutico, da família e o contexto familiar, mas muitas vezes isso não está sendo trabalhado. Porque o tempo é curto de reunião, e eles acabam conversando todos os assuntos que são pertinentes a produção, pertinentes às metas e aí não consegue desenvolver esse plano para o paciente.” (Gestor)

“nas pequenas reuniões [de equipe], o objetivo é a discussão de processo de trabalho, pra gente traçar um plano terapêutico singular para as famílias e para o paciente. (...) Hoje eu vejo que ainda não acontece assim, as reuniões ficam muito restritas à resolução de problemas internos, ainda não está focada na construção de um planejamento estratégico, na construção de um plano de ação. O paciente vem, é tratado, mas ainda não tem um plano.” (Gestor)

Os gestores fazem referência a uma imagem objetivo da supervisão e, somente quando questionados sobre suas características nos contextos concretos, explicitam limites. Tais limites remetem a dificuldade de efetivar na agenda o que seria a pauta ideal da supervisão, quando sua prática se aproximaria da noção de apoio institucional.

No item sobre educação permanente – EP da política nacional de AB (Brasil, 2011), existe uma identificação entre o escopo de atribuições das supervisões tal como pronunciado pelos gestores nas entrevistas e o disposto, na política, como base para a formulação de propostas de EP. Vejamos o texto da PNAB de 2011:

“ao planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.” (Brasil, 2011).

Mantendo a linha de considerar os documentos oficiais, vimos que na PMAQ, existe um item de avaliação sobre reuniões de equipe, identificadas pelos gestores como os espaços privilegiados de supervisão, que questiona o seguinte:

Utiliza [a equipe] esse momento para discutir questões referentes à organização do processo de trabalho, planejamento, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, entre outros. (Brasil, 2009a, p.23)

Nosso movimento diante desses dados é no sentido de extrair algumas indicações sobre as condições que distanciam o conteúdo das supervisões de seu desenho nas políticas e na compreensão de gestores. Dito de outra forma, indagamos sobre as dificuldades de operar na prática algo que parece tão harmonizado entre o plano dos instrumentos da política e a concepção de gestores.

Da fala de um dos gestores aparecem dois sinais: o tempo é curto e os assuntos priorizados são pertinentes à produção e as metas. A abrangência da política, de avaliação inclusive, faz com que um conjunto bastante amplo de práticas, dispositivos, procedimentos, busque se instituir. A supervisão real seria uma situação emergente (Elder-Vass, 2006) e o que efetivamente vai se tornar prioridade depende da articulação com outros fatores que podem incluir elementos ideológicos, culturais, e de poder em vários níveis.

Nossa hipótese, diante do que foi anteriormente discutido é que existe um poder concentrado em torno de mecanismos de gestão que interagem de forma mais intensa, como disse o entrevistado, com elementos da produção e das metas e, com os assuntos [problemas internos] que interferem diretamente sobre essa produção.

Não validamos a perspectiva de que essa dinâmica corresponde aos resultados de escolhas coletivas e individuais. Supomos que, na prática, coloca-se insidiosamente um dilema para essas reuniões/ supervisões: priorizar a lógica da produção ou priorizar a lógica do aprofundamento do debate sobre o processo de trabalho.

A elaboração prática de uma resposta a esse dilema, está submetida a uma expectativa, projetada externamente e assimilada internamente, do modo como a CF Izabel dos Santos deve comportar-se no espaço público. Assim, se é aceitável não desenvolver uma discussão que problematiza conceitualmente a abordagem familiar, deixando prevalecer uma prática intuitiva a partir da visão

de família de cada profissional (Campos e Garcia, 2007), a mesma complacência não ocorreria no caso de falhas importantes em relação a metas ou ao preenchimento de dados no sistema.

A organicidade produzida em torno dos objetivos e das prioridades da CF, ainda que não seja o bastante para apagar o desconforto gerado pelo fato da supervisão manter-se aquém do papel que lhe é concebido, parece suficiente para acomodar as equipes diante das atribuições que são interpretadas como sendo 'as fundamentais', justificando a manutenção dessa dinâmica.

Para os agentes comunitários, as supervisões têm as funções de organizar e distribuir recursos, notadamente consultas, e manter as atividades nos níveis quantitativos esperados, respeitando o atendimento de prioridades. Quando perguntados sobre o que acontece nas supervisões, os objetivos principais, eles nos dizem:

Eu acho que aqui o negócio é bater a meta, apresentar número. Jogou as 144 [VD] está bom. Não jogou, não jogou por quê? Eu vou ser sincera, a gente faz a reunião e aí eu acho que nessa reunião deveria se passar isso que eu estou te falando, "ah, olha doutora, enfermeira, estou com essa situação assim, assim, assado e o que a gente pode estar fazendo para resolver?", mas muitas vezes isso não acontece, chega-se lá "fulano, você já botou seus VDs?" "Ah, já", "Não botou não? Tem que colocar!" (Sofia, ACS)

ela [enfermeira nas reuniões e supervisão] pergunta sobre as gestantes, as vezes vê as fichas, pergunta se essas gestantes estão vindo todo mês para consulta, pergunta se estamos realmente acompanhando os diabéticos, se estamos acompanhando os hipertensos, se teve crianças desnutridas, que tiveram problemas com diarreia, se teve infecção respiratória, os idosos, os acamados como é que estão. Basicamente é isso. Faz uma série de perguntas referentes a esse grupo prioritário que a clínica realmente tem que focar. (Rafael, ACS)

o que está sempre na pauta é a agenda. Agenda de médico, agenda de enfermeiro, marcação de consulta. Porque isso as vezes varia muito porque os médicos tem seus trabalhos fora da clínica, como por exemplo: às vezes tem capacitação, aí o médico não vai estar naquela semana, aí muda toda uma agenda, a agenda da gente é toda dividida. (Mônica, ACS)

Bom, é ver se a gente realmente está trabalhando, se não está, porque a gente trabalha na rua, a gente bate o ponto 7:00 e tem que bater às 18:00. Eles ficam com aquilo "o que você está fazendo das 7:00 às 18:00, será que você está indo nas casas?", mas isso eles nem precisavam, porque os nossos próprios pacientes, quando descem, eles falam. (Mônica, ACS)

As supervisões com essa característica correspondem ao que Campos e Garcia, 2007, chamaram de modelo técnico-gerencial, tipo que predomina nos programas sociais voltados para a família. São características dessas supervisões:

“Por precisar controlar todas as etapas de trabalho e das funções existentes, a supervisão funciona como uma estratégia para manter o trabalho em curso, capacitando os integrantes da equipe para desenvolver mais e melhor o que lhes compete. Neste formato, a supervisão tende a ser mais pragmática, voltada para dúvidas, problemas operacionais e busca de resultados imediatos. Em muitos casos, esta configuração reduz o conteúdo de supervisão a um monitoramento do trabalho, podendo haver uma maior ou menor perspectiva formativa.”(Campos e Garcia, 2007,p. 97)

Ao privilegiar os elementos de rotina atrelados à produtividade, a supervisão na ESF, e em particular, no que diz respeito aos ACS, confirma a divisão social e técnica do trabalho, no qual o trabalho do ACS é tratado como trabalho simples, ou seja anula a complexidade das situações que envolvem o trabalho educativo para reafirmar a cisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. Em seu estudo, publicado em 1994, Mendes-Gonçalves situa o médico sanitário dos centros de saúde como “vértice de um sistema hierarquizado de controle sobre o trabalho” sendo de sua competência “compatibilizar meios e fins na execução das atividades” (Mendes-Gonçalves, 1994, p.152), papel que foi transferido, na CF, para o enfermeiro.

Os enfermeiros, que são identificados e se assumem como supervisores na CF, identificam lacunas importantes na supervisão. Estas lacunas dizem respeito a possibilidade de resgatar a dimensão intelectual do trabalho, através da abordagem de temas que se descolam do ‘fazer andar’ o programa. Contudo, a insuficiência do tempo destinado a atividade, acaba reduzindo seu escopo.

“eu acho que fica muito comprometida a questão do projeto terapêutico, acho muito importante você discutir casos com o agente comunitário e isso demanda muito tempo (...) eu acho quase impossível, porque é um momento que eu tenho de perguntar como foi a semana, se eles estão precisando de alguma coisa e eles já chegam com várias coisas, as vezes eu nem preciso perguntar que eles já chegam, “Ah, fulano, a receita venceu”, “Ah, sicrano perdeu a receita”, “O outro tá precisando de consulta” (Ana, enfermeira)

“ eu busco estudos na internet para discutir com eles, por exemplo, como é que faz detecção de hanseníase, detecção de casos de violência familiar.

Para eles, mãe bater no filho não é um tipo de violência. A mãe gritar com o filho assim, verbalmente, não é violência. Então, esses casos que eles não conseguem visualizar e são quadros de doença eu faço orientações nas reuniões (...) nem sempre eu consigo fazer isso porque tem uma parte administrativa muito grande. Por exemplo a questão da hanseníase, a questão da violência. Eu procuro dar aulas. Por exemplo, para eles entenderem que violência é uma questão de saúde, que existe violência verbal. Mas nem sempre eu tenho tempo, porque tenho que organizar a agenda e a comunidade cobra deles, consultas, exames. Então, toda semana eu organizo a agenda e imprimo” (Luiza, enfermeira)

A compreensão de que existem questões pertinentes a supervisão e que não encontram espaço para serem debatidas, não é capaz de reverter esse quadro em que a supervisão pouco contribui para qualificar o trabalho do ACS. O supervisor atua como mediador entre os níveis de execução e de direção/gestão, sobretudo como portador dos interesses postos pela gestão e é, ele mesmo, alvo do mesmo tipo de cobrança que reproduz. O caráter de articulação política, como tratado por Baraldi (2005) predomina aliado ao caráter de controle. As entrevistas nos mostram que por reconhecerem os supervisores como alvo de pressões da mesma ordem, os ACS legitimam a cadeia de cobranças de cumprimento de metas. Como nos diz Esther,

“O que ela cobra são as visitas que eu te falei. Ela tem que cobrar porque ela é cobrada, é tudo uma hierarquia e eu vejo que ela cumpre o que tem que cumprir.” (Esther, ACS)

Quando se discute a dimensão formativa da supervisão, em relação aos ACS, ela surge como uma oportunidade de trazer conhecimentos clínicos e da vigilância epidemiológica, como insumos para suprir as lacunas da prática. Essa associação entre tempo restrito e necessidades de conhecimentos a serem rapidamente superadas, determinam uma prática de treinamento em serviço, para o desenvolvimento de atitudes e comportamento mais adequados frente a demandas pontuais.

Nestes termos, o trabalho não se articula à educação pela sua possibilidade de ser tomado como um princípio educativo. Como tal ele, ao menos, problematizaria o processo de trabalho e traria para o cenário da formação os fundamentos científicos que permitem ao sujeito “conhecer e reconhecer a

totalidade do processo de trabalho” (Ramos, 2009, p.57). Na CF, a perspectiva de treinamento em serviço se fortalece e é agudizada pela percepção de que os ACS não dispõem de uma base mínima de conhecimentos da saúde.

“Às vezes o ACS comenta que ‘em uma ficha para preencher mas eu nem sei os medicamentos de diabetes’. A gente fala quais são os remédios. Eles, ACS, são profissionais de saúde, mas não são capacitados. É o dia-a-dia que capacita, a rotina que capacita. Eu estudei, fiz quatro anos de graduação meu último semestre foi em saúde da família, e eles não.” (Clara, enfermeira)

“Eu acho que falta um curso que capacite melhor eles. Eles fazem um curso muito curto e pouca coisa das questões de saúde. Então, eles têm dúvidas em relação à saúde deles. Então como vai fazer com a saúde do outro? O curso deles é um curso muito superficial.[para que eles se tornassem profissionais da saúde] Um curso técnico. Eu acho que eles seriam mais valorizados, se sentiriam melhores.” (Luiza, enfermeira)

“Eu acho que tinha que ter uma qualificação assim, que seja de 1 ano, como se fosse uma especialização.(...) e eu acho também que essa questão de ser ensino fundamental, eu acho meio ruim, porque aqui são exigidos coisas que o ensino fundamental não é o suficiente, você chega aqui você tem que saber interpretar um texto, você tem que saber escrever corretamente, ler corretamente. As vezes eu vi agentes comunitários com dificuldade de interpretação.” (Ana, enfermeira)

Ainda que os enfermeiros entrevistados percebam-se como pessoas capacitadas para o exercício da supervisão, em virtude de sua graduação, qualificá-los para a função gerencial e para atuação como líderes de equipe – conteúdo reiterado nas entrevistas - eles estabelecem uma diferença qualitativa entre o trabalho dos ACS e dos profissionais de enfermagem. Essa diferença implica em um gradiente de dificuldade para o exercício da supervisão dos agentes comunitários.

“O técnico de enfermagem, eu vejo que é uma coisa técnica, porque você chega, você vê como ele está desenvolvendo o trabalho, o trabalho técnico. “Ah, está punccionando uma veia legal, está fazendo um curativo legal”, é mais fácil você lidar com a questão técnica. (...) Você só vai fazendo aquele *checklist*. Agora, o agente comunitário, o tipo de trabalho dele é diferente. Porque é um trabalho de visita domiciliar, cada um trabalha de um jeito, é muito difícil, tem uns que tem caderninho, anotam tudo, tem outros que tem um formulário já pré-estabelecido que vai respondendo, cada um vai fazendo, tem outros que já sabem até de cor as perguntas, cada um tem o seu meio de trabalho e até o instrumento.” (Ana enfermeira).

Essa diferença, que traz para a supervisão uma dimensão mais relacional e menos tecnicista do trabalho, traz uma dificuldade que pode estar inserida em um ciclo: o resultado mais esperado do controle exercido pela supervisão recai sobre elementos mais pontuais, que por sua vez são mais fáceis de serem supervisionados, justamente por representarem recortes mais específicos e pontuais do trabalho.

Gostaríamos de problematizar aqui alguns pontos relativos ao posicionamento da supervisão como espaço de EP. Primeiro aderimos a ideia de que, da supervisão, devem emergir temas para a EP, e que seu caráter educativo deve ser fortificado. Isso não significa que possamos depositar sobre a supervisão a expectativa de qualificação em todos os sentidos que se fazem necessários aos trabalhadores de nível médio, e menos ainda de formação.

É importante refletir sobre o alerta de Campos e Garcia (2007) quanto ao fato de que a supervisão que enfatiza seu caráter formativo, ser balizada em vivências de profissionais com mais experiência nos temas selecionados, e neste caso a dimensão educativa, é enfraquecida visto que a “*função pedagógica do supervisor é a de qualificar a prática e não validá-la como pressuposto*” (Campos e Garcia, 2007, p. 98).

Eleger o espaço de trabalho como espaço prioritário para a formação equivale a anular a luta para que os ACS tenham acesso a uma educação que seja profissionalizante e permita sua inserção social não apenas como reprodutor de práticas pré-estabelecidas, mas como cidadão capaz de refletir criticamente sobre a sociedade, sobre o trabalho em saúde e a sua inserção nesse contexto.

5.6 - Antes de concluir: dois registros do campo

Registro I

Na metodologia desta pesquisa, registro que a escolha da CF Izabel dos Santos teve um caráter simbólico, por Izabel dos Santos ter sido uma pessoa cuja trajetória profissional e política está ligada à luta pela qualificação dos trabalhadores de nível elementar e médio da saúde.

Mas na CF Izabel dos Santos apenas um dado de sua biografia era conhecido: o fato de ser enfermeira. No tempo em que estivemos na clínica, conversamos sobre Izabel dos Santos, mostramos entrevistas com Izabel disponíveis na internet.

Recentemente, buscando dados no blog da CF, vimos algo que não havia anteriormente. No menu do blog, na parte “*conheça essa história*”, foi acrescentada uma entrada sobre Izabel do Santos²⁹, contando sua história profissional e destacando sua importância para a formação dos trabalhadores da saúde.

Registro II

Certo dia, em uma fase já avançada do trabalho de campo, estava na sala dos Agentes Comunitários quando uma ACS me pergunta, em voz alta – como que querendo uma explicação ‘pública’ – quais eram os benefícios diretos que os ACS da CF obteriam com o meu estudo.

Falei sobre o modo como eu entendo que se articulam a produção científica e a formulação e implementação de políticas. Fui bastante sincera quanto ao fato de que, nada, necessariamente, aconteceria em função dos resultados e da discussão que estava elaborando.

Mas falei também do risco oposto. Pedi que pensassem o que significaria se não houvesse estudos sobre os temas que cercam o universo deste trabalhador. O que achariam se os pesquisadores não reconhecessem que temas como as políticas de profissionalização, a formação e as práticas dos ACS merecessem ser estudados e debatidos. E sugeri que pensassem que naquele mesmo momento muitos outros trabalhos tendo o ACS e a Saúde da Família como tema, de várias formas, provavelmente estariam sendo desenvolvidos. Cada um buscando contribuir de algum modo...

²⁹ disponível em: <http://smsdc-cfisabeldossantos.blogspot.com.br/p/conheca-essa-estoria.html>

Estas duas pequenas histórias me falam apenas da importância de poder pensar, explicitar e coletivizar o que entendemos sobre onde estamos e o que nos move.

Considerações Finais

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde tem se instituído como um componente fundamental das reformas dos sistemas de saúde em países que adotaram a atenção primária como eixo, como é o caso do Brasil. Na proposta brasileira, a reversão do caráter hospitalocêntrico do modelo de saúde hegemônico é o ponto central da mudança almejada. Faz parte desse horizonte de transformações um descentramento quanto à perspectiva biomédica, particularmente em sua vertente biologicista e curativa, centrada na doença, elementos que se contrapõem a uma abordagem integral do cuidado.

Acompanha essa proposta, que tem na Estratégia Saúde da Família sua expressão prioritária, o reordenamento do cuidado na rede, com novos formatos para as unidades de saúde e para a configuração de equipes, visando alterar as atribuições e práticas profissionais e criar relações entre os serviços e a população com base na ideia do cuidado territorializado e centrado no usuário.

Quando implementada segundo seus princípios, a Estratégia Saúde da Família proporciona a todos os profissionais da equipe vivenciar, em maior ou menor grau, deslocamentos em relação aos seus papéis mais tradicionais. Já o agente comunitário de saúde ingressa nessa política como um novo profissional do sistema de saúde, mas com um perfil marcado por uma história que remete a outros trabalhadores comunitários de saúde atuantes em programas e projetos anteriores no Brasil, mas também a experiências internacionais e disputas em torno de como seria seu perfil profissional.

Esse foi o primeiro tema de reflexão dessa pesquisa. Propusemo-nos ultrapassar a visão sobre o ACS que assume o que está formalmente propugnado para este trabalhador, para colocar em tela elementos que expressam as tensões que perpassam a sua história. Nossa análise indica que práticas e concepções históricas que marcam a relação ACS/serviços de saúde/comunidade, presentes até hoje na atuação desses trabalhadores, desenham significados que por vezes enfatizam seu papel de representante das práticas clínicas e epidemiológicas, em uma vertente muito mais identificada com o sanitarismo, e por outras vezes, enfatizam seu papel de

mobilizador social, em interação com um processo de educação com perspectiva emancipatória.

Além de significados sobre a sua atuação, esse percurso nos permite observar compreensões sobre a dialética entre a configuração do trabalho e o perfil do trabalhador. Argumentos econômicos mesclam-se com leituras sobre o caráter de simplificação de seu trabalho, contribuindo para inserir este trabalhador em um plano de subalternidade e desvalorização no sistema de saúde, em contraste com o discurso que acena para a sua importância e para o caráter estratégico que desempenha na articulação com as comunidades em que atua.

Se, em potencial, essas vertentes estão presentes produzindo alternativas de atuação deste trabalhador, que mecanismos estão influenciando os contornos que esse trabalho adquire em situações concretas? A hipótese que exploramos na pesquisa empírica, foi que tecnologias de gestão como a avaliação e a supervisão, atuavam como vetores de força, construindo sentidos sobre esse trabalho.

Uma reflexão de base histórica sobre a avaliação, como campo de conhecimento e como tecnologia de gestão, nos mostra que ela tanto pode assumir uma face mais participativa e democrática, como pode ser incorporada a partir de uma lógica de poder em que sobressai sua conexão com a finalidade de aumentar a produtividade. Como campo de conhecimento, a avaliação se expressa a partir de uma diversidade de arcações teórico-metodológicos, embora, na saúde, prevaleçam os referenciais quantitativos, de base clínica e epidemiológica. Isto implica limites para abordar alguns objetos em sua complexidade, como é o caso da educação em saúde.

A reflexão sobre a supervisão em unidades de saúde e, na enfermagem, em particular, nos permite reconhecer seu histórico edificado sobre a divisão social e técnica do trabalho, e nas práticas de controle do trabalho e do trabalhador. No universo dos serviços, sua vertente formativa traria como potencialidade constituir-se em um espaço de trocas e de fortalecimento de um sentido de coletividade nas equipes.

A análise do trabalho dos agentes comunitários de saúde a partir do campo nos possibilitou ir além de um mapeamento dessas questões. Apoiados pela etnografia, construímos significados sobre as características que este trabalho tem adquirido, onde destacam-se o parcelamento de atividades nas quais atribuições que teriam uma dimensão mais complexa no marco da educação em saúde são convertidas em tarefas fortemente marcadas por uma perspectiva utilitarista. Os objetos e as finalidades do trabalho são traçados a partir da lógica de prevenção de agravos, e o ACS se põe como um representante desta lógica na comunidade. Seu papel como agente de tradução, ora levando as prescrições do serviço para a comunidade, ora expressando as informações da população em dados requisitados pelo sistema de informação, constitui-se como um dos elementos da identidade profissional desse trabalhador diante dos outros profissionais da saúde da família e para o próprio ACS. Os sistemas de informação, mais do que instrumentos do trabalho a partir dos quais emergem temas de reflexão, são importantes direcionadores do processo de trabalho.

Recuperando aqui uma analogia entre as teorias e os sistemas de informação, estes últimos estão posicionados não como mapas que permitem orientações diante das complexas questões do território e sim, como lentes, que redimensionam o olhar e estabelecem o foco do trabalhador e da unidade diante da comunidade e do usuário. O consenso produzido em torno das prioridades estabelecidas para as clínicas de família atenua possíveis conflitos entre a perspectiva que os ACS tem sobre seu trabalho e a direcionalidade dada pela gestão.

A cultura da avaliação parece plenamente incorporada no plano da gestão e no cotidiano das práticas profissionais. A lógica da avaliação que dialoga com o trabalho de gestão e com o trabalho do ACS, oferece recortes ainda mais estreitos para a atuação deste profissional. Destaca-se o fato de que a educação em saúde comparece, neste contexto, a partir de sua vertente mais medicalizadora. A presença da avaliação ocorre pelo monitoramento e por canais diretos de comunicação do usuário, como indivíduo. Outras formas de avaliação já delineadas, ainda são pouco inseridas no cotidiano. A racionalidade proposta pelo monitoramento volta-se para a medição do

cumprimento de metas, que não são exclusivamente quantitativas, na medida em que discriminam os tipos de situação objeto das atividades quantificadas, mas que tem nessa dimensão seu enquadre.

Nesse cenário, a avaliação não provoca uma digressão frente a questão do parcelamento, da simplificação do trabalho e da diluição das práticas mais emancipatórias da educação em saúde, sendo apropriada como mais um mecanismo para reiterar essa cadeia de sentidos na qual se inscreve o trabalho do ACS.

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 definidos pela avaliação. Assim, a supervisão constitui-se em mais um dispositivo de controle do trabalho, no sentido de manter as atividades em curso, atendendo às diretrizes estabelecidas pelas prioridades das Clínicas da Família e espelhando os questionamentos postos pelos instrumentos de monitoramento/avaliação. Nesse espaço – da supervisão – se introduz e se consolida o discurso da avaliação entre os profissionais da equipe, que passam a pensar sobre seu trabalho em termos de redução de indicadores.

No caso do ACS, valoriza-se a capacitação para o exercício de ações pontuais, fortemente marcadas pela vigilância epidemiológica. Quando o caráter formativo da supervisão se expande, ocorre reproduzindo o modelo de educação continuada, mobilizado pela necessidade de suprir a carência de formação e informação quanto aos temas que se articulam diretamente com a prevenção de agravos. A educação em saúde é incorporada a partir dessa mesma lógica e subsumida a uma perspectiva utilitarista, acarretando um enfraquecimento do papel de agente de mobilização deste trabalhador. Gestores, supervisores e ACS, compartilham da expectativa de efetivar novos modos de realizar supervisão que apresentem mais oportunidades para discutir temas mais abrangentes, que possam não apenas qualificar a atuação da equipe de saúde na ESF mas também se contrapor a hierarquização do trabalho. Entretanto isto anuncia mais um projeto do que um processo em curso.

A partir do estudo, nossa compreensão quanto a interrelação desses temas no espaço concreto de um serviço, indica que é pertinente reservar à avaliação uma dimensão mais delimitada no cotidiano. Apontamos o risco de converter todos os espaços da gestão em reprodutores da lógica do monitoramento/avaliação.

Refletir sobre o fato de que a avaliação sustenta-se pela produção de conhecimento, implica reconhecer que tem seus limites, tanto no sentido do que é possível conhecer, quanto no sentido do alcance dos seus resultados e de suas recomendações.

Especificamente no que diz respeito ao trabalho na ESF, e do ACS em particular, defendemos a compreensão de que a supervisão deve ser preservada como o espaço para colocar em discussão justamente o que outras tecnologias de gestão não podem fazer, em virtude de sua lógica interna. Por ser uma situação de interação entre pessoas/ profissionais, a supervisão deve resgatar a experiência que se concretiza no dia-a dia para produzir leituras sobre os temas que cercam o trabalho, e permitem aos trabalhadores se situarem como sujeitos críticos da realidade na qual tomam parte.

Além disso, a supervisão poderia contribuir para intensificar a dimensão coletiva da inserção no mundo do trabalho, fortemente diluída pelo caráter individualizante da gestão modernizante.

Finalizando, e aceitando a ideia de um olhar “*de longe*” que guarde sentido com o aprendizado proporcionado pelo estudo, lembramos que no caso do ACS, o Estado atua como o criador de uma nova profissão que só existe no interior do próprio Estado. Ao assumir esse papel, é fundamental que o Estado projete e aja politicamente no sentido de estimular a criação de um horizonte para este trabalhador que fortaleça características que o situe como estratégico no SUS, e não, como um trabalhador que se justifique por remediar a precariedade da relação historicamente estabelecida entre os serviços públicos de saúde e a população brasileira.

Referências Bibliográficas

- ABRUCIO, F. L. 1997. **O impacto do modelo gerencial na Administração Pública:** um breve estudo sobre a experiência internacional recente. Brasília: Cadernos ENAP, n. 10.
- ABRUCIO, F.L. 2004. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil:** lições dos anos FHC. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2004. Mimeografado.
- ALMEIDA, C.M. 1996. **Os modelos de reforma sanitária dos anos 80:** uma análise crítica. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 5, n. 1, 1996, p.3-53.
- ALMEIDA, C.M. 1999. **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.
- ALVES, C.K.A.; CARVALHO E.F.; CESSE, E.A.P; et al. 2010. **Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Nov, vol.10, suppl.1, p.s145-s156.
- ALVES, C.K.A. 2008. **Institucionalização da avaliação na atenção básica:** análise da implantação do programa em uma gestão estadual. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Recife; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz., 176 fl.
- ARENDDT, R.J.J. 2003. **Construtivismo ou Construcionismo?** Contribuições deste debate para a Psicologia Social. Estudos de Psicologia (Natal) [online], vol.8, n.1, p. 05-13.
- AROUCA, S. 2003. **A emergência da Medicina Preventiva.** In: O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Rio de Janeiro; UNESP/FIOCRUZ, p.109 -150.
- ARRETCHE, M. 2007. **Tendências nos Estudos sobre Avaliação.** In: Rico, E. (Org.). Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate. São Paulo: Cortez, p. 29-41.
- ATALLAH, A.N. 2002. **Medicina baseada em evidências:** o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.325-344 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. 1994. **Ethnography and participant observation.** In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (Eds.) Handbook of qualitative research. London: Thousand Oaks: Sage, p. 248-261.
- AYRES, J.R.C.M. 2001. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.6, n.1, p. 63-72.

BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M.C. R.; CUNHA, M. S. 2009. **Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados**. Physis, vol.19, no.4, p.1007-1028.

BARALDI, S. 2005. **Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho**: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>>.

BARBOSA, R. H. S.; MENEZES, C. A. F. de; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. 2012. **Gênero e trabalho em Saúde**: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. Interface (Botucatu) [online], vol.16, n.42, p. 751-765.

BARRETO, J. 2005. **Governando com números**. In: O umbigo da reforma psiquiátrica. Juiz de Fora: Editora UFJF, p. 53-86.

BENGOA, R. 2001. **Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos por países que adotaram a separação das funções de financiamento e provisão de serviços de saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde; Banco Mundial. Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único da Saúde. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, jan., p.23-37. (Série D - Reuniões e Conferências, 6).

BERTONCINI, J.; PIRES, D.; SCHERER, M. 2011. **Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família**. Trabalho, Educação e Saúde), vol.9, suppl.1, p. 157-173.

BEVAN, G.; HOOD, C. 2006. **What's measures is What matters**: targets and gaming in the English Public Health Care System. Public Administration, vol. 84, n.3, p.517-538. Disponível em <http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/dp0501.pdf> Acesso em 3 de novembro de 2012.

BHASKAR, R. 1998. **Facts and Values**: theory and practice. In: ARCHER M.; BHASKAR, R.; COLLIER, A.; LAWSON, T.; NORRIE, A. (orgs.) Critical Realism: Essential Readings. London: Routledge.

BODSTEIN, R.C.; FONSECA, C.O. 1989. **Desafio da Reforma Sanitária**: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde. In: COSTA, N.R.; et al (Org.). Demandas populares, políticas públicas de saúde. Rio de Janeiro: Vozes-ABRASCO, p.67-90.

BORGES, C.F. 2012. **Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira**: possíveis descrições do período 1950-1980. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: Fiocruz.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. 2008. **O Trabalho dos agentes comunitários de saúde**: entre a mediação convencidora e a transformadora. Trabalho, Educação e Saúde [online], vol.6, n.3, p. 457-480.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1986a. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1986b. **1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. 1991. **Manual do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. 1995. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1997. **Portaria n. 1886 de 18 de dezembro**. Aprova as normas e diretrizes dos Programas de Agentes Comunitários e do Programa de Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf> Acesso em: 04 agosto 2012.

BRASIL. 2002. **Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002**. Cria a profissão de Agentes Comunitários de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. 2004. **Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. 2005a. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização**. Brasília, DF.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2005c. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Equipe Saúde da Família, parte I e II, 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006a. **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). Brasília, DF.

BRASIL. 2006b. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o 5º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional n. 51, de 14 de fev. 2006, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2008. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Documento Técnico (Série B. Textos Básicos de Saúde), 6 v., 3ª. edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2009a. **Caderno de Auto-Avaliação n.5: Equipe Saúde da Família: Parte 2 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de**

Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família; n. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2009b. **Caderno de Auto-Avaliação** n.4: Equipe Saúde da Família: Parte 1 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da Família; n. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2010. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. 2011. **Portaria no. 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2012a. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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

BRESSER PEREIRA, L.C. 1998. **Reforma do Estado nos Anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Revista Lua Nova, São Paulo, n. 45, p. 49-95.

BRITO, J. **Trabalho prescrito** (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). 2009. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 440-445.

CAMPOS, A. L.V. 2006. **Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas**: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

CAMPOS, C.E.A. 1999. **Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**: reconstrução da trajetória de uma organização sanitária. 1927-1997. Tese (Doutorado), Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

CAMPOS, C.E.A.; Garcia, J. 2007. **Contribuições para a supervisão dos programas sociais com foco na família**. Revista Katálysis, Jun, vol.10, no.1, p.95-104.

CAMPOS, G.W.S. 2006. **Efeito Paidéia e o campo da saúde**: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. Trabalho Educação e Saúde, vol.4, n.1, p. 19-32.

CANDEIAS, N.M.F. 1988. **Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967.** Revista de Saúde Pública, vol.22, n.4, p. 347-365.

CARNEIRO, C. C. G. 2013. **O trabalho do agente comunitário de saúde e suas determinações.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro,- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz, 142 p.

CARVALHO, S.R. 2004. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Ciência & Saúde Coletiva, Set., vol.9, n.3, p.669-678.

CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. 2002. **Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil:** um estudo comparativo. Teoria e Pesquisa, n. 40-41, p.

CAZELLI, C.M. 2003. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca /Fiocruz, 151p.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; et al. 2011. **A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos.** In: Brousselle et al (org) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.41-60.

CONILL, E. M. 2008. **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. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27.

CONILL, E. M. 2012. **Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão:** não é preciso inventar, nem basta simplificar. Ciência & Saúde Coletiva [online], vol.17, n.4, pp. 834-836.

CONTANDRIOPOULOS, A-P.1999. **Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?** Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 253-256.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. 2006. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n.3, p. 705-711.

COSTA, M. C. S. 2002. **Intersubjetividade e historicidade:** contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. Revista Latino-Americana de Enfermagem [online], vol.10, n.3, p. 372-382.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J. M.2000. **A experiência internacional de reforma do setor saúde:** inovações organizacionais e de financiamento. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, p. 209-227.

COUTINHO, M. C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D.H.P. 2007. **Identidade e trabalho na contemporaneidade:** repensando articulações possíveis. Psicologia & Sociedade [online], vol.19, n. esp, pp. 29-37.

CRESWELL, J. W. 2010. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman.

- CRUZ, M. M. 2011. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde**: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, p.181-199. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
- CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. 2007. **Avaliação de Saúde na Atenção Básica**: Perspectivas Teóricas e Desafios Metodológicos. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único e Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).
- CRUZ NETO, O. 1999. **O trabalho de campo como descrição e criação**. In: MINAYO, M.C.S. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 14^a. ed. Petrópolis: Vozes, p. 31-50.
- CUETO, M. 2004. **The origins of primary health care and selective primary health care**. American Journal of Public Health, v. 94, n. 11, p. 1864-74.
- DAVID, H. M. S. L. 2011. **Educação em Saúde e o Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**. In: MIALHE, F. L. O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Campinas: Editora Unicamp.
- DE BRUIN, S.R.; BAAN, C.A.; STRUIJS, J.N. 2011. **Pay-for-performance in disease management**: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/472-6963-11-272>.
- DENIS, JL; CHAMPAGNE, F. 1997. **Análise de implantação**. In: Hartz Z.M.A. (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 49-88.
- DERLIEN, H.U. 2001. **Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas**. Revista do Serviço Público, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan./mar.
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R. 2004. **A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M.; MERCATO, F.J. (orgs). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Editora Vozes.
- DESLANDES, S.F. 1999. **A construção do projeto de pesquisa**. In: MINAYO, M.C.S. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 14^a. ed. Petrópolis: Vozes, p. 31-50
- DONABEDIAN, A. 1984. **La calidad de la atención médica**: definición y metodos de evaluación. Mexico, DF: La Prensa Médica Mexicana.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. 1976. **Medicina comunitária**: Política Médica - Política Social. In: Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, p.75-94.
- DRUCK, G. A. 2013. Precarização social do trabalho no Brasil. In: **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II** (Ricardo Antunes org). 1^a ed. São Paulo: Boitempo, p.55-73.

DUBOIS, C.A.; CHAMPAGNE, F; BILODEAU, H. 2011. **Histórico da Avaliação**. In: BROUSSELLE, A.; et al (org). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.19-40.

DUFFY, J. 1990. **The new public health**. In: Duffy, J. The Sanitarians. A History of American Public Health. University of Illinois Press, Urbana, p. 205-220.

DURÃO, A. V.; et al. 2011. **Os Agentes Comunitários de Saúde e o conceito de comunidade**. In: Para Além da Comunidade: trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. VIEIRA M.; et al (org.) Rio de Janeiro: EPSJV, p. 119-160.

ELDER-VASS, D. 2006. **Re-examining Bhaskar's Three Ontological Domains: The lessons from emergence**. In: LAWSON, C., LATSIS, J.; MARTINS, N. (eds.) Contributions to Social Ontology. London: Routledge.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. 2005. **Avaliação de satisfação de usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, dez, vol.10, p.303-312.

FARIA, C.A.P. 2005. **A política da avaliação de políticas públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109.

FARIA, L. 2005. **A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista**. História Ciência e Saúde-Manguinhos, v.12, n.3, p.1011-1024.

FARIA, L. 2006. **Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde Pública: identidades profissionais em construção**. Cadernos Pagú, n. 27, p. 173-212.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. 2007. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V.; CORBO, A. (orgs.). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a Formação e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde).

FELISBERTO, E. 2009. **Análise da implantação da Política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003 a 2008**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

FELISBERTO, E. FREESE, E. F.; BEZERRA, I.C.A.; et al. 2010. **Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, vol.26, n.6, p.1079-1095.

FELISBERTO, E.; NATAL, S.; ALVES, C.K.A. 2008. **Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação**. Cadernos de Saúde Pública, vol.24, n.9, p.2091-2102.

FELISBERTO, E.; ALVES, C.K.A.; FREESE, E. et al. 2009. **Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, set, vol.9, n.3, p.339-357.

FIGARO, R. 2008. **Atividade de comunicação e de trabalho**. Trabalho, Educação e Saúde, vol.6, n.1, p.107-146.

- FLICK, U. 2009. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed.
- FONSECA, A. F.; MACHADO, F. R.S.; BORNSTEIN, V. J.; PINHEIRO, R. 2012. **Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde**. Texto & Contexto - Enfermagem [online], vol.21, n.3, p. 519-527.
- FONSECA, C. M. O. 2000. **Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970)**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.5, n.2, p. 393-411.
- FRANCO, T.B., MERHY, E.E. 2006. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In: MERHY E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR H.M.; RIMOLI J.; FRANCO T.B.; BUENO W.S. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; p.53-124.
- FRENK, J. 2009. **Reinventing primary health care: the need for systems integration**. The Lancet, vol. 374, maio, p.170-173.
- GEERTZ, C. 1989. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC.
- GIOVANELLA, L. 2008. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?**. Cadernos de Saúde Pública, vol.24, suppl.1, pp. s21-s23.
- GOMES, K.O.; COTTA, R. M. M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; et al. 2009. **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas**. Saúde e sociedade, vol.18, n.4, p. 744-755.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. **A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde**. In: Minayo M.C.S.; Deslandes S.F. (Org.). Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 109-132.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. 1989. **Fourth Generation Evaluation**. The Methodology of Fourth Generation Evaluation. Newbury Park: Sage Publications.
- HAMLIN, C.L. 2000. **Realismo Crítico: um programa de pesquisa para as Ciências Sociais**. Dados, v.43, n.2. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=s0011-52582000000200006&script=sci_arttext
- Hammersley, M. ; Atkinson, P. 2007. **What is Ethnography?** In: Hammersley, M; Atkinson, P. Ethnography: Principles in Practice (Third Edition), London and New York: Routledge. P. 1-19.
- HARTZ, Z.M.A. 2009. **Avaliação em Saúde (verbete)**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C.F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 50-55.
- HARTZ, Z. M. A. 2002. **Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) 1997. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 131p.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.) 2005. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA.

HARTZ, Z. M. A. 1999. **Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made**. Cadernos de Saúde Pública, vol.15, n.2, p. 229-260.

HARTZ, Z. M.A. 2012. **Meta-avaliação da gestão em saúde**: desafios para uma "nova saúde pública". Ciência & Saúde Coletiva, vol.17, n.4, p. 832-834.

HEAVER, R. 1995. **Managing primary Care**: Implications of the health transitions. World Bank discussion paper, n. 276, Washington DC: World Bank.

HOUAISS, A. & VILLAR, M. de S. 2001. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, p.1185.

JARDIM, T.A.; LANCMAN, S. 2009. **Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde**. Interface (Botucatu), vol.13, n.28, p. 123-135.

KINCHELOE, J. L.; McLAREN, P. 2006. **Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa**. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. St. A. 2002. **Associativismo, participação e cultura cívica**: O potencial dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 537-547.

LACERDA, A. 2010. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva**: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Tese (doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação

LESSA, S. **Trabalho produtivo e improdutivo (verbete)**. In: Pereira, I.B e Lima, J.C.(org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009, v., p. 445-452 Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W.; PRONKO, M. A. 2009. **Trabalho Simples (verbete)**. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C. (org). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, p. 460-463.

LIMA, J.C.F. 2010. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Rio de Janeiro. Tese (doutorado). Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, N.T.; MAIO, M. C. 2010. **Ciências sociais e educação sanitária**: a perspectiva da Seção de Pesquisa Social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de

1950. História, Ciências, Saúde –Manguinhos, Rio de Janeiro, v.17, n.2, abr.-jun, p.511-526.

LINHART, D. 2011. **Entrevista**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 149-160.

LINS, A. M.; CECILIO, L.C.O. 2008. **O discurso da institucionalização de práticas em saúde**: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. Physis [online], vol.18, n.3, pp. 483-499.

MAGNANI, J.G. C. 2009. **Etnografia como prática e experiência**. Horizontes antropológicos, dez, vol.15, no.32, p.129-156.

MARCONDES, D. 2005. **Ideologia e linguagem**: ontem e hoje. In: II Seminário de Estudos em Análise do Discurso, 2005, Porto Alegre. O Campo da Análise do Discurso no Brasil. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/MESAS-REDONDAS/DaniloMarcondes.pdf>

MARTINS, L.1995. **Reforma da Administração Pública e cultura política no Brasil**: uma visão geral. Brasília: ENAP, Cadernos ENAP, n. 8.

MASCARENHAS, P. 1989?. **Supervisão, múltiplas visões**. Ensinando e aprendendo. In: LANCETTI, A. et al. Saúde Loucura, 1. São Paulo: Hucitec, p. 60-68.

McQUEEN, D.V. ; ANDERSON, L.M. 2001. **What counts as evidence**: issues and debates. In Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Edited by Rootman, I., Goodstadt, M., HYNDMAN B., McQUEEN, D. V., POTVIN, L., SPRINGETT, J., ZIGLIO, E. WHO Regional Publications, European Series, No 92. Denmark: WHO.

MEDICI, A.C.1986. **Emprego em saúde na conjuntura recente**: lições para a reforma sanitária. Cadernos de Saúde Pública, vol.2, n.4, p. 409-422.

MELLO, G.A. ; FONTANELLA, B.J. B.; DEMARZO, M. P. 2009. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde** - Origens e diferenças conceituais. Revista de APS , v. 12, p. 204-213.

MELLO, G.A. 2010. **Revisão do pensamento sanitário com foco no Centro de Saúde**. Tese (doutorado). Faculdade de medicina (Programa de Medicina Preventiva). Universidade de São Paulo, 300 p.

MELO, M.; SOUSA, J. C.2011. **Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF**: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. Revista Portuguesa de Clínica Geral [online]. vol.27, n.1, p. 28-34.

MENDES, E.V. 2005. **Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDONÇA, M. H. M. 2004. **Profissionalização e regulação da atividade do ACS no contexto da Reforma Sanitária**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2 n. 2, p. 353-365.

MENDONÇA, M. K. 2008. **Licença, posso entrar?** As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e na Estratégia de Saúde da Família e a integralidade. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MERHY, E.E. 2004. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. acesso em 12 de nov, 2010.

MERHY, E.E. 1992. **A saúde pública como política**: São Paulo, 1920-1948 - Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec.

MILLER, J.A . 2006. **Você quer mesmo ser avaliado?**: entrevistas sobre uma máquina de impostura/ Jacques-Alain Miller e Jean-Claude Milner.Barueri,SP:Manole, (Série Lacaniana).

MINAYO, M.C.S. 2002. **Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social**. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, São Paulo: Hucitec, 2002, p.83-107.

MINAYO, M.C. S. 2010. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec.

MOKATE, K. M. 2002. **“Convirtiendo el ‘monstruo’ en aliado**: a avaliação como herramienta de la gerencia social”. Revista do Serviço Público, vol.8, n.1, p.91-136.

MOROSINI, M. V. G.C. 2010. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV.

NIELSEN, P. 2007. **Critical realism**. In: Dictionary of Critical Realism. ed. Mervyn Hartwig. Oxon and New York: Routledge. p. 96-105.

NITERÓI. Prefeitura Municipal. 1992. **Anais da III Conferência Nacional de Saúde - 1963**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde.

NOGUEIRA R.P.; SILVA, F.B.; RAMOS, Z.V.O. 2000. **A vinculação institucional de um trabalhador "sui generis"**: o agente comunitário de saúde. IPEA, Texto para discussão nº 735. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2000/td0735.pdf

NUNES, E.D.; CASTELLANOS, M.E.P., BARROS, N.F. **A experiência com a doença**: da entrevista à narrativa. Physis, Dez 2010, vol.20, n.4, p.1341-1356.

NUNES, T.C.M. 1986. **A Supervisão**: Uma Proposta Pedagógica para o Setor Saúde. Cadernos de Saúde Pública, vol. 2, n.4, p.466-476.

NUNES, T.C.M.; BARRETO, C.M.G. 1999. **Uma Proposta de Supervisão para a Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário (DIVISA)**. Secretaria da Saúde do Estado, Governo do Estado da Bahia.

OGUISSO, T. ; CAMPOS, P.; SANTIAGO, E. 2009. **Maria Rosa Sousa Pinheiro e a reconfiguração da enfermagem brasileira**. Texto & Contexto - Enfermagem, vol.18, n.4, p. 643-651.

OLIVEIRA, G.N. 2011. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado) Campinas, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 2005. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-americana de Saúde. Washington: Pan-american Health Organization- PAHO/WHO

PATERSON, G.1998. **The CMC Story**,1968–1998. Contact, n. 161–162, jun-jul, p.3–18.

PATTON, M.Q.1997. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. Thousands Oaks-London (UK): SAGE Publications.

PAWSON, R. 2006. **Evidence-Based Policy: A Realist Perspective**. London: Sage.

PEDUZZI, M. 2001. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. Revista de Saúde Pública, vol.35, n.1, p. 103-109.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M. 2006. **Educação Profissional em Saúde**. Coleção temas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

PERES, C. R.F.B.; CALDAS JUNIOR, A.L.; SILVA, R.F.; MARIN, M.J.S. 2011. **O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.45, n.4, p. 905-911.

PFEIFFER, J. 2003. **International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration**. Social Science and Medicine, vol. 56, p.725-738. Disponível em <http://www.seminarservicesamman.com/uploads/media/Pfeiffer.pdf>, acesso em 15 jul, 2011.

PIRES, D. E. P. 2009. **Divisão social do trabalho/Divisão técnica do trabalho em saúde/Precarização do trabalho em saúde (verbetes)** In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 125-135; 317-320.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. 2004. **Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação**.

BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (org). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes: p. 65-86.

RAMOS, M. 2009. **Educação pelo trabalho**: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. Saúde e Sociedade, Jun, vol.18, suppl.2, p.55-59.

RAMOS, T. 2007. **Entrevista**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 5 n. 2, p. 329-337.

REIS, C. C. L. 2001. **A Supervisão no Programa de Saúde da Família**: Limites e Possibilidades. Dissertação (mestrado) em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz /Escola Nacional de Saúde Pública.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M.H.S. 2011. **Educação Sanitária e o Serviço Especial de Saúde Pública (1942-1960)**: A doença não conhece fronteiras. História da Enfermagem Revista Eletrônica, v. 2, p. 105-125.

RESENDE, V. M. 2008. **Etnografia e Análise de Discurso Crítica**: o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, sua crise e o protagonismo juvenil. Brasília: Universidade de Brasília. Tese (Doutorado) Linguística. Brasília: Universidade de Brasília.

REZENDE, F. C. **Por que reformas administrativas falham?** Revista Brasileira Ciências Sociais, v. 17, n. 50, 2002, p-123-142.

REZENDE, F. **Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução**. Brasília, DF: CEPAL; Escritório no Brasil/IPEA, 2010. (Texto para Discussão, n. 4).

RIBEIRO, F.A. 2007. **Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. Dissertação de mestrado: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva.

RIZZOTTO, M.L.F. 2000. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SAKATA, K. N., ALMEIDA, M.C.P., ALVARENGA, A.M. et al. 2007. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2007, vol.60, n.6, p. 659-664.

SANTOS, L. A.1999. **Tendências mundiais sobre o papel do estado e suas implicações na conjuntura brasileira**. In : Caderno de Debates: em busca da EPSJV pública e estratégica. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 9-43.

SANTOS-FILHO, S.B. 2007. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, no.4, p.999-1010.

SÃO PAULO. **Decreto n. 4.089, de 17 de agosto de 1926** – Manda observar o regulamento do Curso de Educadores Sanitários. Disponível em <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1926/decreton.4.089.de17.08.1926>.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. 2011. Guia de Referência Rápida. **Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde** / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. 2013. **Contrato de Gestão. Anexo B: acompanhamento do contrato, avaliação e metas – AP.3.2.** Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2013.

SILVA, E. 1997. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local.** Tese (doutorado) Faculdade de Enfermagem; Universidade de São Paulo, Brasil.

SILVA, J. A.; DALMASO, A.S.W. 2002. **O Agente comunitário de saúde e suas atribuições:** os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, vol.6, n.10, fev, p. 75-83.

SILVA, F. L. G. E. 2002. **O Discurso Eficientista na Teoria Organizacional:** uma Análise Crítica. Revista Spei (Curitiba), v.1, p. 29-37.

SIMIONATTO, I. 2000. **Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das Políticas Sociais Públicas nos Países do Mercosul.** Ser Social, Brasília, n. 7, p. 11-42.

SPRINGETT, J. 2001. **Participatory approaches to evaluation in health promotion.** In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E (editors) Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives..WHO Regional Publications, European Series, No 92. Denmark: WHO, p.83- 106.

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

STENZEL, A. C. B. 1996. **A temática da avaliação no campo de saúde coletiva:** uma bibliografia comentada. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas.

STOTZ, E. N. 1993. **Enfoques sobre educação e saúde.** In: Valla, V.; Stotz, E.N.(orgs.) Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-dumará, p.11-22.

URSINE, B.L.; TRELHA, C.S.; NUNES, E.F. P.A. 2010. **O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família:** uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online], vol.35, n.122, p. 327-339.

VARONE, F.; JACOB, S. 2004. **Institutionnalisation del'évaluation et nouvelle gestion publique:** um état des lieux comparatif. Revue Internationale de Politique Comparée, v. 11, p. 271-292.
Disponível em:

<www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2004-2-page-271.htm>. Acesso em 20 out. 2012.

VAZQUEZ M. L. et al. 2009. **Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis.** Revista Panamericana Salud Publica, v. 26, n. 4, p. 360-367. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>>. Acesso em 20 out. 2012.

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. 2005. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis, vol.15, suppl., pp. 225-264.

WALT, G.1990. **Community Health Workers in National Programmes: just another pair of hands?** Philadelphia: Open University Press; 1990.

WORLD BANK.1987. **Financing health services in developing countries: an agenda for reform.** Washington: World Bank, 1987. Disponível em [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/23/000178830_98101903343495/Rendered/PDF/multi_page.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/23/000178830_98101903343495/Rendered/PDF/multi_page.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 1989. **Strengthening the performance of community health workers in primary health care:** report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization. Technical Report Series N° 780 Geneva, Switzerland; 1989 . Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_780.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).1975. **Alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries.** Geneva, World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008a. **Primary Health Care. Now more than ever.** (APS más necesaria que nunca). The World Health Report 2008. Geneva: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2008b. **Strengthening health services.** In: The Third Ten Years of WHO: 1968-1977. Geneva,World Health Organization, p. 117-131.

ANEXOS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 13 de setembro de 2011.

Parecer N° 222/11

CAAE: 0239.0.031.000-11

Título do Projeto: “Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do agente comunitário de saúde”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não.

Pesquisadora Responsável: Angelica Ferreira Fonseca

Orientador: Maria Helena M. Mendonça

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Tipo do projeto: Doutorado em Saúde Pública

Data de qualificação: 10 / 08 / 2011.

Data de recebimento no CEP-ENSP: 30 / 08 / 2011.

Data de apreciação: 14 / 09 / 2011.

Parecer do CEP: Aprovado*

* A pesquisadora deverá colocar o timbre da Fiocruz no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Após a definição da unidade de saúde a ser pesquisada, apresentar a autorização da SMS/RJ para realização do estudo.

Objetivos:

Geral: Analisar as repercussões das práticas de monitoramento e avaliação em saúde, implementadas na atenção primária sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde, particularmente no que tange à dimensão educativa.

Específicos:

Caracterizar o processo de trabalho dos ACS, conferindo destaque às ações educativas;

Mapear as concepções sobre o trabalho dos ACS entre os profissionais das equipes de Saúde da Família no lócus da pesquisa;


Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 221A/2012

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 2012.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Fabio Tuche Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva: Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">2ª VIA</div> ALTERAÇÃO PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 51/12. TÍTULO: Avaliações em saúde: repercussões sobre o trabalho do agente comunitário de saúde. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Angélica Ferreira Fonseca. UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde e Clínica da Família Izabel dos Santos. DATA DA APRECIÇÃO: 27/01/2012. DATA DA 1ª ALTERAÇÃO: 24/09/2012. PARECER: APROVADO.
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

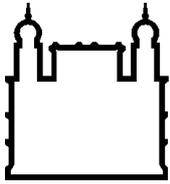
Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


PEDRO PAULO MAGALHÃES CHRISPIM
 Coordenador Substituto
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

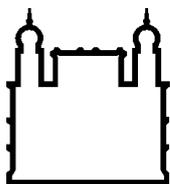
SALESIA FELIPE DE OLIVEIRA
 COORDENADORA DO
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
 Matr. 11/141.833-4

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577



Anexo 3 - Roteiro de entrevista com Agentes Comunitários de Saúde.

- 1) Por que você escolheu este trabalho?
- 2) Como foi o processo seletivo que possibilitou a você, tornar-se ACS?
- 3) Houve uma etapa de capacitação? Como foi?
Explorar amplamente as características dessa etapa formativa, inclusive os grupos de trabalhadores incluídos.
- 4) Qual sua visão sobre a comunidade na qual você trabalha? E sobre a microárea a qual você está vinculado?
- 5) Como você explicaria o que você faz, para alguém que não conhecesse a saúde da família? Apresentar uma situação hipotética, na qual ele fosse explicar para a alguém que não conhece a saúde da família, o trabalho do ACS
- 6) Você poderia me contar como você se apresenta, na primeira vez que chega a uma casa pra fazer a visita domiciliar? E nas vezes seguintes?
- 7) Como é a equipe na qual você trabalha (*explorar a distinção entre equipes de Agentes comunitários e equipe da Saúde da Família*).
- 8) Uma ação da rotina do ACS é o que se chama de educação em saúde. Qual a sua forma de fazer a educação em saúde?
- 9) No nosso trabalho, nem sempre tem espaço para discutir tudo que achamos importante. Do que você gostaria de tratar em reuniões ou supervisões, mas que, em geral acaba não sendo possível tratar?
- 10) Por outro lado, tem coisas sobre o trabalho que sempre são abordadas nas reuniões ou supervisões. No seu caso, que assuntos /questões são essas?
- 11) Você já parou para pensar se o seu trabalho é avaliado?
- 12) Quais são as formas mais comuns de avaliar o seu trabalho? (você se sente cobrado, nestas avaliações? Elas ajudam?
- 13) Como você gostaria que seu trabalho fosse avaliado?
- 14) Pra você, qual o objetivo da supervisão que você recebe?
- 15) Você poderia descrever, contar para mim, o que em geral acontece em uma atividade de supervisão?
- 16) O que você acha que seria importante acontecer na supervisão, mas que em geral não acontece?
- 17) No que diz respeito à avaliação e à supervisão, como é a relação com a SPDM?
- 18) Abrir para comentários do entrevistado.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

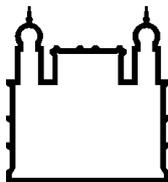
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 4- Roteiro para entrevista com o supervisor

- 1) Gostaria que você me contasse como você veio trabalhar na CF
- 2) Como você explicaria o trabalho de um agente comunitário de saúde, para alguém não familiarizado com a Saúde da Família?
- 3) Como você explicaria o trabalho que você realiza junto aos Agentes Comunitários de Saúde ?
- 4) Quais os elementos mais comuns da supervisão do trabalho em uma unidade de saúde da família?
- 5) E do trabalho do ACS?
- 6) Que questões você gostaria de poder tratar nas supervisões mas que hoje encontram-se ausentes desse espaço?
- 7) Você, na sua formação, foi de algum modo preparado para lidar com as questões trazidas para a supervisão, a partir do trabalho do ACS?
- 8) Que questões são tratadas hoje, na supervisão que você gostaria que fossem tratadas em outro espaço? Você identifica na estrutura da unidade algum espaço mais adequado para essas questões?
- 9) Qual você apontaria como a maior lacuna para a qualificação do trabalho do ACS?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 5 -Temas para a entrevista com a coordenação da área programática 3.2

Temas / Objetivos:

Entender a visão da coordenação da área programática sobre o modelo de atenção primária posto em curso pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Situar o papel, concreto e atual, do Agente Comunitário de saúde na rede de atenção primária e seu papel potencial.

Entender de que modo o modelo de contrato de gestão estabelecido com as organizações sociais da saúde, repercute sobre a implementação do modelo.

Entender se existem repercussões específicas sobre o trabalho do agente comunitário de saúde

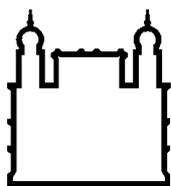
Entender de que forma a entrevistada percebe o impacto da avaliação sobre o trabalho e a gestão, no plano da coordenação de área.

Entender de que forma a avaliação se insere no processo de gestão de pessoas posto em prática na atenção primária Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e compreendendo os aspectos específicos relativos aos Agentes Comunitário de saúde.

Entender as características que a entrevistada situaria como desejáveis para uma proposta de avaliação da atenção primária, enfocando características especificamente relacionadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Entender de que forma a supervisão está inserida na configuração do trabalho do ACS e qual seria a forma desejável de sua inserção.

Recuperar a memória da denominação da Clínica de Saúde da Família Isabel dos Santos.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 6 - Temas para a entrevista com o Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde -

Temas / Objetivos:

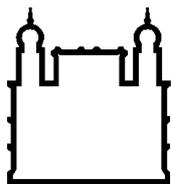
Compreender a visão do nível central da gestão sobre o modelo de atenção primária posto em curso pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Situar o papel concreto e atual do Agente Comunitário de Saúde no modelo de Atenção primária desenvolvido no município do Rio de Janeiro.

Entender de que forma a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde pensa a inserção das políticas e práticas de avaliação/acreditação na gestão do sistema de serviços de saúde em geral e na atenção básica em particular.

Entender de que forma a avaliação se insere no processo de gestão de pessoas posto em prática na atenção primária Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e compreendendo os aspectos específicos relativos aos Agentes Comunitário de saúde.

Entender, especificamente a proposta de Certificação do Cuidado com Qualidade.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 7 - Temas para a entrevista com o gestor da OSS – Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

Temas / Objetivos:

Antes de abordar os temas centrais : pedir para o entrevistado falar de sua trajetória profissional do gestor da OSS e características da equipe da OSS diretamente ligada a clínica da Família Izabel dos Santos

Entender a visão da OSS sobre o modelo de atenção primária implementado no Rio de Janeiro.

Situar o papel, concreto e atual, da OSS na gestão das unidades da AP 3.2

Entender de que modo o modelo de contrato de gestão estabelecido com as organizações sociais da saúde, repercute sobre a implementação do modelo, no contexto da clínica.

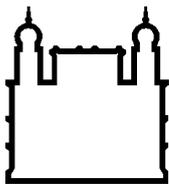
Identificar o papel da OSS na avaliação – (proposição de indicadores, coleta de dados, elaboração dos resultados)

Entender as formas de repasses de recursos com base na avaliação

Entender se existem repercussões específicas sobre o trabalho do agente comunitário de saúde (demissões e contratações)

Caracterizar as formas de supervisão da OSS e sua relação com o trabalho do ACS

Entender a visão do gestor da OSS sobre o trabalho dos ACS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Anexo 8 _ Roteiro com temas para a entrevista com a gerente da CF Izabel dos Santos

Antes de abordar os temas centrais: pedir para a entrevistada falar sobre sua trajetória profissional até se tornar gerente da CF .

Objetivos:

Entender a visão da coordenação da gerência da clínica da Família Izabel dos Santos sobre o modelo de atenção primária posto em curso pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

Situar o papel, concreto e atual, do Agente Comunitário de saúde na rede de atenção primária e seu papel potencial.

Entender de que modo o modelo de contrato de gestão estabelecido com as organizações sociais da saúde, repercute sobre a dinâmica da clínica.

Entender se existem repercussões específicas sobre o trabalho do agente comunitário de saúde

identificar os procedimentos processos de avaliação e acreditação que foram incorporados por esta unidade de saúde da família

Entender de que forma a entrevistada percebe o impacto da avaliação sobre o trabalho de gestão, no plano da gerência e das relações com a coordenação de área e com os profissionais da unidade.

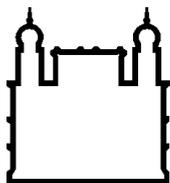
Entender de que forma a avaliação se insere no processo de gestão de pessoas posto em prática na atenção primária Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro e compreendendo os aspectos específicos relativos aos Agentes Comunitário de saúde.

Entender de que forma a avaliação se insere no processo de gestão compreendendo os aspectos específicos relativos ao Agente Comunitário de Saúde

Entender as características que a entrevistada situaria como desejáveis para uma proposta de avaliação da atenção primária, enfocando características especificamente relacionadas ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Entender de que forma a supervisão está inserida na configuração do trabalho da equipe de saúde da família e do trabalho dos ACS. Entender diferenças qualitativas e quantitativas, entre o que está atualmente praticado e o que seria desejável (na perspectiva da gerente da CF)

Recuperar a memória da denominação da Clínica da Família Izabel dos Santos.



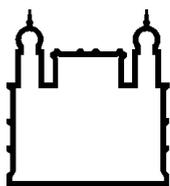
Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Anexo 9 - Roteiro para a observação participante das Reuniões de Equipe

- 1) Considerar a pauta das reuniões registrando a inclusão ou não de questões específicas sobre o trabalho do ACS.
- 2) Considerar as características das questões sobre o trabalho do ACS que tem espaço na pauta.
- 3) Considerar o tempo e a forma (espaço) que são dadas as essas questões
- 4) Considerar a participação dos ACS no debate como um todo
- 5) Considerar as características dos temas predominantes
- 6) Considerar as características dos temas ausentes
- 7) Considerar a participação dos outros atores sociais nestes encontros
- 8) Considerar possíveis constrangimentos a participação (linguagem, relações de poder, por ex)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



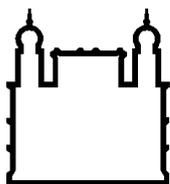
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 10 - Roteiro para o acompanhamento do processo de trabalho do ACS nas visitas domiciliares

- 1) Observar a forma de aproximação com os moradores nas VD
- 2) Observar o protagonismo de morador e do ACS na proposição de temas
- 3) Observar as atividades realizadas
- 4) Observar as características do trabalho educativo
- 5) Observar os termos do diálogo entre morador e o ACS
- 6) Observar o tempo de duração das visitas
- 7) Observar o tempo dispendido frente a cada tipo de atividade (preenchimento de dados, coleta de dados, e as várias formas de educação em saúde
- 8) Observar como o morador reage a VD
- 9) Observar como o ACS reage a realização da VD – aspectos mais subjetivos

Na unidade de saúde

- 1) Observar as atividades
- 2) Observar o tempo dispendido para a realização de cada atividade
- 3) Observar a relação do ACS com esta atividade (dificuldades, interesse, facilidades)
- 4) Observar os instrumentos utilizados para realizar a atividade



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 11 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I-
(Referente à realização de entrevistas com os Agentes Comunitários de saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde” integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz de Angélica Ferreira Fonseca..

Nessa pesquisa pretendemos pensar sobre o trabalho do Agente Comunitário e sobre a avaliação deste trabalho. Assim, como você é Agente Comunitário de Saúde gostaríamos de contar com a sua participação.

A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas: 1) contato direto com o pesquisador, visto que farei observações sobre a rotina de trabalho. Assim, acompanharei Agentes Comunitários de Saúde por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais estejam envolvidos, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Clínica de Saúde da Família ou na comunidade. 2) Realização de uma entrevista individual ou em dupla. O assunto sobre o qual vamos conversar, nessa entrevista, são as formas de acompanhamento, supervisão e avaliação do trabalho do ACS. 3) Participação em algumas reuniões da equipe de saúde da família. Nestas reuniões meu papel é de observador. 4) Discussão em grupo (pesquisadora com ACS) sobre o dados encontrados nas etapas anteriores.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de realização de entrevistas, que pode ser feita individualmente ou, se você preferir, com um outro Agente Comunitário de Saúde que participe da pesquisa, e também prefira realizar a entrevista em dupla.

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados com as formas como os agentes comunitários trabalham e realizam as atividades educativas e também, como o trabalho do ACS é acompanhado, supervisionado e avaliado. Nosso interesse é entender quais características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação, e qual a importância que a avaliação tem na Saúde da Família, como um direcionador do trabalho.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina ou mesmo as conversas sobre o trabalho e avaliação podem acarretar. Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade. Para o registro dos dados

das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas.

Todo este material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre o trabalho dos ACS e as formas de gestão do trabalho. É possível que com a pesquisa possamos entender melhor o papel da supervisão para qualificar o trabalho do ACS, com especial atenção para a educação em saúde.

A pesquisa possibilitará compreender as ações formas que estão sendo adotadas ou que poderiam ser adotadas, para contribuir com o melhor desenvolvimento do trabalho nas unidades básicas de saúde, visando alcançar transformações positivas para o trabalho em saúde.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição, que não será informada sobre sua desistência.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo.

Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail:

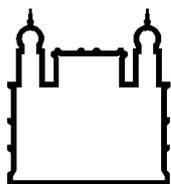
cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**Anexo 12- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II –
(Referente ao acompanhamento da rotina de trabalho de
Agentes Comunitários de Saúde)**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “ Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde” a qual integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz de Angélica Ferreira Fonseca

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sobre o monitoramento, supervisão e avaliação deste trabalho. Assim, como você é Agente Comunitário de Saúde gostaríamos de contar com a sua participação.

A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas: 1) contato direto com o pesquisador, visto que farei observações da rotina de trabalho. Assim, acompanharei os agentes comunitários que participarem da pesquisa por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades nas quais você pode estar envolvido, tais como a marcação de consultas, o preenchimento do Siab, as atividades de educação em saúde na Unidade de Saúde da Família ou na comunidade. 2) Realização de uma entrevista individual ou em dupla. O assunto sobre o qual vamos conversar, nessa entrevista, são as formas de acompanhamento e avaliação do trabalho do ACS 3) Participação em algumas reuniões da equipe de saúde da família. Nestas reuniões o papel da pesquisadora é de observação. 4) Discussão em grupo (pesquisadora com os ACS) sobre o dados encontrados nas etapas anteriores.

Este termo, que você está lendo, é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de acompanhamento de suas atividades de trabalho durante uma semana de trabalho (5 dias).

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados com as diversas atividades que compõem o trabalho do agente comunitário, inclusive as atividades educativas e também quanto às formas de avaliação, acompanhamento e supervisão do trabalho do ACS. Nosso interesse é entender que características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação e qual a importância que a avaliação tem na Saúde da Família.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que o acompanhamento de sua rotina, bem como as conversas que teremos sobre o seu trabalho e a avaliação podem gerar. Ainda que esses momentos possam provocar o aparecimento de questões incômodas sobre as dificuldades do trabalho, o foco da pesquisa não requer aprofundar essas situações, e sim levantar o entendimento dos trabalhadores sobre algumas situações, relativas as práticas de educação e saúde e avaliação.

Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho. Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde, caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade.

Para o registro dos dados das observações do seu trabalho usarei um diário de campo, no qual anotarei observações pessoais. As entrevistas (conversas sobre o trabalho e avaliação) serão gravadas e depois transcritas.

Todo este material será mantido sob a minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre o trabalho dos ACS e as formas de gestão do trabalho. É possível que com a pesquisa possamos entender melhor o papel da supervisão para qualificar o trabalho do ACS, com especial atenção para a educação em saúde. A pesquisa possibilitará compreender as ações formas que estão sendo adotadas ou que poderiam ser adotadas, para contribuir com o melhor desenvolvimento do trabalho nas unidades básicas de saúde, visando alcançar transformações positivas para o trabalho em saúde.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública.

Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição, que não será informada sobre sua desistência. Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

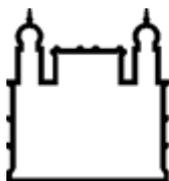
Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo. Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Anexo 13 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO III-
(referente à realização de entrevista com o supervisor)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde”

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sobre o monitoramento, supervisão e a avaliação deste trabalho. Assim, como você é integrante da equipe de saúde da família desta unidade e desenvolve atividades de monitoramento e avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, gostaríamos de contar com a sua participação.

Essa pesquisa integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz de Angélica Ferreira Fonseca A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas: 1) Observações da rotina de trabalho do ACS. Assim, acompanharei os agentes comunitários de saúde que concordarem em participar da pesquisa por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades previstas no seu conjunto de atividades.. 2) Realização de entrevista individual, com ACS e supervisores. O assunto sobre o qual vamos conversar, nessas entrevistas, são as formas de acompanhamento, supervisão e avaliação do trabalho do ACS; 3) Participação em algumas reuniões da equipe de saúde da família. Nestas reuniões o papel da pesquisadora é de observação. 4) Discussão em grupo (pesquisadora com os ACS) sobre os dados encontrados nas etapas anteriores

Este termo é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de **entrevista individual**. Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados às atividades que compõem o trabalho do agente comunitário, com especial atenção sobre as atividades educativas e sobre as formas de avaliação, monitoramento e supervisão do trabalho dos ACS. Nosso interesse é entender que características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação, a importância que as práticas de avaliação em saúde têm na Saúde da Família e a potencialidade e limites da supervisão.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que estas conversas podem gerar. Ainda que esses momentos possam suscitar questões incômodas sobre as dificuldades do trabalho, o foco da pesquisa não requer aprofundar essas situações, e sim evidenciar a perspectiva dos profissionais envolvidos sobre práticas privilegiadas na pesquisa.

Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho. Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade.

Para o registro das entrevistas nossa proposta é a utilização de um gravador. O material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre o trabalho dos ACS e as formas de gestão do trabalho. É possível que com a pesquisa possamos elaborar melhor o papel da supervisão para a qualificação do trabalho do ACS, com especial atenção para a educação em saúde. A pesquisa possibilitará compreender as ações formas que estão sendo adotadas ou que poderiam ser adotadas, para contribuir com o melhor desenvolvimento do trabalho nas unidades básicas de saúde, visando alcançar transformações positivas para o trabalho em saúde.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública. Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição, que não será informada sobre sua desistência.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo.

Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail:

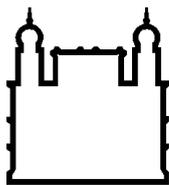
cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**Anexo 14 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
Referente à realização de entrevistas com o
gestor da Atenção Primária da SMSDC- Rio de Janeiro**

O Sr. está sendo convidado a participar da pesquisa “**Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**” que integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz, da aluna Angélica Ferreira Fonseca.

Sua seleção como entrevistado deve-se a responsabilidade ao senhor atribuída, na gestão da atenção primária no setor saúde no município do Rio de Janeiro.

A sua participação é voluntária. A qualquer momento o Sr. pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ. O objetivo geral da pesquisa é compreender o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e analisar as formas de monitorar, avaliar e supervisionar o trabalho do ACS, com especial atenção aos desdobramentos desses processos sobre o componente educativo do trabalho. Nosso interesse é entender que características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação, a importância que as práticas de avaliação em saúde têm na Saúde da Família e a abrangência e limites da supervisão

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista na formulada sobre a percepção dos processos de avaliação, a partir do nível da gestão.

Caso o Sr. esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr. poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos produzidos na investigação. Por sua posição impar no organograma da secretaria de saúde deste município, citações diretas

de falas não serão utilizadas. Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

Decidindo por participar o Sr. receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

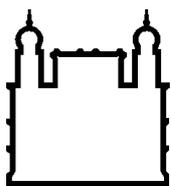
Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**Anexo 15 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
(Referente à realização de entrevistas com a coordenação de Área Programática)**

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa “**Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**” que integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz da aluna Angélica Ferreira Fonseca.

Sua seleção como entrevistada deve-se a responsabilidade a senhora atribuída na gestão da área programática e por decorrência, sua relação direta com as unidades de Saúde da Família e as praticas de avaliação.

objetivo geral da pesquisa é compreender o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e analisar as formas de monitorar, avaliar e supervisionar o trabalho do ACS, com especial atenção aos desdobramentos desses processos sobre o componente educativo do trabalho. Nosso interesse é entender que características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação, a importância que as práticas de avaliação em saúde têm na Saúde da Família e a abrangência e limites da supervisão

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista na estará em pauta a percepção dos processos de avaliação, a partir do nível da gestão local.

A sua participação é voluntária. A qualquer momento a Sra. pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ

Caso a Sra. esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, a Sra. poderá solicitar à

pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Por sua posição ímpar no organograma da secretaria de saúde deste município, citações diretas de falas não serão utilizadas.

Destaque-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado no prazo recomendado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP).

Decidindo por participar a Sra. receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

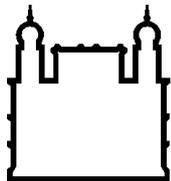
Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Anexo 16 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
(referente à realização de entrevista com a gerente da Clínica de Saúde da família
Izabel dos Santos)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde”

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sobre o monitoramento, supervisão e a avaliação deste trabalho. Assim, como você é integrante da equipe de saúde da família desta unidade e desenvolve atividades de monitoramento e avaliação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, gostaríamos de contar com a sua participação.

Essa pesquisa integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz de Angélica Ferreira Fonseca. A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas: 1) Observações da rotina de trabalho do ACS. Assim, acompanharei os agentes comunitários de saúde que concordarem em participar da pesquisa por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades previstas no seu conjunto de atividades.. 2) Realização de entrevista individual, com ACS e supervisores. O assunto sobre o qual vamos conversar, nessas entrevistas, são as formas de acompanhamento, supervisão e avaliação do trabalho do ACS; 3) Participação em algumas reuniões da equipe de saúde da família. Nestas reuniões o papel da pesquisadora é de observação. 4) Discussão em grupo (pesquisadora com os ACS) sobre os dados encontrados nas etapas anteriores

Este termo é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de **entrevista individual**.

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados às atividades que compõem o trabalho do agente comunitário, com especial atenção sobre as atividades educativas e sobre as formas de avaliação, monitoramento e supervisão do trabalho dos ACS. Nosso interesse é entender que características desse trabalho estão sendo valorizadas na avaliação, a importância que as práticas de avaliação em saúde têm na Saúde da Família e a potencialidade e limites da supervisão.

Em relação aos riscos que esta investigação pode causar aos trabalhadores envolvidos, identificamos possíveis desconfortos e inquietações que estas conversas podem gerar. Ainda que esses momentos possam suscitar questões incômodas sobre as dificuldades do trabalho, o foco da pesquisa não requer aprofundar essas situações, e sim evidenciar a perspectiva dos profissionais envolvidos sobre práticas privilegiadas na pesquisa.

Por outro lado, entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e

repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa. O mesmo poderá ser feito em relação ao nome da unidade de saúde caso seja de interesse do grupo de trabalhadores dessa unidade.

Para o registro das entrevistas nossa proposta é a utilização de um gravador. O material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, a senhora estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre o trabalho dos ACS e as formas de gestão do trabalho. É possível que com a pesquisa possamos elaborar melhor o papel da supervisão para a qualificação do trabalho do ACS, com especial atenção para a educação em saúde.

A pesquisa possibilitará compreender as ações formas que estão sendo adotadas ou que poderiam ser adotadas, para contribuir com o melhor desenvolvimento do trabalho nas unidades básicas de saúde, visando alcançar transformações positivas para o trabalho em saúde.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública. O uso de citações diretas de fala serão evitadas.

Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição, que não será informada sobre sua desistência.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo.

Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail:

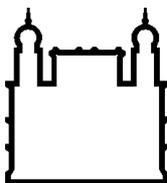
cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Anexo 17 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

(referente à realização de entrevista com o gestor da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação em saúde: repercussões sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde”

Nessa pesquisa pretendemos refletir sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sobre o monitoramento, supervisão e a avaliação deste trabalho. Assim, como você é gestor da OSS que gerencia a Clínica da Família Izabel dos Santos, gostaríamos de contar com a sua participação.

Essa pesquisa integra o curso de doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) /Fiocruz de Angélica Ferreira Fonseca A pesquisa será constituída pelas seguintes etapas: 1) Observações da rotina de trabalho do ACS. Assim, acompanharei os agentes comunitários de saúde que concordarem em participar da pesquisa por alguns dias, tanto nas visitas domiciliares quanto em outras atividades previstas no seu conjunto de atividades.. 2) Realização de entrevista individual, com ACS e supervisore e gestores. O assunto sobre o qual vamos conversar, nessas entrevistas, são as formas de acompanhamento, supervisão e avaliação do trabalho do ACS; 3) Participação em algumas reuniões da equipe de saúde da família. Nestas reuniões o papel da pesquisadora é de observação. 4) Discussão em grupo (pesquisadora com os ACS) sobre os dados encontrados nas etapas anteriores

Este termo é específico para seu consentimento em relação a uma das etapas da pesquisa. Trata-se da etapa de **entrevista individual**.

Os assuntos que serão abordados nesta pesquisa envolvem aspectos relacionados às atividades que compõem a avaliação e monitoramento das atividades da CF, com especial atenção para o que diz respeito ao trabalho do agente comunitário.

Nossa intenção é entender de que forma a OS integre com as outras instâncias e suas responsabilidades e atribuições no que diz respeito à avaliação.

Entendemos a pesquisa como possibilidade de construção de saberes entre pesquisador e sujeito investigado, onde este último pode ter a chance de pensar e repensar sobre as questões discutidas e que dizem respeito a algo central na vida, que é o trabalho.

Sua identidade será mantida em sigilo em todos os materiais resultantes desta pesquisa.

Para o registro das entrevistas nossa proposta é a utilização de um gravador. O material será mantido sob minha responsabilidade durante um período de 5 anos, sendo destruído após esse período.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o senhor estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre o trabalho dos ACS e as formas de gestão do trabalho. A pesquisa possibilitará compreender as ações formas que estão sendo adotadas ou que poderiam ser adotadas, para contribuir com o melhor desenvolvimento do trabalho nas

unidades básicas de saúde, visando alcançar transformações positivas para o trabalho em saúde.

Comprometo-me a apresentar os resultados da pesquisa pessoalmente em uma reunião a todos que desejarem participar. Os resultados da pesquisa serão divulgados no meio acadêmico, em congressos, reuniões técnico-científicas e revistas da área de saúde pública. O uso de citações diretas de fala serão evitadas.

Afirmo que sua participação na pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a você junto a sua instituição, que não será informada sobre sua desistência.

Decidindo por participar você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética da Ensp/Fiocruz. Assim, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadora Angélica Ferreira Fonseca

Contato do pesquisador: Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. tel: (51) 21 2598 2520- email: afonseca@fiocruz.br.

Comitê de Ética em Pesquisa: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo.

Manginhos, RJ. CEP: 21041-210. Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail:

cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Rua Afonso Cavalcante, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: 3971-1463 cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Gerente **da Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Medicina**

Declaro que entendi os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

