

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Joana D'Arc Alves Soares

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À  
BONIFICAÇÃO**

Belo Horizonte  
2025

Joana D'Arc Alves Soares

**PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À  
BONIFICAÇÃO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida

Coorientadora: Profa. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto

Belo Horizonte  
2025

Soares, Joana D'Arc Alves.  
SO676p Percepção dos Agentes comunitários de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação de desempenho vinculada à bonificação [recurso eletrônico]. / Joana D'Arc Alves Soares. - - Belo Horizonte: 2025.  
147f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Vanessa de Almeida.  
Coorientador (a): Keli Bahia Felicíssimo Zocratto.  
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Avaliação de Desempenho Profissional. 4. Gestão em Saúde. 5. Programa de Estímulos e Incentivos. 6. Dissertação Acadêmica. I. Almeida, Vanessa de. II. Zocratto, Keli Bahia Felicíssimo. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 21.5

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG  
COL. DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 122 – B. Santa Efigênia – B.Hte/MG- Brasil  
CEP: 30130-100 - Telefone: 3409-9878 email: [colposgss@enf.ufmg.br](mailto:colposgss@enf.ufmg.br)



**ATA DE NÚMERO 131 (CENTO E TRINTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA JOANA D'ARC ALVES SOARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.**

Aos 11 (onze) dias do mês de dezembro de dois mil e vinte e cinco, às 13:30 (treze horas e trinta minutos), realizou-se, na sala 106 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO", da aluna *Joana D'Arc Alves Soares*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Políticas, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Vanessa de Almeida, Keli Bahia Felicíssimo Zocratto, Kátia Ferreira Costa Campos e Stephanie Marques Moura Franco Belga, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelas examinadoras com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

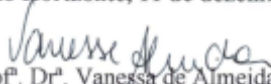
APROVADA.  
 REPROVADA.

A Comissão Examinadora recomendou a mudança do título para:

" \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ "


O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora.

**Belo Horizonte, 11 de dezembro de 2025.**

  
Prof. Dr. Vanessa de Almeida  
Membro Titular – Orientadora (UFMG)

  
Prof. Dr. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto  
Membro Titular (UFMG)

  
Prof. Dr. Kátia Ferreira Costa Campos  
Membro Titular (UFMG)

  
Prof. Dr. Stephanie Marques Moura Franco Belga  
Membro Titular (PBH)

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, fonte de toda sabedoria, força e direção. Foi Ele quem me sustentou nos dias difíceis, me concedeu coragem quando pensei em desistir e me guiou com amor por cada etapa dessa caminhada.

Este mestrado é resultado da fé que me manteve de pé, da esperança que me impulsionou e da graça divina que me acompanhou em cada escolha e desafio.

“Tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13).

## AGRADECIMENTOS

A jornada que me trouxe até aqui não foi trilhada sozinha. Por isso, cada linha a seguir é dedicada àqueles que caminharam comigo, nas alegrias e nos desafios.

À Deus, minha eterna gratidão, por me permitir sonhar e realizar; por ser força nos dias de cansaço, luz nas horas de dúvida e abrigo nos momentos de angústia.

Aos meus filhos, Gustavo e Letícia, razão maior de tudo o que sou e de tudo o que almejo ser. Gustavo, com seu olhar sempre acolhedor e suas palavras constantes de incentivo e motivação, transmite confiança e fé em minha capacidade, lembrando os momentos mais desafiadores que consegui superar e encorajando-me a seguir em frente. Letícia, incentivadora nata, é uma grande apoiadora, conselheira e companheira atenta, sempre zelosa quanto ao meu bem-estar físico e capaz de perceber o instante exato em que preciso de pausa e descanso. Gustavo e Letícia, o olhar e o abraço de vocês foram o maior alento que encontrei ao longo desta jornada. Agradeço por estarem sempre ao meu lado, mesmo quando a rotina me exigiu em demasia; por compreenderem minhas ausências, acolherem meu cansaço e me amarem mesmo nos dias em que me faltou paciência.

À minha mãe, agradeço pelas orações, pelo cuidado e pela preocupação diária. Por estar sempre ao meu lado, apoiando e ajudando no que é possível, aliviando o peso da minha rotina e tornando os dias mais leves. Ao meu pai, em memória, que sempre incentivou meus estudos e que, se estivesse presente, certamente estaria muito feliz com esta conquista.

Ao meu marido, minha gratidão pelo incentivo constante, por sempre acreditar em mim e, por oferecer sempre suporte emocional e familiar. Sua presença tornou mais leve aquilo que, sozinha, seria pesado demais.

À Denyse, minha primeira gerente na Saúde Pública, deixo um agradecimento especial. Seus exemplos moldaram meu olhar profissional e despertaram em mim um amor profundo pelo SUS. Foi com seu apoio que dei os primeiros passos na gestão, os quais me prepararam para sonhar ainda mais alto. Estendo minha gratidão à colega de trabalho Caroline Schilling, cujo apoio constante e encorajamento foram fundamentais para que eu acreditasse em meu potencial e compreendesse que uma universidade como a UFMG também poderia ser o meu lugar.

Agradeço igualmente à colega Rafaela Sardi pelo carinho e pela solidariedade demonstrados ao longo desse processo. Sua escuta atenta, seu apoio afetivo e sua

generosidade foram essenciais para a finalização desta jornada.

À minha querida professora Fátima Castro, registro profunda admiração e gratidão. Sua empatia, sensibilidade, generosidade e afeto foram um abrigo seguro nos momentos difíceis desde a graduação. Seu apoio deu força quando pensei em desistir.

Expresso meus sinceros agradecimentos à Agente Comunitária de Saúde Márcia, colega de trabalho e parceira nesta trajetória, cujo apoio foi essencial para a construção do roteiro de entrevista semiestruturado, contribuindo de maneira valiosa para o rigor e a sensibilidade deste estudo.

Estendo minha gratidão a todas as agentes comunitárias de saúde que, de forma voluntária e generosa, dispuseram-se a participar desta pesquisa, compartilhando suas experiências e percepções com comprometimento e disponibilidade, possibilitando a reflexão crítica sobre o trabalho na Atenção Primária e a proposição de melhorias para a BCMRI.

Agradeço, ainda, às gerentes das unidades de saúde que gentilmente viabilizaram a realização das entrevistas e ofereceram o suporte necessário durante todo o processo de campo, demonstrando sensibilidade, acolhimento e cooperação com a pesquisa e com o fortalecimento das práticas de gestão e cuidado no âmbito da saúde pública.

À Vanessa, minha orientadora, que me acompanhou com olhar atento e coração aberto desde os primeiros passos na disciplina isolada. Obrigada pela escuta acolhedora, pelo incentivo sem cobranças e pela confiança que tanto me fortaleceu.

À coorientadora Keli, minha gratidão igualmente pela sua presença com palavras precisas, gestos de apoio e cuidado. Graças à orientação e ao direcionamento de ambas, foi possível chegar à conclusão deste trabalho.

Aos meus familiares, em especial ao meu tio Carlito e todos os meus amigos, que vibraram por mim mesmo à distância, que apostaram em meu caminho e celebraram cada pequena vitória, deixo meu mais sincero agradecimento.

Esta conquista é minha, mas também de todos que me levantaram quando precisei, que acreditaram quando duvidei e que seguraram minha mão para seguir ao meu lado. A todos vocês, meu mais profundo e sincero agradecimento.

“A fé não torna as coisas fáceis, ela torna possível” (Lucas 1:37).

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui a principal porta de entrada da população aos serviços públicos de saúde. Entre os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel fundamental na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo entre a comunidade e os serviços. Considerando a relevância da avaliação de desempenho como instrumento de gestão e valorização profissional, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte instituiu a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), destinada a reconhecer os profissionais que atingem metas e resultados estabelecidos. O estudo teve como objetivo compreender a percepção dos ACS sobre a avaliação de desempenho vinculada à BCMRI no município de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com ACS de uma Regional de Saúde da capital, submetidos à avaliação de desempenho. Os dados foram obtidos por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas, tratadas pela técnica de Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2016). Os resultados demonstraram uma expressiva predominância do sexo feminino entre os participantes (92,4%), com faixa etária concentrada entre 40 e 50 anos (69,2%), autodeclaração racial majoritariamente parda (53,8%), tempo de serviço público entre 10 e 20 anos (46,1%) e extenso período de atuação nas microáreas, variando de 21 a 30 anos (38,4%). Tais características evidenciam a consolidação de vínculos comunitários e a legitimidade do exercício profissional. Entre as potencialidades, destacam-se o comprometimento com o território, o engajamento na busca por metas e a percepção da BCMRI como mecanismo de reconhecimento e valorização. As fragilidades envolveram dificuldades de compreensão dos indicadores e critérios de apuração, ausência de devolutivas sistemáticas da gestão, carência de capacitações permanentes, fragilidades na supervisão de enfermagem e limitações tecnológicas e estruturais. Conclui-se que a efetividade da BCMRI depende do alinhamento entre metas institucionais e realidades territoriais, do fortalecimento da supervisão pedagógica e da implementação de mecanismos regulares de feedback. Como devolutiva ao serviço, elaboraram-se três produtos técnicos: um relatório técnico com recomendações de aprimoramento, uma cartilha digital com perguntas e respostas sobre a BCMRI e um manual atualizado sobre o registro no sistema de informação. Esses materiais visam favorecer a compreensão do processo avaliativo, promover a autonomia dos ACS e qualificar as práticas de gestão e valorização profissional na APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; avaliação de desempenho profissional.

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC), guided by the principles and guidelines of Brazil's Unified Health System (SUS), serves as the main entry point for the population into public health services. Within multidisciplinary teams, Community Health Workers (CHWs) play a central role in health promotion and in strengthening the bond between communities and health services. Recognizing the importance of performance evaluation as a management and professional appreciation tool, the Municipal Health Department of Belo Horizonte implemented the Bonus for Meeting Goals, Results, and Indicators (BCMRI), aimed at acknowledging professionals who meet established targets. This qualitative study sought to understand CHWs' perceptions of the performance evaluation linked to BCMRI in Belo Horizonte. Data were collected through document analysis and semi-structured interviews and analyzed using Bardin's Content Analysis. Findings revealed a predominantly female workforce, with intermediate age range, long-term service in public health, and strong territorial roots, demonstrating solid community bonds and professional legitimacy. Strengths reported included commitment to the territory, engagement in achieving goals, and recognition of BCMRI as a mechanism of professional appreciation. Identified challenges involved difficulties in understanding indicators and assessment criteria, lack of systematic feedback, limited continuous training, weaknesses in nursing supervision, and technological and structural constraints. The study concludes that the effectiveness of BCMRI depends on aligning institutional goals with territorial realities, strengthening pedagogical supervision, and implementing regular feedback mechanisms. As a contribution to health services, three technical products were developed: a technical report with recommendations, a digital booklet with frequently asked questions about BCMRI, and an updated manual for data recording in the information system. These materials aim to support understanding of the evaluation process, promote CHWs' autonomy, and improve management and professional appreciation practices within PHC.

**Keywords:** Primary Health Care; Community Health Workers; Professional Performance Evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Belo Horizonte e suas regionais .....	26
Figura 2 – Mapeamento das áreas, segundo o IVS .....	27
Quadro 1 – Situações de riscos e vulnerabilidades em todos os ciclos de vida para visita domiciliar .....	29
Diagrama 1 – Articulação das Estruturas Categóricas .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BCMRI	Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DESA	Diretoria de Educação em Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Integração do Cuidado
DTIS	Diretoria de Tecnologia de Informação em Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RT	Referência Técnica
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Trabalho de Conclusão de Mestrado
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E IMPLICAÇÕES DO TEMA DO TRABALHO NO CENÁRIO DE PRÁTICA.....	14
1 INTRODUÇÃO .....	17
2 OBJETIVOS .....	23
2.1 Objetivo geral .....	23
2.2 Objetivos específicos .....	23
3 JUSTIFICATIVA .....	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
4.1 Rede de Atenção Primária e trabalho do ACS .....	26
4.2 Acolhimento e vinculação da população adscrita .....	30
4.2.1 Diretrizes e habilidades requeridas do trabalho do ACS .....	32
4.3 Avaliação de desempenho e sua aplicabilidade nas organizações de saúde .....	34
4.4 Avaliação de desempenho dos ACS de Belo Horizonte vinculada a BCMRI .....	37
5 METODOLOGIA.....	40
5.1 Abordagem da pesquisa.....	40
5.2 Método da pesquisa .....	40
5.3 Cenário do estudo .....	41
5.4 Participantes da pesquisa .....	42
5.5 Técnicas de coleta de dados.....	43
5.6 Técnica de análise de dados.....	44
5.7 Aspectos éticos .....	45
5.8 Riscos.....	46
5.9 Benefícios.....	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
6.1 Perfil dos entrevistados .....	49
6.2 Organização do trabalho dos ACS por Indicadores .....	55
6.3 Apoio institucional e condições de trabalho.....	59
6.3.1 Supervisão do enfermeiro .....	59
6.3.2 Capacitação da equipe.....	62
6.3.3 Recursos tecnológicos e estrutura .....	65
6.4 Valorização profissional e comunicação institucional.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72

REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE A – RELATÓRIO TÉCNICO.....	87
APÊNDICE B – PRODUTO TÉCNICO: CARTILHA MITOS E VERDADES EM FORMATO DIGITAL .....	99
APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO: MANUAL DE REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO-BCMRI .....	103
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....	126
APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	128
APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	130
APÊNDICE G – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS .....	134
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL.....	136
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFMG .....	137
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SMSA/BH.....	140

## **APRESENTAÇÃO DA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL E IMPLICAÇÕES DO TEMA DO TRABALHO NO CENÁRIO DE PRÁTICA**

Minha trajetória profissional na área da saúde pública teve início em 2018, logo após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem, quando fui contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para atuar na campanha de vacinação contra a influenza. Encerrado o contrato, assumi o cargo de enfermeira da equipe de Saúde da Família no mesmo Centro de Saúde em que já estava alocada.

No exercício dessa função, ao longo de quatro anos, trabalhei em estreita parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Reconhecendo a importância desses profissionais para a equipe, para o território e para os usuários, busquei qualificação contínua no planejamento, execução e avaliação de ações voltadas à melhoria dos processos de trabalho. Nesse período, elaborei e implementei estratégias para apoiar os ACS na compreensão e operacionalização da avaliação de desempenho vinculada à Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), instituída pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com o intuito de favorecer o alcance dos resultados estabelecidos.

Os esforços empreendidos resultaram em avanços significativos. No período avaliativo de 2021, o Centro de Saúde em que estava lotada foi classificado em 4º lugar entre as 153 unidades do município, segundo ranking divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Em 2022, fui convidada a integrar a equipe da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), assumindo o cargo de Referência Técnica (RT) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Nessa função, passei a acompanhar e monitorar o processo de trabalho dos ACS em nível municipal, o que representou um desafio de grande complexidade, mas também uma experiência extremamente enriquecedora. Essa atuação possibilitou-me contribuir de forma direta com o trabalho de mais de dois mil agentes comunitários de saúde, ampliando minha compreensão sobre as dimensões operacionais e humanas que permeiam o cotidiano desses profissionais.

A GEAPS constituiu um espaço de aprendizado e aprimoramento técnico que proporcionou o diálogo contínuo com gestores locais e regionais, favorecendo o desenvolvimento de ações integradas e a normatização dos processos de trabalho dos ACS.

Durante essa trajetória, participei também de projetos estratégicos intersetoriais, nos quais a atuação do ACS se mostrava essencial. No contexto da BCMRI, identifiquei dificuldades recorrentes na compreensão, por parte dos agentes, acerca dos critérios de avaliação e dos indicadores assistenciais. Muitos profissionais desconheciam o funcionamento do sistema de informação e apresentavam dúvidas quanto aos registros e metas estabelecidas. Além disso, observava-se certo distanciamento entre os ACS e a gestão, o que dificultava o fluxo efetivo de informações. Embora os documentos referentes à BCMRI fossem públicos e estivessem disponíveis no site da Prefeitura de Belo Horizonte, faltava uma metodologia acessível e sistemática que favorecesse sua apropriação pelos trabalhadores.

Diante desse cenário, entre setembro e dezembro de 2022, foi desenvolvido pela GEAPS o Tutorial de Registros nos Sistemas de Informação, intitulado “ACS BCMRI/2022 – Como Atingir sua Meta”. Com o objetivo de ampliar o alcance do material, promoveu-se uma Instrução Técnica online que contou com a participação de 1.279 ACS. No ano de 2023, o tutorial foi atualizado e uma nova edição da instrução foi realizada, alcançando 1.415 participantes.

Para aprimorar o monitoramento dos indicadores, foi estabelecida uma parceria com a Diretoria de Tecnologia de Informação em Saúde (DTIS), resultando na criação de painéis em Power BI voltados ao acompanhamento das metas pelos ACS. Houve ainda investimento na capacitação das Referências Técnicas Regionais, por meio de reuniões mensais de alinhamento sobre todas as etapas do processo de avaliação de desempenho.

Essas ações refletiram positivamente nos resultados da BCMRI: enquanto em 2021 apenas 49,36% dos profissionais atingiram as metas estabelecidas, em 2022 esse percentual aumentou para 76,40%, evidenciando o impacto das estratégias implementadas.

Atualmente, exerço o cargo de gerente de um Centro de Saúde, coordenando uma equipe multiprofissional composta por aproximadamente 70 profissionais, entre os quais 14 são Agentes Comunitários de Saúde. No cotidiano da gestão, observo a relevância do papel do enfermeiro e do gestor imediato na mediação entre os ACS e a gestão central, especialmente na disseminação de informações, na atualização de protocolos e notas técnicas e na orientação quanto ao processo de avaliação de desempenho vinculado à BCMRI.

Dessa forma, a escolha do tema desta pesquisa emergiu de minha vivência prática e experiência profissional na Atenção Primária à Saúde. Acredito ser de extrema relevância escutar os ACS e favorecer sua participação ativa nos processos de tomada de decisão, mesmo diante dos desafios inerentes à gestão em um município de grande porte como Belo Horizonte. Assim, espera-se que o presente estudo contribua para o aperfeiçoamento da BCMRI, promovendo melhorias na prática profissional diária e avanços na cultura de avaliação e valorização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde/LOS – nº 8.080/90, dispõe sobre a criação do Serviço Único de Saúde (SUS) e estabelece o conjunto de ações que devem ser seguidas por instituições públicas, federais, estaduais e municipais. Desde sua criação o SUS se configura como uma das principais estratégias de intervenção social, sobre saúde e qualidade de vida da população brasileira (Brasil, 1990).

Por meio das suas diretrizes e princípios, são desenvolvidas não apenas políticas de atendimento, prevenção e promoção de saúde, mas também de construção da cidadania, por meio da participação popular crescente nos conselhos que compõem o processo decisório da instituição. Entre seus ordenamentos básicos, propõe que o modelo vigente de atenção à saúde deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, na relação da equipe de saúde com a comunidade e especialmente, com os seus núcleos sociais primários, as famílias (Brasil, 1997).

No modelo proposto, a assistência à saúde é prestada por meio de uma rede de atenção, que se complementa em três níveis: primário, secundário e terciário. Porém, a Atenção Primária à Saúde (APS), é a base de todo o processo. Nela se concretizam, conforme as diretrizes estabelecidas, a universalidade do acesso, equidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Além disso, se configura na principal porta de entrada para assistência à saúde, para todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 1997).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com a oferta de uma atenção integral que impacta positivamente na condição de saúde dos usuários e em seus determinantes e condicionantes de saúde (Mendes, 2012; Brasil, 2017). Em relação à resolubilidade, a APS supre mais de 80% dos problemas da população (Mendes, 2012).

Com a expansão da APS e a incorporação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante do modelo assistencial, a inserção das equipes e de profissionais com um novo perfil passou a desempenhar papel central na reorganização do cuidado.

Essas equipes, denominadas básicas, são compostas por um médico, um

enfermeiro, técnico de enfermagem e um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que cumprem 40 horas de trabalho/semana. As equipes ampliadas disponibilizam os mesmos profissionais das equipes básicas e são acrescidas de outros profissionais e médicos como pediatra, ginecologista ou clínico que cumprem carga horária de 20 horas semanais (Brasil, 2017).

Entre todos os profissionais, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde, categoria funcional mais expressiva pelo elevado contingente de servidores que totaliza, em 2023, 2.387 pessoas no município de Belo Horizonte (PBH, 2023b). Além disso, a atuação dos ACS, junto à população adstrita, fortalece os laços de relacionamento com os outros membros da equipe e possibilita a prestação da assistência de vida. Eles possuem inúmeras atribuições de grande importância para o funcionamento da APS e do SUS de um modo geral, incluindo o cadastro dos usuários no sistema do ministério da Saúde CADSUSWEB, que permite a criação do Cartão Nacional de Saúde (CNS), identifica o paciente e vincula seu histórico de atendimento. Realiza a atualização periódica de todos os dados cadastrais dos usuários nos sistemas de informação e acompanha através das visitas domiciliares às famílias, os usuários em situação de vulnerabilidades e todos aqueles cadastrados em sua área de abrangência (PBH, 2024a).

Em sua totalidade, as atividades desempenhadas são desencadeadas a partir da visita domiciliar. Para a equipe de Saúde da Família (eSF), a visita domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental que possibilita aos profissionais conhecerem o contexto do usuário, para constatação das reais condições de vida dele. No domicílio, ainda é possível a identificação das relações parentais e dos recursos que a família dispõe para melhor planejamento das ações de saúde (PBH, 2019).

Num contexto mais amplo, é que se tem clareza da importância do trabalho do ACS e da APS como um todo, para o SUS, no que se refere ao alcance dos resultados pretendidos, que se traduzem em melhor qualidade de vida e de saúde da população. Pulverizadas por todo o território nacional, por meio de cada uma das diversas unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura pelas suas equipes de Saúde da Família, aderidas aos pactos propostos e cumpridoras das diretrizes do modelo, buscam alcançar as pessoas com maior risco para adoecerem e morrerem.

Neste sentido, as avaliações periódicas dos serviços da Atenção Primária à Saúde são extremamente necessárias, visto que elas perpassam principalmente pelo

levantamento de dados que traduzem o quantitativo das ações empreendidas e das metas que foram alcançadas. A partir da avaliação desses serviços, se torna possível ampliar a rede, efetivar políticas públicas e conseqüentemente obter melhores padrões de qualidade da assistência, que vem sendo ofertada à população (Machado *et al.*, 2021).

Em 2011 foi criado o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tinha como objetivo incentivar a gestão das equipes à melhoria da qualidade dos serviços de saúde entregues à população. Esse modelo possibilita a comparação entre equipes do mesmo município ou em esfera nacional através do cumprimento de indicadores estratégicos estabelecidos como prioridade nacional (Ney; Pierantoni; Lapão, 2015).

O PMAQ foi substituído em dezembro de 2019 pelo Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 279 de 12 de dezembro de 2019. Com este programa foi estabelecido um novo modelo de financiamento de custeio no SUS para aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS, baseado em mecanismos que induzem a responsabilização dos gestores e dos profissionais que assistiam à população através do monitoramento de sete indicadores assistenciais (Brasil, 2019).

Em abril de 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.493, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017 e instituiu uma nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde. Essa atualização promoveu mudanças estruturantes no Programa Previne Brasil, com o objetivo de fortalecer e valorizar a Estratégia Saúde da Família, ajustando os critérios de financiamento e a lógica de distribuição dos recursos para melhor alinhamento às necessidades dos territórios e à ampliação da qualidade da atenção ofertada no âmbito do SUS (Brasil, 2024).

Inserido neste contexto, visando reconhecer a importância dos ACS para APS e para o SUS, iniciou-se na SMSA/BH no ano de 2010, a avaliação por desempenho, com base na Lei nº 9.985, por meio da Portaria SMSA/SUS-BH nº 023/2010, regulamentada pelo Decreto nº 17.247 de 19 de dezembro de 2019, alterada pelo Decreto nº 17.879 de 22 de fevereiro de 2022. (Belo Horizonte, 2019, 2022) A partir daí, foi instituída a concessão da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores que, desde então, vem sendo disponibilizada anualmente para todos os ACS, em todas as Unidades de Atenção Primária da rede municipal de saúde de Belo Horizonte (PBH, 2024a).

O objetivo estratégico da BCMRI é aumentar a efetividade das ações dos ACS, considerando as desigualdades locais e os diferentes riscos à saúde como instrumentos de priorização da atuação. Conseqüentemente, visa premiar com bonificação extra os funcionários que alcançarem as metas e resultados, individuais e coletivos, em suas atividades junto à população adscrita a eles (PBH, 2024b).

São seis indicadores que são definidos, também anualmente, para que possam retratar, de maneira fidedigna, o trabalho dos ACS, no contexto da Política de Saúde de Belo Horizonte. Essa definição pauta-se no princípio de que os indicadores devem estar relacionados essencialmente às atividades e responsabilidades previstas nas políticas nacionais e municipais atribuídas aos ACS (PBH, 2024b).

Dessa forma, espera-se que cada ACS, por meio de maior organização do seu trabalho, tenha melhorias no desempenho de suas atividades profissionais. Alcançados os resultados, tendo em vista a relevância do ACS na dinâmica das unidades de atenção primária, por conseguinte, os demais membros das eSF alcançarão maior dinamismo e resolubilidade junto à população da área de abrangência onde atuam (PBH, 2024b).

Atualmente, várias transformações vêm ocorrendo no Brasil e no mundo, com objetivo de reestruturar os serviços de saúde e as políticas que envolvem recursos humanos e o ambiente de trabalho. Já não se discute que o desempenho profissional é um determinante fundamental para as metas a serem alcançadas na prestação de serviços de saúde (Ney; Pierantoni; Lapão, 2015).

Neste sentido, melhorar o desempenho humano e organizacional também ganha destaque na gestão pública. No Brasil, o processo ainda é incipiente quando comparado a países desenvolvidos, apresentando uma defasagem de 10 anos de ensino e pesquisa (Cardoso *et al.*, 2020). Entretanto, apesar dessa defasagem, esse déficit vem sendo reduzido ao longo dos anos, devido à parceria que se estabeleceu entre as academias, além da internacionalização do conhecimento. Diante desse cenário, a avaliação por desempenho é uma área de estudo que tem crescido (Amorim; Comini; Fisher, 2019).

Estudos internacionais indicam que processos avaliativos associados a devolutivas estruturadas (*audit and feedback*) podem produzir melhorias pequenas a moderadas no desempenho de profissionais de saúde, sobretudo quando incluem metas claras, comparação com pares de alto desempenho e planos de ação para mudança de prática (Ivers *et al.*, 2025). No caso de trabalhadores como os Agentes

Comunitários de Saúde, revisões sistemáticas mostram que incentivos financeiros e não financeiros vinculados ao desempenho apresentam resultados heterogêneos e dependem fortemente do desenho dos critérios, da clareza dos indicadores e do suporte ofertado pelas equipes de supervisão (Gadsden *et al.*, 2022). Esses achados reforçam que a efetividade de políticas de avaliação e bonificação requer não apenas a definição de metas e recompensas, mas também estratégias robustas de comunicação e feedback, capazes de garantir transparência, alinhamento de expectativas e apropriação dos resultados pelos trabalhadores (Foy *et al.*, 2005).

Nesse sentido, compreender a dinâmica local de supervisão e como ela se articula ou deixa de se articular com o processo formal de avaliação torna-se essencial para interpretar os efeitos da BCMRI sobre o trabalho dos ACS.

Na unidade de atenção primária, os ACS são supervisionados diretamente pelo enfermeiro da Equipe de Saúde da Família. Porém, no que se refere ao processo de avaliação por desempenho, vinculado à BCMRI, é importante destacar o distanciamento deste profissional com a gestão que desenvolve a avaliação por desempenho e avalia a performance profissional do ACS; não há troca de informações. O processo ocorre noutra esfera, sem que ele participe de nenhuma etapa. Entende-se que esse distanciamento possa dificultar a compreensão dos ACS sobre a avaliação por desempenho, seus indicadores e suas metas anuais e toda sua percepção frente essa avaliação vinculada a bonificação.

Segundo Cardoso *et al.* (2020), o distanciamento entre gestores e profissionais representa um obstáculo para realização de um processo avaliativo democrático e também reflexivo. No formato fragmentado, ele perde o sentido, por não possibilitar o diálogo entre os membros da equipe, o avaliador e o avaliado. Sem a devida interlocução, não há compreensão apropriada e pouca ou nenhuma aplicabilidade da avaliação feita, visto que, dessa forma, não há ponderação de diferentes pontos de vista sobre o processo avaliativo e tampouco se obtém a reorganização do serviço, a partir da reflexão crítica dos sujeitos.

A proposta é que a avaliação por desempenho esteja centrada em um contexto que proporcione o diálogo, faça despertar no avaliado a necessidade de mudança para maior aprimoramento das suas funções (Cardoso *et al.*, 2020). Para isso, é necessário que o processo avaliativo se torne participativo e vá além dos pontos assertivos. É necessário buscar a problematização do cotidiano e também da realidade do trabalho, possibilitando que o trabalhador, a partir de uma autoanálise,

descubra se é capaz de identificar as fragilidades e potencialidades do processo de avaliação (Cardoso *et al.*, 2020).

No SUS, ainda há de se considerar os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a participação dos diferentes atores, usuários, trabalhadores, gestores e apoiadores no processo avaliativo, em todas as fases do processo, incluindo a construção de indicadores e validação dos dados (Brasil, 2007).

Assim, a avaliação por desempenho deve ser considerada de fato um instrumento de gestão, com o objetivo principal de melhorar a qualidade dos serviços prestados (Neves; Benito, 2004). Nesse contexto serão obtidas as respostas para auxiliar os gestores na implantação, consolidação e formulação de práticas na APS. Para que isso ocorra, é importante que o profissional compreenda como se dá o processo de avaliação. Assim, ele poderá contribuir, inclusive, para a melhoria da avaliação de desempenho.

Todas as vezes que um bom trabalho é bonificado, subentende-se que deve haver uma atividade de qualidade e excelência. Para que o profissional possa executar sua atividade com excelência ele deve ter plena consciência da importância do seu trabalho dentro do contexto, para se tornar mais efetivo e trazer mais resultados para a instituição e para a população.

Frente a isso, surge o seguinte questionamento: Como os ACS têm compreendido o processo de avaliação de desempenho vinculados a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) do município de Belo Horizonte?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção dos ACS sobre o processo de avaliação de desempenho proposto pela BCMRI de uma regional do município de Belo Horizonte.

### 2.2 Objetivos específicos

- Delinear o perfil dos ACS que atuam em uma determinada Regional de Saúde do município de Belo Horizonte;
- Descrever as ações gerenciais desencadeadas para a efetivação da BCMRI do município de Belo Horizonte;
- Identificar os fatores mais relevantes da avaliação que impactam o desempenho dos ACS nas unidades de atenção primária de uma Regional do município de Belo Horizonte;
- Identificar as lacunas que permeiam o processo de avaliação de desempenho proposta pela BCMRI.

### 3 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela relevância de compreender a percepção dos trabalhadores sobre a avaliação de desempenho, para que os resultados estabelecidos sejam, de fato, alcançados. Trata-se de uma oportunidade para compreender, com mais clareza, como vem ocorrendo o diálogo entre gestores e os ACS, que atuam nas unidades de atenção primária da rede municipal de saúde de Belo Horizonte. Essas informações poderão contribuir para maior adesão dos profissionais envolvidos, com conseqüente melhoria da avaliação de desempenho e da assistência que vem sendo prestada, visto que o melhor desempenho dos ACS repercute, significativamente, na qualidade de vida da população adscrita.

É importante que o ACS compreenda a avaliação por desempenho vinculada a BCMRI de forma efetiva. Entre as diversas razões para isso, cabe destacar: 1) a motivação para melhorar sua performance, pois saber que terá uma recompensa poderá aumentar sua motivação e o seu engajamento nas tarefas propostas; 2) a maior visibilidade do trabalho realizado, com maior conhecimento, que conseqüentemente, proporcionará maior satisfação do funcionário na realização das suas atividades; 3) conhecimento dos objetivos e alinhamento das expectativas, visto que compreender os critérios para bonificação auxilia o profissional a ter clareza sobre os indicadores, as metas e objetivos. Isso, certamente, poderá orientar suas ações e auxiliá-lo no estabelecimento de prioridades em seu trabalho.

Em nível gerencial, conhecer a percepção que o ACS tem sobre o processo de avaliação de desempenho vinculados a BCMRI permitirá que os gestores, em seus diversos níveis de hierarquia, possam identificar e corrigir possíveis falhas, tornando-o mais justo e satisfatório. Permitirá ainda melhorar a clareza e transparência dos critérios e objetivos do desempenho entre todos os outros membros da equipe, para que eles possam dar sua parcela de contribuição para a melhor produtividade dos ACS. Além disso, bem estruturada, a BCMRI poderá dar início a novas formas de relacionamento entre os ACS e os demais profissionais das unidades de atenção primária da rede municipal de saúde de Belo Horizonte.

Por fim, quando os profissionais percebem que a avaliação é justa e objetiva, a confiança na gestão e no sistema de avaliação tende a aumentar. A percepção dos profissionais pode identificar áreas nas quais sentem necessidade de capacitação, permitindo que novos treinamentos sejam oferecidos com maior assertividade. Sabe-

se que o treinamento e desenvolvimento contínuo contribuem diretamente para o desempenho individual da equipe e da organização, além de promover a atualização de competências técnicas e comportamentais — como demonstrado em estudo sobre os efeitos da educação permanente no processo de trabalho das equipes de atenção primária (Vendruscolo *et al.*, 2020).

O produto técnico decorrente da pesquisa consistiu na elaboração de um relatório técnico e de uma cartilha em formato digital, desenvolvida para acesso direto pelos Agentes Comunitários de Saúde por meio de tablets. Ambos foram construídos a partir da percepção dos profissionais sobre a avaliação de desempenho, incluindo também a atualização de um tutorial disponibilizado em anos anteriores aos ACS, intitulado *Orientações de Registro no Sistema de Informação BCMRI ACS – Como Atingir Sua Meta*.

O relatório contemplou possíveis melhorias para a avaliação de desempenho, considerando as fragilidades identificadas ao longo do estudo. A cartilha, por sua vez, teve como objetivo oferecer orientações claras e objetivas, visando aprimorar o entendimento dos ACS sobre as etapas do processo de avaliação de desempenho proposto pela BCMRI. Ademais, compreender como os profissionais percebiam a avaliação de desempenho possibilitou verificar se o processo estava de fato alinhado à cultura organizacional, fornecendo subsídios valiosos utilizados para a melhoria contínua e para o aumento da eficiência do processo avaliativo.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Rede de Atenção Primária e trabalho do ACS

O município de Belo Horizonte apresenta uma extensa rede de atenção à saúde, cuja organização e monitoramento da oferta de serviços ocorre em nível local, regional e central. São três níveis de assistência que se dividem entre a atenção primária, secundária e terciária.

Em nível da atenção primária, são disponibilizados 153 Centros de Saúde, que se localizam principalmente nas áreas onde as pessoas possuem maior vulnerabilidade à saúde (Saúde, [2025]). A capacidade de resposta e resolubilidade dos problemas de saúde apresentados pela população se dá, principalmente, em função da atuação dos profissionais das equipes de Saúde da Família em suas respectivas áreas de abrangência.

Por sua vez, as equipes estão distribuídas nas nove regionais administrativas do município de Belo Horizonte: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova, conforme ilustrado na Figura 1. Cada regional apresenta características singulares, determinadas por suas particularidades territoriais, como aspectos geográficos, barreiras de acesso, densidade populacional e perfil socioeconômico dos habitantes. Em média, cada regional conta com aproximadamente 12 a 20 Centros de Saúde, configurando uma rede ampla e diversificada de serviços voltados à Atenção Primária à Saúde (Saúde, [2025]).

Figura 1 – Mapa de Belo Horizonte e suas regionais



Fonte: Distritos [...], [2006].

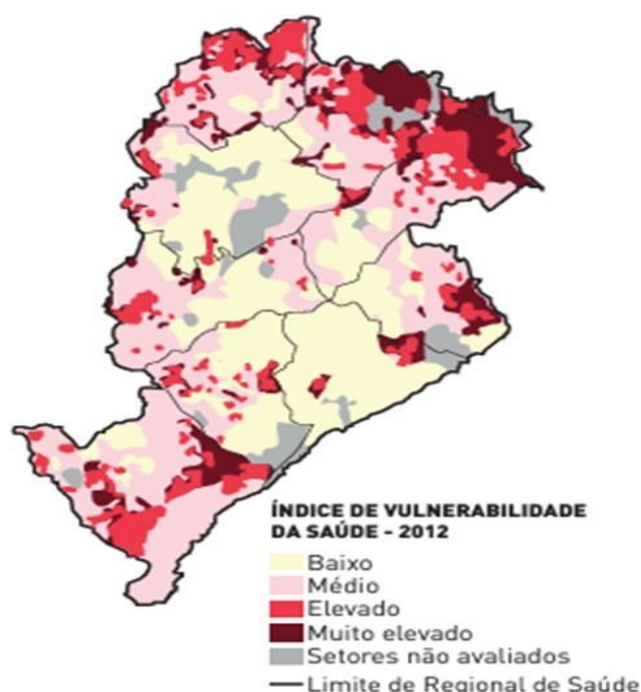
As áreas de abrangência dos Centros de Saúde e suas delimitações foram definidas ainda com base nos dados censitários definidos pelo IBGE, realizado em 2012, no processo denominado territorialização (Índice [...], 2018).

Além disso, para melhor organização e distribuição do trabalho, as equipes de Saúde da Família são subdivididas em microáreas (MA), de acordo com o tamanho da população e do índice de vulnerabilidade à saúde de seu território. Busca-se dessa forma, permitir que cada equipe assuma a responsabilidade pelos cuidados sanitários de determinada população, num processo de identidade recíproco que poderá ser feito segundo diferentes modalidades, a partir do diagnóstico de saúde da população e identificação do índice de vulnerabilidade à saúde (IVS) (PBH, 2019).

O IVS é um indicador que agrega dados relacionados ao saneamento, habitação, escolaridade, renda e à pavimentação de determinado local. Tem por objetivo analisar as características de grupos populacionais que compartilham as mesmas condições de vida, vivendo em determinadas áreas geográficas. Quanto mais elevado o IVS, maior é a vulnerabilidade daquele setor censitário, em relação ao adoecimento e risco de morte (PBH, 2019).

A Figura 2 mostra a distribuição espacial das regionais de Belo Horizonte por categoria de IVS em 2019.

Figura 2 – Mapeamento das áreas, segundo o IVS



Fonte: PBH (2019).

Em áreas de elevada vulnerabilidade social, ou grande extensão territorial, conforme recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), deve ser feita cobertura assistencial de 100% da população, pelas eSF (Brasil, 2017).

Praticamente, todas as atividades assistenciais executadas pelos profissionais da eSF são iniciadas a partir do trabalho dos ACS. Em seu dia a dia, conforme descrito no Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, ele é responsável por: 1) cadastrar todas as pessoas de sua área de adscrição, mantendo os dados atualizados no sistema de informação (os ACS precisam registrar todas as suas visitas, para fins de produção no sistema de informação, próprio da PBH, o e-Visita. Para isso, foram disponibilizados *tablets*, para que as anotações possam ser feitas ainda no domicílio do usuário, permitindo uma produção fidedigna das suas ações); 2) realizar visitas domiciliares às famílias e indivíduos, individualmente e/ou compartilhadas com outros profissionais; 3) realizar visitas aos domicílios com indivíduos em condições de vulnerabilidade, nas microáreas de baixo risco não vinculadas às eSF, de acordo com o planejamento das necessidades identificadas; 4) participar efetivamente da supervisão desenvolvida pelo enfermeiro e das reuniões de equipe, matriciamentos e atividades de educação permanente; 5) orientar indivíduos e famílias quanto aos fluxos, rotinas e o funcionamento dos serviços ofertados pelo Centro de Saúde; 6) identificar os usuários que não aderiram às atividades programadas e ações de vigilância epidemiológica; 7) acompanhar o Tratamento Diretamente Observado (TDO); 8) acompanhar e registrar nos sistemas de informação as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) e/ou outros programas sociais equivalentes (PBH, 2019).

Respectivamente, as visitas domiciliares realizadas pelos ACS são o grande diferencial para o atendimento prestado pela unidade como um todo. Elas permitem que seja feito o levantamento das demandas de saúde da população adscrita. Como exemplo dessas demandas, cabe citar a busca ativa de recém-nascidos, mulheres gestantes, crianças com vacinas em atraso, idosos com comorbidades, entre outras, conforme mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Situações de riscos e vulnerabilidades em todos os ciclos de vida para visita domiciliar

<b>Crianças</b>	<b>Gestantes</b>	<b>Adultos</b>	<b>Idosos</b>
Bebês que nasceram com menos de 2,5 kg. Beneficiárias do programa Bolsa Família.	Beneficiárias do programa Bolsa Família. Com doenças crônicas não infecciosas: <i>Diabetes mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, transtornos mentais. Tabagistas, etilistas e usuárias de drogas ilícitas.	Com doenças crônicas: <i>Diabetes mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, transtornos mentais.	Acamados/restritos ao leito ou ao domicílio. Dependentes de atividades de vida diárias. Risco de queda. Déficit cognitivo. Portadores de doenças crônicas: <i>Diabetes mellitus</i> , Hipertensão Arterial Sistêmica, obesidade, transtornos mentais.
Faltosos na puericultura e/ou vacinações. Em uso de algum tipo de insumo fornecido pela PBH.	Que não iniciaram ou faltosas no pré-natal. Não imunizadas. Em uso de algum tipo de insumo fornecido pela PBH.	Sem adesão ao tratamento de doenças crônicas. Em uso de algum tipo de insumo fornecido pela PBH. Pessoas com deficiência e BPC.	
Desnutridas e obesas		Com sobrepeso e estilo de vida sedentário.	
Atraso no crescimento e/ou desenvolvimento, criança com deficiência e com Benefício de Prestação Continuada (BPC).	Faltosas no pré-natal de alto risco, com deficiência e BPC.	Pessoas em uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas.	Necessitados de cuidadores, mas que não possuem alguém que exerça essa função, insuficiência familiar e/ou insuficiência de cuidado.
Situações de violências em suas múltiplas formas e em situações de violação de direitos.			
Em uso de vários medicamentos ou que tenha várias doenças.			
Baixa escolaridade da mãe e falta de acesso a rede de apoio social	Baixa escolaridade e falta de acesso à rede de apoio social.		
Filhos de mães tabagistas, etilistas, usuárias de drogas ilícitas na gravidez.	Gestante com doenças infecciosas (Sífilis, HIV, toxoplasmose, hepatites virais, leishmaniose, esquistossomose).	Pessoa com doenças infectocontagiosas (Sífilis, HIV, hepatites virais, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, outros).	Pessoas com deficiência e/ou com algum tipo de restrição que não têm acesso às ações e serviços de saúde. BPC.

Fonte: Adaptado de PBH (2019).

#### 4.2 Acolhimento e vinculação da população adscrita

A Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, constitui um dos marcos fundamentais para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, ao promover um sistema de saúde mais justo, inclusivo, participativo e humanizado. Ao colocar a humanização no centro das práticas de cuidado e gestão, a PNH reforça os pilares do SUS universalidade, integralidade e equidade e contribui para a construção de uma sociedade mais solidária e saudável (Brasil, 2003).

Humanizar, conforme Mota, Martins e Vêras (2006), implica reconhecer a dignidade ética da palavra e da experiência humana, assegurando que o sofrimento, a dor e o prazer sejam acolhidos e compreendidos em sua dimensão subjetiva. Isso exige o estabelecimento de uma escuta qualificada e empática entre os sujeitos, condição essencial para um cuidado integral e respeitoso.

A incorporação dos princípios da PNH nas diferentes esferas de gestão e atenção em saúde favorece a centralidade do cuidado na pessoa, em detrimento de uma abordagem centrada apenas na doença, promovendo dignidade, respeito e corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2003). Em termos de universalidade, a PNH contribui para a redução das barreiras de acesso e para a inclusão de populações vulneráveis, assegurando que o direito à saúde se concretize para todos. Do ponto de vista da integralidade, estimula práticas que consideram as dimensões físicas, psicológicas, sociais e culturais do indivíduo, fortalecendo o cuidado coordenado e resolutivo (Brasil, 2003).

A PNH também se configura como instrumento de redução das desigualdades em saúde, ao valorizar as diferenças, respeitar as diversidades e promover a equidade no acesso e na qualidade da atenção. Busca-se, assim, oferecer cuidados adequados às necessidades específicas de cada usuário, conforme o princípio da justiça social que orienta o SUS (Brasil, 2003).

Outro eixo essencial da PNH refere-se à valorização da participação ativa de usuários e trabalhadores na gestão e no controle social, estimulando processos decisórios compartilhados e a corresponsabilização coletiva (Brasil, 2004; Maerschner *et al.*, 2014; Mori; Oliveira, 2014). Ao incentivar o diálogo e a autonomia dos sujeitos, a PNH fortalece os vínculos de confiança e amplia a qualidade da comunicação institucional, aspectos fundamentais para a gestão participativa e a melhoria contínua dos serviços.

Nesse sentido, a política também apoia a descentralização das ações de saúde, estimulando a autonomia de gestores e trabalhadores locais e permitindo que as práticas de humanização se adequem às realidades e especificidades territoriais (Brasil, 2014). Essa descentralização, aliada à escuta qualificada, favorece a gestão compartilhada do trabalho, aproximando as decisões do cotidiano das equipes e das demandas concretas da comunidade.

A PNH assume papel central na valorização dos profissionais de saúde, ao promover melhores condições de trabalho, reconhecimento das subjetividades e fortalecimento dos coletivos laborais. Isso contribui diretamente para a motivação e o engajamento das equipes, elementos essenciais à sustentabilidade e à efetividade das políticas públicas de saúde (Brasil, 2014). Ademais, a PNH reconhece que a qualificação dos vínculos entre trabalhadores e usuários constitui elemento estruturante para a produção de cuidado e para a consolidação de uma cultura organizacional pautada na ética, na solidariedade e na corresponsabilização (Conceição, 2009).

Ao propor a gestão do trabalho como eixo estratégico, a PNH reforça a necessidade de processos de avaliação e de reconhecimento que considerem o trabalhador como sujeito ativo, produtor de conhecimento e corresponsável pelos resultados institucionais. Essa perspectiva é especialmente relevante para a avaliação de desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que a política propõe modelos avaliativos dialógicos, participativos e emancipatórios, que reconhecem as singularidades dos territórios e das relações de trabalho.

No contexto da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores, a PNH oferece diretrizes éticas e metodológicas para que os processos de avaliação não se restrinjam à mensuração de resultados quantitativos, mas incorporem dimensões qualitativas do trabalho, como o vínculo, a escuta, a corresponsabilidade e o impacto das ações na vida das pessoas. Sob essa ótica, a avaliação de desempenho deve ser compreendida como um processo formativo e dialógico, que favorece a reflexão crítica, a aprendizagem coletiva e o aprimoramento contínuo das práticas (Cardoso *et al.*, 2020).

Desse modo, ao articular os princípios da humanização, valorização profissional e participação social, a PNH contribui para a construção de modelos de avaliação mais justos e democráticos, capazes de reconhecer o esforço, a autonomia e o papel social dos ACS na consolidação da Atenção Primária à Saúde. A política

estimula que os critérios de bonificação estejam alinhados não apenas a indicadores técnicos, mas também à qualidade do cuidado e ao fortalecimento das relações de confiança entre equipes e comunidades.

Em síntese, a Política Nacional de Humanização, ao orientar a gestão do trabalho sob uma perspectiva ética e participativa, pode qualificar a avaliação de desempenho vinculada à bonificação, transformando-a em instrumento de valorização profissional, promoção do diálogo e fortalecimento do compromisso coletivo com a saúde pública. Assim, a PNH não apenas reafirma os princípios do SUS, mas também oferece bases conceituais e práticas para uma avaliação mais humana, equitativa e transformadora, em consonância com a missão dos ACS e com os objetivos da BCMRI.

#### 4.2.1 Diretrizes e habilidades requeridas do trabalho do ACS

A atuação do Agente Comunitário de Saúde transcende a dimensão técnico-operacional, abrangendo competências relacionais, éticas e comunicacionais fundamentais para a efetividade da Atenção Primária à Saúde. A humanização, a escuta qualificada, o respeito à singularidade dos sujeitos e a compreensão empática das realidades vividas pelos usuários configuram-se como diretrizes essenciais, que complementam as práticas de cuidado e fortalecem o vínculo entre profissionais e comunidade (Brasil, 2017; Paim *et al.*, 2011).

Nesse contexto, a empatia ocupa papel central, constituindo-se em competência indispensável para a mediação das relações estabelecidas entre profissionais de saúde e população. Mais do que uma atitude de sensibilidade, trata-se de uma ferramenta estratégica de cuidado, capaz de qualificar a comunicação, restabelecer vínculos fragilizados e favorecer o reconhecimento das necessidades dos usuários. Segundo Zemke e Schaaf (1991), a empatia deve ser mobilizada especialmente quando as expectativas do usuário não são plenamente atendidas, funcionando como um recurso de reconexão e reconstrução da confiança.

Ciaramicoli e Ketcham (2001) ampliam essa concepção ao definir a empatia como o elo que conecta os seres humanos, estimulando a reflexão antes da ação e permitindo o equilíbrio entre emoção e razão, de modo a inspirar práticas éticas e solidárias. Nessa mesma perspectiva, Ferreira (2004) a compreende como a capacidade de colocar-se no lugar do outro, transcendendo experiências pessoais para compreender o mundo a partir da perspectiva alheia.

No campo da saúde, a empatia assume relevância singular, uma vez que possibilita o acolhimento integral e humanizado dos indivíduos, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade social. No caso do ACS, a prática empática é indispensável, pois seu trabalho se desenvolve nas fronteiras entre a comunidade e o sistema de saúde, exigindo escuta atenta, sensibilidade diante das desigualdades e capacidade de mediação entre as demandas sociais e institucionais (Sellés; Minadeo, 2006).

A literatura diferencia a empatia da compaixão, destacando que esta última, embora envolva solidariedade, pode limitar-se ao compartilhamento da dor do outro, sem promover autonomia. A empatia, por sua vez, implica uma compreensão ativa e transformadora, capaz de estimular o protagonismo e o empoderamento dos usuários em seu processo de cuidado (Zemke; Schaaf, 1991). Assim, deve ser compreendida como recurso emancipador, alinhado aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a corresponsabilidade e o diálogo entre trabalhadores e usuários como fundamentos da produção do cuidado (Brasil, 2003).

As transformações contemporâneas no perfil dos usuários do sistema de saúde, mais informados, exigentes e conscientes de seus direitos intensificam a necessidade de profissionais dotados de competências relacionais e comunicacionais associadas à excelência técnica (Sellés; Minadeo, 2006). Nesse cenário, o ACS assume papel estratégico por sua presença contínua no território e por sua capacidade de reconhecer as necessidades locais e construir vínculos duradouros com as famílias, atributos que qualificam a prática assistencial e fortalecem o papel coordenador da APS (Bezerra; Feitosa, 2018).

Portanto, as diretrizes e habilidades requeridas para o trabalho do ACS abrangem tanto o domínio dos instrumentos técnicos e operacionais, necessários à execução e ao monitoramento das ações, quanto a valorização da dimensão subjetiva e relacional do cuidado. Vínculo, escuta ativa, empatia, comunicação clara, ética e acompanhamento longitudinal constituem-se em elementos indissociáveis de sua prática cotidiana.

Essas competências, quando reconhecidas e estimuladas pelos processos de avaliação de desempenho e políticas de bonificação, como a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores, podem potencializar o engajamento dos ACS, qualificar as práticas de cuidado e consolidar uma cultura de reconhecimento e valorização profissional. Assim, a integração entre habilidades

técnicas e relacionais torna-se essencial não apenas para a efetividade das políticas públicas de saúde, mas também para a humanização e legitimidade da avaliação de desempenho na atenção primária.

#### 4.3 Avaliação de desempenho e sua aplicabilidade nas organizações de saúde

O desempenho pode ser compreendido como o conjunto de ações, comportamentos e resultados produzidos pelo trabalhador, que contribuem para o alcance das metas e dos objetivos institucionais (Bendassolli, 2012).

A avaliação de desempenho representa uma apreciação sistemática do trabalho desenvolvido por um indivíduo ou equipe, considerando metas, resultados, competências e potencial de desenvolvimento. Trata-se de um processo dinâmico e participativo, que envolve o avaliado, a chefia imediata e, em alguns modelos, toda a equipe de trabalho. Seu propósito não se restringe à mensuração da produtividade, mas visa também identificar pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria contínua (Chiavenato, 2014).

Historicamente, a prática de avaliar o desempenho remonta ao século XVI, com registros de Santo Inácio de Loyola, que avaliava os jesuítas da Companhia de Jesus (1534). Em 1842, o Serviço Público Federal dos Estados Unidos implantou um sistema formal de avaliação de seus funcionários, sendo seguido, em 1918, pela General Motors, que aplicou o modelo na indústria. A partir da Segunda Guerra Mundial, a avaliação de desempenho passou a ser amplamente utilizada nas organizações como instrumento de gestão e desenvolvimento de pessoas (Pierantoni *et al.*, 2011).

No Brasil, o Decreto nº 7.133, de 19 de março de 2010, regulamentou os critérios e procedimentos para a avaliação de desempenho no serviço público federal, estabelecendo parâmetros para aferir resultados institucionais e individuais, além de definir metas, fatores de desempenho, competências e pontuação (Brasil, 2010). A norma também consolidou o princípio da avaliação como instrumento de gestão e valorização do servidor público, orientando-se pelos eixos da meritocracia, transparência e desenvolvimento profissional.

Além do decreto, a Política Nacional de Avaliação de Desempenho (PNAD), instituída no âmbito da Administração Pública Federal, reforça a importância de associar o processo avaliativo à gestão por competências, à capacitação contínua e ao alcance de resultados institucionais. Essa política tem como objetivos principais: promover a melhoria da qualidade dos serviços públicos, alinhar o desempenho

individual às metas organizacionais, fomentar o reconhecimento e a valorização profissional e garantir a justiça e a equidade nos processos avaliativos (Brasil, 2014).

As formas de avaliação de desempenho podem variar conforme o contexto organizacional e o objetivo da política institucional. Entre as principais metodologias, destacam-se: I) Autoavaliação, em que o próprio trabalhador analisa sua atuação e resultados; II) Avaliação pela chefia imediata, tradicionalmente a mais utilizada no setor público, centrada na observação direta das entregas e comportamentos; III) Avaliação 360º, que envolve múltiplas fontes, pares, subordinados, gestores e usuários, ampliando a visão sobre o desempenho; IV) Avaliação por competências, voltada à mensuração de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para o cargo; e V) Avaliação por resultados, que relaciona o desempenho individual ao cumprimento de metas e indicadores previamente pactuados (Pierantoni *et al.*, 2011; Chiavenato, 2014; Parente *et al.*, 2020).

A aplicação sistemática da avaliação de desempenho permite identificar potencialidades e fragilidades organizacionais, aprimorar a supervisão e o processo de gestão, detectar necessidades de capacitação e fortalecer a integração entre equipes (Pierantoni *et al.*, 2011). Também contribui para o desenvolvimento humano e profissional, melhorando a qualidade do trabalho, o clima organizacional e a efetividade das políticas públicas (Chiavenato, 2014).

Entre suas múltiplas finalidades, destacam-se: reconhecer e recompensar o bom desempenho, estimular o desenvolvimento, manter e motivar talentos e monitorar continuamente o progresso das ações (Chiavenato, 2014). O monitoramento contínuo torna o trabalhador mais consciente dos resultados esperados e das estratégias necessárias para alcançá-los, promovendo autonomia e corresponsabilização (Pierantoni *et al.*, 2011).

Contudo, para que o processo avaliativo seja efetivo, é essencial que haja devolutiva sistemática (feedback). O retorno institucional deve oferecer ao trabalhador clareza sobre seus resultados e oportunidades de aprimoramento, funcionando como um instrumento pedagógico e motivacional. Um feedback construtivo potencializa o desempenho, fortalece o engajamento e promove o crescimento tanto individual quanto organizacional (Parente *et al.*, 2020).

A avaliação de desempenho deve, portanto, equilibrar os interesses institucionais e as necessidades do trabalhador, abrangendo tanto o alcance de metas quanto o sentido atribuído ao trabalho. Para isso, recomenda-se a definição

participativa dos indicadores, garantindo que avaliadores e avaliados pactuem critérios condizentes com a realidade institucional e com as demandas dos usuários. Essa prática aumenta a legitimidade do processo e contribui para a construção de uma cultura avaliativa justa e transparente (Chiavenato, 2014).

No campo das organizações de saúde, a avaliação de desempenho adquire relevância particular, uma vez que a qualidade e a eficiência dos serviços devem ser analisadas também sob a perspectiva de quem os recebe (Viacava *et al.*, 2004). Assim, avaliar o desempenho das equipes de saúde implica não apenas medir resultados operacionais, mas também compreender os processos de trabalho e os impactos subjetivos do cuidado (Franco *et al.*, 2017).

Por sua complexidade e natureza relacional, a avaliação de desempenho em saúde deve reconhecer que os serviços são centrados no usuário, considerando as dimensões técnicas, éticas e afetivas que envolvem a produção do cuidado (Cecílio, 2001). Nessa perspectiva, a avaliação torna-se instrumento de aprendizado institucional, capaz de alinhar o desempenho profissional às práticas humanizadas e ao compromisso ético com a vida.

De modo geral, a avaliação de desempenho pode ser realizada em periodicidades distintas, como anual ou semestral, porém sua efetividade depende da presença de revisões contínuas e de feedbacks regulares capazes de orientar o aprimoramento das práticas profissionais. A literatura aponta que processos avaliativos sustentados por acompanhamento sistemático e comunicação clara contribuem para a transparência, o desenvolvimento de competências e a melhoria do trabalho em equipe, reforçando a importância da supervisão qualificada no desempenho dos trabalhadores (Balsanelli; Cunha, 2015).

Nas instituições de saúde pública, como aquelas vinculadas ao SUS, o processo avaliativo especialmente quando associado a mecanismos de incentivo e bonificação por resultados, como a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores deve integrar dimensões quantitativas e qualitativas. Assim, ao lado da mensuração de indicadores e metas, é fundamental incluir critérios que reflitam o comprometimento ético, a corresponsabilidade, a empatia e o vínculo com o usuário, pilares que, juntos, asseguram a legitimidade e a humanização do cuidado.

Dessa forma, a avaliação de desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde, quando orientada pelos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e articulada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), pode ser

compreendida como um processo educativo e transformador. Mais do que mensurar resultados, ela deve promover reflexão crítica sobre as práticas, desenvolvimento de competências relacionais e fortalecimento do protagonismo dos trabalhadores. A PNH oferece as bases éticas para uma avaliação pautada na escuta e na corresponsabilidade, enquanto a PNEPS sustenta a aprendizagem contínua em serviço como estratégia de aprimoramento profissional e institucional. Assim, a integração entre essas políticas e a BCMRI amplia a legitimidade e a efetividade da avaliação de desempenho, transformando-a em instrumento de valorização, humanização e qualificação da Atenção Primária à Saúde.

#### 4.4 Avaliação de desempenho dos ACS de Belo Horizonte vinculada a BCMRI

A implantação da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) representou um marco na modernização dos processos de gestão e valorização do trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Inserida em um contexto de reformas administrativas orientadas pela lógica de resultados e pela busca de maior eficiência dos serviços, a BCMRI consolidou-se como uma estratégia de incentivo à produtividade e ao alcance de metas assistenciais, alinhadas às políticas prioritárias de saúde do município.

Mais do que um instrumento financeiro, a política visa fortalecer a corresponsabilização das equipes, estimular a melhoria contínua do desempenho e promover o reconhecimento do mérito profissional, em consonância com os princípios de equidade, integralidade e territorialização que orientam o Sistema Único de Saúde (PBH, 2024b).

As metas, resultados e indicadores são aferidos anualmente para os servidores e empregados públicos ocupantes dos cargos de Agente Sanitário (AS), Agente Comunitário de Saúde, Agente de Combate a Endemias (ACE e ACE II) do cargo em comissão de Encarregado de Serviços de Zoonoses e da Função Gratificada de Supervisor das Atividades Operacionais de Campo (PBH, 2024b).

Como recompensa pelo alcance dos resultados, a bonificação é concedida aos profissionais conforme a celebração do Termo de Compromisso de Resultados, instrumento que formaliza os critérios e metas estabelecidos para cada ciclo avaliativo (PBH, 2023a). De acordo com o Relatório de Apuração da BCMRI referente ao ano de 2023, os profissionais contemplados destacaram-se pela proximidade com a

comunidade, fator que favoreceu a divulgação de informações sobre o processo saúde-doença e o fortalecimento das ações de prevenção e controle de agravos (PBH, 2024b).

A definição dos indicadores e metas ocorre anualmente, conduzida por uma equipe técnica multidisciplinar da SMSA-BH, composta por representantes de diferentes áreas da gestão, cujas atribuições se articulam com o processo de avaliação do desempenho dos ACS e dos ACE. Após a definição, a equipe elabora o Termo de Compromisso de Resultados para o ano vigente, documento disponibilizado publicamente no portal eletrônico da Prefeitura de Belo Horizonte.

Para o exercício de 2023, a SMSA-BH definiu os seguintes indicadores assistenciais para os ACS: I) visita aos beneficiários do Programa Federal de Transferência de Renda (Bolsa Família); II) visita às crianças menores de 1 ano; III) visita domiciliar; IV) atualização de endereço; V) visita às gestantes; e VI) participação nas reuniões de supervisão do ACS (PBH, 2023a).

Verifica-se que os indicadores propostos estavam alinhados aos objetivos estratégicos do programa, uma vez que priorizavam grupos populacionais vulneráveis, como crianças, gestantes e famílias beneficiárias de programas sociais. O indicador III, referente à visita domiciliar, reforçou a importância da presença territorial contínua do ACS, enquanto o indicador IV, relativo à atualização cadastral, favoreceu o acesso qualificado do usuário à toda rede de atenção, evitando inconsistências cadastrais e glosas de produção junto ao Ministério da Saúde.

O indicador VI, que avaliava a participação do ACS nas reuniões de supervisão, mostrou-se decisivo para o direcionamento adequado das ações no território, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e com a Nota Técnica Municipal nº 013/2019, atualizada em 29 de maio de 2023 (PBH, 2023c).

No período avaliativo compreendido entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2023, a Comissão de Acompanhamento e Avaliação, instituída conforme o Compromisso de Resultados vigente e vinculada aos Decretos Municipais nº 17.247/2019 e nº 17.879/2022 e à Lei Municipal nº 9.985/2010, destinou ao pagamento das bonificações o montante de R\$ 11.705.082,66 (onze milhões, setecentos e cinco mil, oitenta e dois reais e sessenta e seis centavos) (PBH, 2023a).

Conforme o Relatório de Pagamento da BCMRI, em 2023 havia 2.383 Agentes Comunitários de Saúde vinculados à SMSA-BH, dos quais 1.863 (78,17%) alcançaram

as metas estabelecidas e foram contemplados com bonificação (PBH, 2024b). A Regional Oeste obteve o melhor desempenho entre as regionais, com 18 Centros de Saúde e 270 ACS ativos, dos quais 233 (86,29%) foram bonificados, evidenciando o impacto positivo do engajamento local (PBH, 2024b).

O papel das Gerências Regionais de Saúde é crucial nesse processo, pois atuam como elo entre o nível central e o nível local, assegurando a comunicação institucional, o monitoramento das metas e a capacitação das equipes. As Referências Técnicas regionais (RT) são responsáveis por disseminar as orientações técnicas, acompanhar os resultados e apoiar as unidades de saúde em suas demandas operacionais e formativas. Assim, os resultados alcançados refletem não apenas o desempenho individual dos ACS, mas também a articulação efetiva entre gestão, supervisão e equipes de base.

Conhecer a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o processo de avaliação de desempenho proposto pela BCMRI é essencial para aprimorar os mecanismos de gestão, fortalecer a comunicação entre gestores e trabalhadores e consolidar práticas avaliativas mais justas, transparentes e participativas. Ao favorecer o diálogo e o reconhecimento profissional, o processo contribui para o engajamento, a motivação e o desenvolvimento contínuo dos ACS, elementos indispensáveis para o aperfeiçoamento da atenção primária e para a melhoria da qualidade do cuidado ofertado à população.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Abordagem da pesquisa

Nesta pesquisa, optou-se pela elaboração de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. A abordagem qualitativa tem como um dos seus objetivos pesquisar e analisar aspectos mais íntimos que descrevem a complexidade do comportamento humano. Por outro lado, a análise minuciosa sobre o assunto investigado permite identificar as atitudes e tendências do comportamento do sujeito da pesquisa (Marconi; Lakatos, 2011).

A visão, as ideias e os valores dos participantes são essenciais ao processo do conhecimento, em uma interação entre pesquisador e participantes. Neste sentido, a abordagem qualitativa é adequada ao estudo em questão, à medida que não somente o pesquisador tem a capacidade de dar sentido ao seu trabalho intelectual, bem como todos os sujeitos são interligados e comprometidos a uma realidade que não pode ser quantificada. Dessa forma, possibilita o emergir das representações sociais através dos significados e da construção simbólica da realidade social (Minayo *et al.*, 2013).

Ela ainda busca compreender a lógica interna de grupos e instituições quanto às relações, valores culturais e processos de implementação de políticas públicas, sendo relevante para área da saúde, pois a complexidade da área biomédica não deve prescindir da problemática social (Minayo *et al.*, 2013).

Na abordagem qualitativa o interesse da pesquisa vai de encontro com as perspectivas dos participantes, suas práticas, experiências e conhecimentos, visto que busca descrever e explicar os fenômenos sociais, através da análise das experiências de indivíduos ou grupos, da análise das interações e da investigação de documentos (Flick, 2009).

Será uma pesquisa exploratória, pois visa familiarizar-se com o problema, aprimorando ideias com o intuito de torná-lo explícito ou realizar uma hipótese (Gil, 2002). Quanto aos fins, será um estudo descritivo. Este normalmente se refere às características de uma população, fenômeno ou a relação entre eles. Para obtenção das informações, utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário, entrevista e observação sistemática (Gil, 2002).

### 5.2 Método da pesquisa

A pesquisa utilizará como método o estudo de caso para analisar a percepção

do ACS sobre a avaliação de desempenho vinculada a BCMRI.

O estudo de caso permite uma análise profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, propiciando um amplo e detalhado conhecimento (Gil, 2002). Ele contribui significativamente para a compreensão dos fenômenos individuais, sociais, públicos, administrativos, políticos e na estruturação de setores organizacionais (Yin, 2010).

Para isso, o pesquisador deve possuir familiaridade com o universo estudado. Ele se difere de outros métodos devido à possibilidade de lidar com uma ampla diversidade de documentos, pesquisas e entrevistas, com objetivo de buscar interpretações mais profundas dos fatos e fenômenos específicos, onde o resultado possibilita a disseminação do conhecimento por meio de proposições teóricas e até mesmo generalizações que podem surgir ao longo do estudo (Yin, 2010).

### 5.3 Cenário do estudo

A pesquisa foi conduzida em dois Centros de Saúde pertencentes à uma Regional de Belo Horizonte, escolhidos intencionalmente por se destacarem nos resultados obtidos na Bonificação por Cumprimento de Metas e Resultados Institucionais no ano de 2023. Com o objetivo de preservar o anonimato institucional, tais unidades foram identificadas, para fins deste estudo, como Centro de Saúde 1 e Centro de Saúde 2.

O Centro de Saúde 1 caracteriza-se por possuir seis equipes de Saúde da Família, responsáveis pelo acompanhamento de uma população total de 16.249 usuários cadastrados. O Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) predominante nesse território é de médio risco. A unidade possui 24 microáreas aprovadas, abrangendo desde contextos de baixo até elevado risco. A distribuição da população cadastrada encontra-se em conformidade com os parâmetros institucionais estabelecidos para cada nível de vulnerabilidade, com média de 677 usuários por microárea, segundo dados extraídos do sistema e-Visita em junho de 2025. O Centro de Saúde 2, por sua vez, dispõe de duas equipes de Saúde da Família e possui 6.125 usuários cadastrados, com IVS igualmente predominante de médio risco. A unidade conta com oito microáreas aprovadas, abrangendo populações de baixo e médio risco. A população cadastrada em cada microárea encontra-se de acordo com os parâmetros institucionais, com média de 766 usuários por microárea. Além disso, apresenta uma extensa área territorial classificada como de baixo risco, desprovida de cobertura por equipes de Saúde da Família e de atuação de Agentes Comunitários de Saúde. De

acordo com os registros do sistema e-Visita, essa área corresponde a 5.295 usuários. Quando se considera a população vinculada às equipes de Saúde da Família e a área classificada como de baixo risco, o total de usuários do Centro de Saúde 2 alcança 11.420 indivíduos, segundo dados extraídos do sistema e-Visita em junho de 2025.

Assim, observa-se que, embora os dois Centros de Saúde estejam inseridos em uma mesma região administrativa e apresentem o mesmo perfil predominante de vulnerabilidade em saúde, eles se diferenciam quanto ao porte, à cobertura assistencial e à distribuição territorial, configurando cenários distintos e relevantes para a compreensão do objeto de estudo.

#### 5.4 Participantes da pesquisa

No método de estudo de caso, a seleção dos participantes não se baseia em procedimentos estatísticos de amostragem. O contato com os sujeitos é estabelecido de forma direta e intencional, buscando identificar aqueles que possam efetivamente contribuir para os objetivos da investigação (Yin, 2010).

No presente estudo, optou-se pela utilização da amostragem por acessibilidade ou conveniência (Flick, 2009), associada ao critério de saturação teórica. A escolha dos Centros de Saúde mostrou-se adequada tanto pela facilidade de acesso aos profissionais quanto pelo destaque que essas unidades obtiveram nos resultados da Bonificação por Cumprimento de Metas e Resultados Indicadores.

A estimativa inicial era de 31 potenciais participantes, número correspondente ao total de Agentes Comunitários de Saúde atuantes nas duas unidades selecionadas. O agendamento das entrevistas foi organizado em conjunto com as gerências locais, convidando-se os profissionais que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser celetista da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), lotado na Regional de estudo; ter sido nomeado até o ano de 2022; ter sido submetido à avaliação de desempenho no período de janeiro a dezembro de 2023, independentemente de ter sido contemplado ou não pela bonificação; estar em pleno exercício das atribuições do cargo como ACS, desempenhando atividades de campo tanto no período avaliado quanto no momento da coleta de dados.

Os critérios de exclusão foram profissionais que, no período avaliado, tenham cometido falta administrativa resultando em penalidades de suspensão ou demissão; profissionais contratados apenas por vínculo administrativo; e aqueles que se encontravam em férias ou licença médica durante o período de coleta de dados.

Ao final do processo, 13 ACS participaram do estudo. O número de entrevistados foi definido a partir do critério de saturação teórica, alcançado no ponto em que os depoimentos passaram a apresentar recorrência de sentidos e ausência de novos elementos relevantes, em consonância com a literatura sobre pesquisa qualitativa (Fontanella; Ricas; Turato, 2008; Minayo, 2013 Bardin, 2016).

### 5.5 Técnicas de coleta de dados

A coleta de dados da presente pesquisa foi estruturada em dois momentos complementares: análise documental e as entrevistas semiestruturadas.

No primeiro momento, procedeu-se à análise documental, com o objetivo de examinar publicações oficiais da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) relacionadas à Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores, aplicável aos Agentes Comunitários de Saúde. A sistematização dos documentos, considerados fontes institucionais de domínio público e disponíveis no portal eletrônico da PBH, teve como finalidade subsidiar a definição da Regional de estudo, a seleção dos Centros de Saúde participantes, a elaboração do roteiro semiestruturado de entrevistas e a construção do produto técnico da pesquisa. Essa etapa buscou assegurar uma devolutiva formal à instituição, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho e para o fortalecimento da gestão participativa.

Os documentos foram selecionados com base em critérios de relevância, autenticidade, atualidade e pertinência em relação ao objeto de estudo, sendo posteriormente organizados por tipologia, incluindo normativas, relatórios e diretrizes técnicas. Entre os materiais analisados, destacam-se os Termos de Compromisso de Resultados, o ACS Consolidado Geral e os Relatórios de Apuração, todos de acesso público, os quais forneceram subsídios fundamentais para a elaboração do roteiro de entrevistas, para a definição do campo empírico e para a construção do relatório técnico. Essa etapa metodológica teve por finalidade compreender o contexto institucional, o funcionamento da avaliação de desempenho e a lógica dos indicadores avaliados, a partir da análise de documentos oficiais disponíveis na página da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH).

Para a definição da Regional de estudo, foi utilizado o documento intitulado ACS Consolidado Geral, no qual se aplicou um filtro para identificar a Regional com melhor desempenho em relação à média geral do município. A partir dessa seleção, analisaram-se as médias das demais unidades pertencentes à mesma Regional, o

que possibilitou a escolha fundamentada dos locais da pesquisa (PBH, 2023c).

O Termo de Compromisso de Resultados foi examinado com o propósito de aprofundar a compreensão acerca da estruturação dos indicadores, de suas bases de cálculo, metas e fatores de pagamento. O Relatório de Apuração da BCMRI, por sua vez, contribuiu para elucidar os objetivos da avaliação de desempenho vinculada a bonificação, a relevância de cada indicador e sua importância para a população, fornecendo elementos que orientaram a formulação do roteiro de entrevistas voltado à compreensão da percepção dos ACS sobre tais objetivos (PBH, 2023a).

A utilização das publicações científicas e institucionais da PBH seguiu rigorosos princípios éticos e de citação, referenciando todas as informações extraídas conforme as normas da ABNT. A análise documental, nesse contexto, visou à coleta e organização de informações que, por meio de operação intelectual, foram transformadas em conhecimento sistematizado, configurando o que Bardin (2011) define como a constituição de documentos secundários.

O segundo momento da coleta de dados consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas, consideradas uma técnica de comunicação científica privilegiada para a construção de informações relevantes ao estudo. Conforme Arruda (2005) e Machado (2002), essa abordagem, por sua natureza próxima a uma conversa, permite apreender as percepções e experiências dos participantes de forma aprofundada. O pesquisador adotou uma postura compreensiva e empática, garantindo que as questões norteadoras não fossem tendenciosas, o que favoreceu a emergência da visão dos sujeitos sobre o fenômeno investigado (Minayo *et al.*, 2013).

As entrevistas foram realizadas individualmente nos dias 25 e 28 de julho de 2025, em ambiente reservado e em horários previamente agendados com cada ACS, pelos respectivos gerentes imediatos. Cada entrevista teve uma duração média de 30 minutos e foi conduzida a partir de um roteiro semi-estruturado (Apêndice D). Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, os áudios foram gravados em um dispositivo móvel, integralmente transcritos e, posteriormente, deletados. Os participantes foram identificados por codinomes A, B e assim sucessivamente.

## 5.6 Técnica de análise de dados

A análise qualitativa foi conduzida por meio da Análise de Conteúdo, segundo o referencial proposto por Laurence Bardin (2016). O processo foi desenvolvido em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento/interpretação dos

resultados.

Na etapa de pré-análise, foi realizada a organização do corpus, constituído pelas 63 falas dos Agentes Comunitários de Saúde. A leitura flutuante permitiu identificar as unidades de registro (palavras destacadas) e as unidades de contexto (frases que resumiam cada trecho). Esse movimento possibilitou captar os sentidos predominantes no discurso dos participantes e orientar a elaboração de subtemas preliminares, tais como: importância dos indicadores, supervisão do enfermeiro, bolsa como incentivo, ausência de feedback, dificuldades com sistemas e necessidade de capacitação.

Na fase de exploração do material, as falas foram examinadas em sua totalidade, com o objetivo de identificar padrões de recorrência semântica e núcleos de sentido. A partir dessa exploração, os subtemas foram organizados em categorias iniciais que refletiam os principais eixos de preocupação dos ACS: *organização do trabalho por indicadores, apoio institucional, reconhecimento e valorização profissional e condições operacionais*.

Na etapa de tratamento dos resultados e categorização final, procedeu-se ao agrupamento das categorias iniciais, de forma a reduzir a fragmentação e reunir sentidos semelhantes. Dessa maneira, foram estabelecidas três categorias principais: Organização do trabalho por indicadores; Apoio institucional e condições de trabalho, subdividida em três subcategorias (*supervisão do enfermeiro, capacitação da equipe e estrutura e recursos tecnológicos*); e Valorização profissional e comunicação institucional.

Após a categorização, cada fala foi alocada na categoria e subcategoria correspondente, preservando o contexto e assegurando a fidelidade ao discurso original.

Na fase de interpretação, as categorias foram analisadas considerando-se a frequência, a relevância temática e o sentido atribuído pelos ACS, sempre em diálogo com a literatura.

## 5.7 Aspectos éticos

Por envolver seres humanos, este estudo foi conduzido em estrita conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013), que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no

país. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 18 de novembro de 2024, sendo aprovado em 5 de maio de 2025, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85427424.3.0000.5149. Posteriormente, o estudo também foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), em 24 de julho de 2025, sob o CAAE nº 85427424.3.3001.5140, totalizando 8 meses entre a submissão e a apreciação ética. Antes de iniciarem sua participação, todos os participantes foram detalhadamente informados sobre os objetivos da pesquisa, a natureza das questões a serem abordadas e os aspectos éticos e legais de sua colaboração. Foi garantida a sua participação voluntária, bem como a ausência de qualquer prejuízo caso optassem por não participar. Após os esclarecimentos, os participantes assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Cessão de Uso de Voz para Fins Científicos e Acadêmicos, ficando uma cópia com a pesquisadora e a outra com o participante.

Todo o percurso ético visou assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa. A responsabilidade pela guarda dos dados coletados é da pesquisadora, que garantirá a segurança das informações dos profissionais envolvidos. De acordo com os protocolos de pesquisa, os arquivos serão incinerados após cinco anos da publicação do estudo, como medida de segurança para evitar o vazamento de informações sigilosas.

## 5.8 Riscos

Conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda participação em pesquisa implica algum nível de desconforto ou risco, ainda que mínimo (Brasil, 2013). Neste estudo, os possíveis riscos estiveram relacionados ao tempo destinado à entrevista, bem como ao receio ou constrangimento dos participantes em se exporem ao responder às perguntas.

Para minimizar tais riscos, foram adotados os seguintes cuidados: (1) a entrevista pôde ser interrompida, a qualquer momento, a pedido do entrevistado; (2) a pesquisadora garantiu a realização em local apropriado, livre de interrupções e de compartilhamento com outras pessoas; (3) todos os participantes foram informados de que as entrevistas não conteriam identificação nominal e de que as informações não seriam repassadas a terceiros, sendo utilizadas exclusivamente para fins de

pesquisa e, posteriormente, analisadas à luz da literatura, com divulgação apenas em eventos e publicações científicas; e (4) foram tomadas todas as medidas necessárias para a proteção dos dados pessoais, em conformidade com a Lei nº 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

O projeto assegurou o cumprimento dos princípios e requisitos estabelecidos pela LGPD, adotando práticas adequadas para garantir a privacidade, a segurança e a confidencialidade das informações, incluindo a obtenção do consentimento informado, a transparência quanto ao uso dos dados e a implementação de medidas técnicas e administrativas destinadas a prevenir qualquer risco de vazamento ou uso indevido.

### 5.9 Benefícios

Os resultados do estudo poderão permitir melhorias para o processo de avaliação por desempenho vinculada a BCMRI, bem como subsidiar novas pesquisas e incentivar outros municípios a implantar a avaliação de desempenho vinculada a bonificação. Ressalta-se que, até o momento, nenhum trabalho foi realizado para analisar as visões dos profissionais acerca da avaliação de desempenho vinculada a bonificação, em uma dimensão de gestão participativa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresenta os resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde de uma Regional de Saúde de Belo Horizonte, articulados à discussão com a literatura científica.

De modo integrado, os achados indicam que a efetividade da BCMRI depende menos de ajustes pontuais e mais de um arranjo gerencial que alinhe metas e contexto: revisão periódica dos indicadores para refletirem vulnerabilidades locais; supervisão qualificada com foco formativo; educação permanente para ACS e enfermeiros; melhorias tecnológicas e de infraestrutura; e mecanismos regulares de devolutiva. Nessas condições, a política de desempenho tende a fortalecer vínculos, qualificar o cuidado e sustentar a melhoria contínua na Atenção Primária à Saúde.

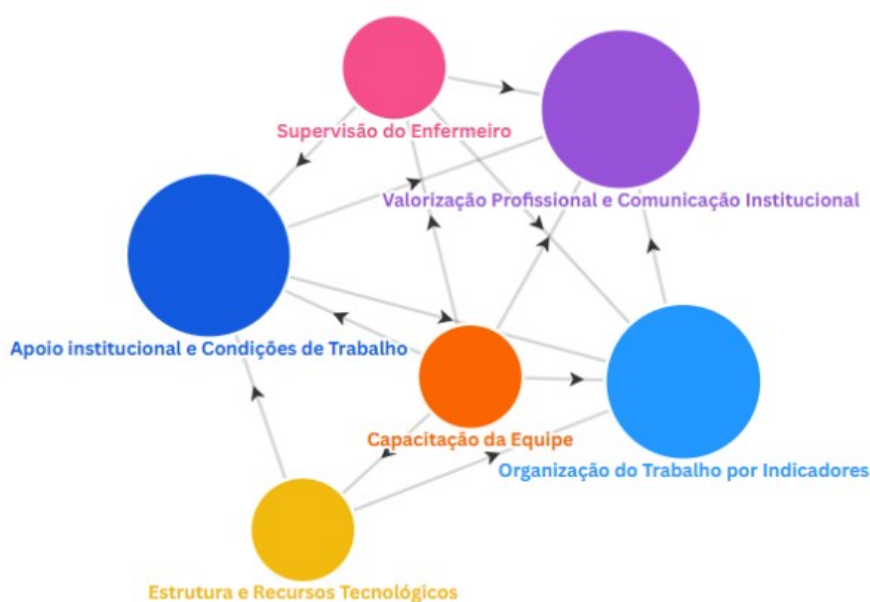
Para compreender de forma mais ampla esse cenário e as percepções expressas pelos participantes, torna-se essencial conhecer quem são esses profissionais e quais características compõem seu contexto socioprofissional. Considerando a relevância do contexto socioprofissional na compreensão das políticas de avaliação de desempenho, o primeiro recorte analítico abordou o perfil dos entrevistados. Esse levantamento permitiu situar os ACS em relação a variáveis como gênero, faixa etária, escolaridade, tempo de atuação no serviço e na microárea, bem como diversidade cultural e religiosa. Tal caracterização não apenas descreve os participantes, mas também oferece subsídios para compreender como essas características influenciam suas percepções acerca da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores.

Após o delineamento do perfil dos entrevistados, a análise das falas possibilitou a identificação de três categorias centrais que organizaram a interpretação dos discursos: Categoria 1 – Organização do trabalho por indicadores, que contempla as percepções dos ACS sobre o papel dos indicadores como instrumentos técnicos de planejamento e acompanhamento, bem como os desafios de adaptação às metas estabelecidas; Categoria 2 – Apoio institucional e condições de trabalho, que abrange aspectos relacionados ao suporte recebido da gestão e da equipe, desdobrando-se nas subcategorias *Supervisão do enfermeiro*, *Capacitação da equipe* e *Estrutura e recursos tecnológicos*; e, por fim, a Categoria 3 – Valorização profissional e comunicação institucional, que reúne as falas referentes ao reconhecimento do trabalho dos ACS, à importância do feedback e à qualidade da comunicação

estabelecida com a gestão.

Essas categorias não se apresentam de forma isolada, mas interligam-se e se complementam, revelando a complexidade do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. A análise evidencia que a organização do trabalho por indicadores, o apoio institucional e a valorização profissional estão profundamente articulados, compondo um sistema dinâmico de fatores interdependentes que influenciam diretamente a prática cotidiana dos ACS. Essa inter-relação manifesta-se, na qualidade da supervisão do enfermeiro, na efetividade das ações de capacitação e nas condições tecnológicas e estruturais de trabalho, conforme representado no diagrama a seguir.

Diagrama 1 – Articulação das Estruturas Categóricas



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dessa categorização, a análise dos resultados permitiu compreender, de forma articulada, as ações gerenciais, os fatores que impactam o desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde e as lacunas presentes no processo de avaliação vinculadas à Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores.

### 6.1 Perfil dos entrevistados

A análise do perfil sociodemográfico e profissional dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados permitiu identificar características relevantes para

compreender suas percepções acerca da BCMRI. A predominância feminina, associada à sobrecarga de funções familiares e laborais, evidenciou o papel central das mulheres no cuidado e na mediação entre serviços de saúde e comunidade, o que pode influenciar, tanto na forma como assimilam as metas institucionais, quanto na valorização do reconhecimento profissional.

A predominância de ACS pardos, na faixa etária de 40 a 50 anos e com mais de uma década de atuação, sinalizou um grupo consolidado em sua prática cotidiana, com vínculos comunitários duradouros e profundo conhecimento territorial. Essa característica, mencionada nas entrevistas, reforçou que a continuidade na mesma microárea favoreceu relações de confiança e respeito, elementos que podem tanto facilitar o alcance de metas quanto gerar tensionamentos quando as exigências do sistema de avaliação não se alinham às demandas sociais do território.

Em relação à escolaridade, observou-se um processo de ascensão educacional, com significativo número de profissionais que concluíram o ensino médio após ingresso no serviço público e um percentual expressivo com nível superior. Essa trajetória formativa indicou não apenas um movimento de qualificação profissional, mas também expectativas de maior valorização e reconhecimento, que podem interferir diretamente na percepção sobre justiça e clareza dos critérios da BCMRI.

Assim, o perfil dos entrevistados revelou um conjunto de fatores que transcendem dados descritivos: tratou-se de profissionais majoritariamente mulheres, maduras, experientes, enraizadas em seus territórios e em processo de elevação educacional, imersas em contextos culturais e religiosos diversos. Tais características se configuraram como elementos centrais para interpretar as percepções dos ACS sobre a BCMRI, especialmente no que tange à justiça, ao alcance de metas, à motivação e às dificuldades enfrentadas na operacionalização dessa política.

Com base nesses aspectos, apresenta-se a seguir o delineamento do perfil dos 13 Agentes Comunitários de Saúde participantes da pesquisa, sistematizada na Tabela 1, que sintetiza as principais variáveis analisadas e serve de suporte à discussão subsequente:

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e profissional dos Agentes Comunitários de Saúde

<b>SEXO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	12	92,4
Masculino	1	7,6
<b>RAÇA/COR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Branca	4	30,8
Parda	7	53,8
Preta	2	15,4
<b>IDADE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
40 -  50	9	69,2
50 -  60	2	15,4
60 -  70	2	15,4
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado	8	61,5
Solteiro	5	38,5
<b>FILHOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	8	61,5
Não	5	38,5
<b>RELIGIÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Católica	5	38,6
Evangélica	5	38,6
Candomblé	1	7,6
Espírita	1	7,6
Não tem religião	1	7,6
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Médio	9	69,2
Superior	4	30,8
<b>% SERVIDORES COM ENSINO MÉDIO CONCLUÍDO ANTES E DEPOIS DE INGRESSAR NO SERVIÇO PÚBLICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Antes	8	61,5
Depois	5	38,5
<b>TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO (ANO)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
5 -  10	2	15,4
10 -  20	6	46,1
20 -  30	5	38,5
<b>TEMPO DE TRABALHO NA MICROÁREA (ANO)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 -  5	2	15,4
5 -  10	2	15,4
11 -  20	4	30,7
21 -  30	5	38,5

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Inicialmente cabe destacar que 92,4% (n=12) dos ACS entrevistados pertencem ao sexo feminino. O dado encontrado reafirma o que se vê na realidade,

visto que o perfil sociodemográfico e profissional dos Agentes Comunitários de Saúde observado neste estudo é compatível com o encontrado em investigações nacionais anteriores. A predominância da força de trabalho feminina não é uma característica exclusiva dos ACS, mas também são comuns em outros grupos profissionais que atuam na prestação de cuidados à saúde no Brasil e também as equipes de saúde do Sistema Único de Saúde onde identifica-se a predominância feminina entre a força de trabalho (Liotti; Pillon, 2024). Destaca-se com 61,5% (n=8) da amostra, o predomínio de mulheres casadas e com filhos, o que evidencia que, tanto social quanto culturalmente, essas profissionais acumulam múltiplas funções além do exercício de suas atividades laborais, desempenhando também os papéis de mães e esposas (Nascimento *et al.*, 2017; Teixeira *et al.*, 2017; Lourenção *et al.*, 2021).

No que se refere à raça/cor, 53,8% (n=7) dos participantes se autodeclararam pardos, configurando-se como o grupo predominante entre os Agentes Comunitários de Saúde deste estudo. Esse achado está em consonância com os resultados de Giugliani *et al.* (2023), que identificaram percentual semelhante (55,9%) de trabalhadores pardos em pesquisa nacional sobre o perfil sociodemográfico de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Tal predominância reflete a composição étnico-racial observada no contexto brasileiro, em que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a população parda representa o maior grupo racial do país, correspondendo a aproximadamente 45,3% da população total.

No que se refere à religião, 38,6% (n= 5) dos entrevistados se declararam católicos e outros 38,6% evangélicos. Além disso, identificou-se diversidade religiosa entre os participantes: 7,6% declararam-se seguidores do Candomblé, 7,6% espíritas e 7,6% afirmaram não possuir religião. Esse perfil revelou uma distribuição plural das crenças religiosas, que, em parte, acompanhou tendências observadas em âmbito nacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a população brasileira apresenta predominância de católicos (45%) e evangélicos (31%), mas com crescente diversificação religiosa e aumento do número de pessoas sem religião. Dados mais recentes do Censo 2022 confirmam essa tendência, indicando que, embora o catolicismo permaneça majoritário representando 56,7% da população de 10 anos ou mais, observa-se a continuidade da redução desse grupo em relação ao Censo de 2010, enquanto o segmento evangélico apresentou crescimento expressivo, atingindo 26,9% da população. Além disso, destaca-se o

aumento de pessoas sem religião (9,3%) e a presença de maior diversidade religiosa, incluindo religiões afro-brasileiras, como a Umbanda e o Candomblé, que passaram a representar cerca de 1% da população brasileira (IBGE, 2023). Essa heterogeneidade religiosa, além de expressar a diversidade sociocultural brasileira, pode contribuir para a ampliação da sensibilidade cultural dos ACS e o fortalecimento do vínculo com as famílias acompanhadas, aspecto já destacado por Cazola, Tamaki e Pontes (2014) como elemento essencial na construção de relações de confiança e de cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Em relação à faixa etária, observou-se uma maior concentração de participantes entre 40 e 50 anos, correspondendo a 69,2% (n=9) do total. Os dados encontrados condizem com os achados na pesquisa realizada por Giugliani *et al.* (2023), onde a maioria dos ACS, 38,8%, estavam na faixa de 40 a 49 anos, seguido de 31,9% na faixa de 29 a 39 anos. Outros estudos nacionais corroboram essa tendência: uma análise com 12.873 ACS matriculados no Programa Saúde com Agente identificou maior proporção de trabalhadores na faixa de 40–49 anos (38,8 %) e, em seguida, de 29 a 39 anos (31,9 %) (Castro *et al.*, 2017).

Mesmo em recortes mais específicos como agentes que atendem comunidades ribeirinhas prevalece a concentração entre 30 a 49 anos, sugerindo um perfil experiente e com longo tempo de atuação no SUS (Silva; Pedraza; Melo, 2023).

Em relação à formação educacional, a formação e qualificação desses profissionais constituem um processo histórico em constante transformação, em razão da complexidade das atividades desenvolvidas, marcadas principalmente pela dimensão educativa. Observa-se que, tradicionalmente, a formação dos ACS foi caracterizada por precariedade e descontinuidade. Vale destacar que, segundo a legislação anterior, para o exercício da profissão era suficiente o ensino fundamental; entretanto, com as alterações trazidas pela Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, passou a ser exigido o ensino médio completo (Liotti; Pillon, 2024). A afirmação condiz com os dados identificados neste estudo, onde 38,5% (n=5) concluiu o ensino médio após ingresso no serviço público. Esses dados evidenciam o esforço dos ACS em buscar maior qualificação, refletindo um processo de crescente escolarização dessa categoria profissional, fenômeno igualmente identificado em estudos anteriores (Cabral; Gleriano; Nascimento, 2019; Giugliani *et al.*, 2023). Os resultados referentes ao grau de escolaridade revelaram que a maioria dos participantes do estudo apresentam um nível educacional superior ao exigido pelo Ministério da Saúde,

destacando-se o ensino médio completo, que corresponde a 69,2% (n=9) da amostra, seguido pelo ensino superior, com 30,8%. Embora a atuação inicial dos Agentes Comunitários de Saúde estivesse predominantemente vinculada à educação em saúde, sem a necessidade de um conhecimento técnico e científico aprofundado, observa-se que, ao longo dos anos, o perfil desses profissionais tem se transformado, acompanhando o aumento gradual do nível de escolarização. No estudo de Musse *et al.* (2015), realizado com 348 ACS no estado da Paraíba, verificou-se que 62,3% possuíam ensino médio completo, 29,6% tinham ensino fundamental e 8,1% haviam concluído o ensino superior. Os autores destacam que o desempenho nas competências de leitura, interpretação e resolução de problemas apresentou correlação positiva com a escolaridade, evidenciando que maiores níveis de instrução contribuem para o aprimoramento técnico e a qualificação do trabalho desses profissionais.

Sobre o tempo de atuação profissional, verificou-se que 46,1% (n=6) dos ACS atuam entre 10 e 20 anos, seguidos por 38,5% que possuíam entre 20 e 30 anos de serviço público. Ademais, 38,4% (n=5) dos entrevistados declararam estar há mais de 20 anos atuando na mesma microárea, aspecto considerado favorável por estabelecer vínculos duradouros com as famílias acompanhadas (Cazola; Tamaki; Pontes, 2014). Esse vínculo foi também relatado em entrevistas:

“Ajuda muito. Adquire vínculo, né? Vínculo, conhecimento, um certo domínio sobre as pessoas. Ver a família mesmo, né? Ver a família, desenvolvendo” (F, 18 anos como ACS).

“Ajuda por causa de vínculos... a maioria da minha população é a mesma desde quando eu entrei. É. Um vínculo muito bom. Isso ajuda muito ter o vínculo, por causa da confiança e do respeito” (K, 15 anos como ACS).

Esse dado evidencia a permanência prolongada desses profissionais em seus cargos, o que pode ser considerado um aspecto positivo, na medida em que favorece a consolidação e a aplicação contínua de suas competências no trabalho conjunto com as equipes de saúde e com as comunidades. Os achados dialogam com evidências nacionais que apontam predominância de trajetórias intermediárias e longas entre ACS. Em estudo com 12.873 participantes do Programa Saúde com Agente, as faixas mais frequentes de tempo de atuação foram 11 a 15 anos (21,4%), 6 a 10 anos (20,9%) e 16 a 20 anos (17,5%), além de 17,5 % com tempo de atuação maior que 20 anos, totalizando 77,3% com mais de 6 anos de experiência (Giugliani *et al.*, 2023). Investigações locais também identificam maioria com mais de 10 anos

de atuação, reforçando baixa rotatividade e consolidação de competências no território (Duarte *et al*, 2023; Santos; Nunes; Coelho, 2024). Tal permanência favorece a criação e manutenção de vínculos, componente central do trabalho do ACS na Atenção Primária (Carli *et al.*, 2014).

## 6.2 Organização do trabalho dos ACS por Indicadores

O processo de avaliação em saúde por meio de indicadores de desempenho tem sido amplamente utilizado em diferentes países e, de forma crescente, em municípios brasileiros, com o propósito de qualificar a assistência prestada e otimizar o uso de recursos públicos (Silva; Formigli, 1994). No município de Belo Horizonte, a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores é composta por seis indicadores definidos a partir da análise de bases de dados institucionais, priorizando ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (PBH, 2024b). Esses indicadores são selecionados por expressarem de forma mais fidedigna o trabalho dos profissionais da atenção primária, alinhando-se às diretrizes das políticas nacionais e municipais de saúde (Brasil, 2017; WHO, 2018).

As falas dos Agentes Comunitários de Saúde revelam o reconhecimento dos indicadores como instrumentos técnicos de planejamento e monitoramento, capazes de orientar prioridades e sistematizar o acompanhamento das ações no território. Os profissionais demonstram compreender que tais parâmetros não são definidos de maneira aleatória, mas resultam de processos de análise e pesquisa epidemiológica, refletindo a organização racional e estratégica da gestão municipal:

“Porque ele não é um dado aleatório, eu vou mandar acompanhar mais as grávidas... foi feita muita pesquisa para saber quais são as prioridades em acompanhamento de saúde. Então, você entender esse processo, para você desenvolver o seu trabalho, eu acho extremamente importante” (L, 10 anos como ACS).

“As suas atribuições já incluem ali os indicadores, que é o BCMRI, já tem aquilo ali pra você acompanhar” (G, 16 anos como ACS).

A literatura corrobora essa percepção ao indicar que, quando apropriados pelos trabalhadores, os indicadores podem transformar-se em ferramentas de aprimoramento do cuidado, contribuindo tanto para o planejamento das ações quanto para a avaliação de resultados em saúde (Campos; Domitti, 2007). Entretanto, autores como Bezerra e Feitosa (2018) ressaltam que a efetividade das ações na atenção primária depende não apenas de instrumentos técnicos, mas também do trabalho de proximidade e da territorialidade, elementos que legitimam o papel do ACS e

sustentam o vínculo, a confiança e a adesão dos usuários às práticas de saúde. Assim, valorizar a atuação cotidiana desses profissionais é fundamental para a consolidação da APS como nível coordenador do cuidado.

Essa discussão se aproxima dos achados de Schönholzer *et al.* (2023) que, ao analisarem o alcance dos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil nas cinco regiões brasileiras, identificaram evolução positiva dos indicadores ao longo de 2021, porém com importantes disparidades regionais: as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram desempenho incipiente ou negativo, e nenhum estado alcançou a meta estabelecida para a ação estratégica voltada às doenças crônicas. Esses resultados evidenciam a necessidade de adaptar os indicadores às especificidades territoriais e às diferentes cargas de doença, reconhecendo que nem sempre é possível uniformizar o acompanhamento de grupos vulneráveis diante da diversidade social e epidemiológica dos territórios.

De maneira semelhante, os relatos dos ACS de Belo Horizonte apontam que, embora reconheçam os indicadores institucionais como instrumentos relevantes de gestão, suas ações cotidianas são orientadas principalmente pelas vulnerabilidades das famílias acompanhadas:

“Quando eu estou atendendo esse paciente da Bolsa Família, a gestante e o menor de um ano, eu não estou pensando no indicador, não. Eu estou pensando no meu acompanhamento com eles pela vulnerabilidade... Eu trabalho porque eu percebo que eles realmente precisam desse cuidado maior do Agente Comunitário de Saúde, da equipe de saúde da família” (K, 15 anos como ACS).

Esse depoimento reforça que, ainda que determinados públicos não estejam formalmente contemplados pela BCMRI, os ACS direcionam esforços para atendê-los, reafirmando o compromisso ético com as necessidades concretas do território.

Um dos objetivos centrais da avaliação de desempenho vinculada a bonificação, portanto, é selecionar indicadores que reflitam, em parte, a realidade vivida pelos ACS e que priorizem o atendimento a públicos mais vulneráveis. Contudo, como nem todas as situações de risco social podem ser capturadas por parâmetros institucionais padronizados, os profissionais frequentemente ampliam o escopo de suas ações, incorporando em sua prática o acompanhamento de outros grupos em situação de vulnerabilidade (Mendes, 2012). Essa postura evidencia não apenas a flexibilidade e a capacidade de adaptação desses trabalhadores, mas também a centralidade do ACS como elo entre as políticas públicas e as necessidades reais da

população.

Além disso, os ACS ressaltam que as metas estabelecidas pela avaliação de desempenho vinculadas a BCMRI correspondem, na prática, a um patamar mínimo já contemplado em suas atribuições cotidianas.

“(…) É uma coisa que a gente já tem que fazer. E eu acho que não conseguir isso... Eu acho um absurdo. Porque a prefeitura está me pedindo um mínimo. A prefeitura está me pedindo para digitar 377 por mês. Na minha área, eu tenho 800 pessoas. A prefeitura não tá exigindo o máximo de mim, ela tá exigindo o mínimo de mim” (J, 7 anos como ACS).

Esse entendimento reforça que o acompanhamento solicitado pela BCMRI não representa sobrecarga adicional, mas sim um recorte das atividades que já fazem parte da rotina assistencial. Indicadores como visitas a gestantes, crianças menores de um ano e beneficiários do Bolsa Família exemplificam esse processo, pois já integram as funções essenciais do ACS e são intensificados pela identificação de situações de maior vulnerabilidade.

Esse depoimento ilustra a concepção de que a prática cotidiana vai além das metas formais, incorporando as necessidades concretas do território. Essa discussão se aproxima dos achados de Castanheira *et al.* (2011), que, ao desenvolverem e validarem o instrumento QualiAB, ressaltam que a efetividade dos indicadores de avaliação em saúde depende da definição clara de parâmetros e da participação das equipes locais no processo avaliativo, de modo que os resultados possam ser apropriados criticamente pelos profissionais e utilizados para reorientar o trabalho nos serviços.

A integração entre avaliação de desempenho e contratualização de metas é apontada como estratégia crucial para aprimorar a gestão do sistema de saúde, na medida em que permite alinhar expectativas individuais e institucionais (Ney; Pierantoni; Lapão, 2015; Campos, 2019). Para Cardoso *et al.* (2020), a efetividade desses sistemas está diretamente relacionada à compreensão que os trabalhadores possuem acerca do processo, reforçando a necessidade de devolutivas institucionais e de capacitação contínua.

Os próprios ACS relatam dificuldades na compreensão e utilização prática dos indicadores, sobretudo pela falta de clareza nos critérios de mensuração e no modo como as metas devem ser alcançadas.

“Não é claro. Esses indicadores eu não sei como alcançá-los, mas eu sei do menor de um ano que uma colega de trabalho que ensinou. Não foi lá dos superiores. Porque não tem ninguém pra ensinar... Eu tenho que fazer de

acordo com o que eles querem, mas eu não tenho treinamento. Eu vou trabalhar por meta, então, não vai ser mais pela necessidade do usuário. E eu acho isso muito ruim” (K, 15 anos como ACS).

Esse depoimento revela que, na ausência de treinamento adequado e de devolutivas institucionais consistentes, o processo avaliativo tende a se distanciar das necessidades reais do território, assumindo caráter predominantemente burocrático e pouco alinhado às necessidades concretas da população. A literatura demonstra que, para que sistemas de monitoramento digital e práticas avaliativas baseadas em indicadores sejam efetivos, é fundamental que estejam integrados a estratégias de educação permanente, possibilitando que os profissionais se apropriem criticamente das ferramentas e desenvolvam competências para utilizá-las de forma qualificada no cotidiano (Silva *et al.*, 2017).

Essa necessidade de articulação entre formação e avaliação também se evidencia quando observamos situações específicas dentro da própria BCMRI. Entre os indicadores, o de número 6, referente à participação do ACS nas reuniões de supervisão, apresenta fragilidade estrutural relevante, pois seu cumprimento depende exclusivamente do registro realizado pelo enfermeiro. Tal característica gera, entre os ACS, a percepção de injustiça, uma vez que a obtenção da meta não está sob seu controle direto, ficando condicionada à atuação e ao registro de outro profissional da equipe.

“Eu não concordo porque a gente depende de outro pra estar cumprindo essa meta... O indicador 6, que é o da supervisão, porque independe da gente. Eu não acho que ele deveria ser assim. Nós fomos prejudicadas. Então, eu não concordo com essa parte. Eu acho que a gente é prejudicada por uma parte que não é nossa” (A, 25 anos como ACS).

Esse tipo de distorção compromete o princípio de justiça avaliativa e fragiliza a percepção de mérito individual, minando a motivação dos trabalhadores (Silva; Formigli, 1994).

Dessa forma, torna-se imprescindível repensar o desenho dos indicadores de desempenho, sobretudo aqueles que envolvem corresponsabilidade entre diferentes membros da equipe. Parâmetros mais claros, objetivos e ajustados à realidade local poderiam favorecer maior legitimidade e aceitação dos processos avaliativos, estimulando tanto a motivação dos trabalhadores quanto a efetividade da Atenção Primária à Saúde (Starfield, 2002; Mendes, 2012).

### 6.3 Apoio institucional e condições de trabalho

A categoria *Apoio institucional e condições de trabalho* emergiu das falas dos Agentes Comunitários de Saúde como expressão central de suas vivências no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, os relatos evidenciaram que o apoio institucional não se restringe à dimensão normativa, mas abrange aspectos práticos como a supervisão contínua do enfermeiro, a oferta de capacitação permanente e a garantia de recursos tecnológicos e estruturais adequados. Tais dimensões revelam tensões entre o trabalho prescrito representado por normas, protocolos e indicadores e o trabalho real, no qual os ACS enfrentam desafios relacionados à precariedade de infraestrutura, à ausência de feedbacks consistentes e à necessidade de formação compatível com as exigências contemporâneas da APS.

A literatura nacional e internacional reforça que a sustentação das práticas dos ACS exige não apenas investimento financeiro, mas sobretudo condições institucionais que favoreçam seu protagonismo, seu engajamento e sua integração com a equipe multiprofissional (Paim *et al.*, 2011; Silva; Formigli, 1994; Leandro *et al.*, 2024). A ausência de suporte adequado pode comprometer a qualidade assistencial e gerar desmotivação, ao passo que o fortalecimento do apoio institucional contribui para a consolidação da APS como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (Starfield, 2002).

Dessa forma, a categoria desdobrou-se em três subcategorias analíticas: Supervisão do enfermeiro, que aborda o acompanhamento sistemático do trabalho dos ACS; Capacitação da equipe, que evidencia a necessidade de processos educativos permanentes; e Recursos tecnológicos e estrutura, que trata das condições materiais e digitais imprescindíveis à execução do trabalho. Juntas, essas subcategorias permitem compreender como o suporte institucional ou sua ausência impacta diretamente a organização do trabalho, a qualidade do cuidado e a valorização dos ACS.

#### 6.3.1 Supervisão do enfermeiro

A supervisão constitui-se como elemento indissociável de qualquer processo de trabalho coletivo, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, em que diferentes profissionais, com distintas formações, atuam integrados no planejamento, na organização interna dos serviços e na qualificação das práticas (PBH, 2023d). No contexto da Estratégia Saúde da Família, a supervisão, o acompanhamento e a

coordenação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde são atribuições do enfermeiro da equipe, conforme previsto pela PNAB 2.436/2017, pelo Manual do Agente Comunitário de Saúde da PBH, pelo Manual de Enfermagem da PBH, pela Nota Técnica nº 011/2019 (Competências e Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na APS) e pelo Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do COREN-MG.

De acordo com a Nota Técnica nº 013/2019, atualizada em maio de 2023, a supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde deve ser realizada semanalmente, em horários previamente definidos nas agendas do enfermeiro e do ACS, sendo preconizadas duas horas semanais para o cumprimento dessa atividade. Entretanto, alguns agentes relatam irregularidade na execução dessa rotina:

“A supervisão é para ser toda semana. Mas a demanda do posto está tanta que ela não está conseguindo fazer. Então, não é toda semana. Mas deveria ser, né? Porque ela tem a agenda protegida para isso” (A, 25 anos como ACS).

A realização periódica e sistemática das reuniões de supervisão é condição essencial para consolidar uma cultura de apoio, aprendizado e corresponsabilização entre enfermeiros e ACS. A regularidade desses encontros possibilita o acompanhamento contínuo das ações no território, a atualização técnica, o compartilhamento de desafios e a construção coletiva de soluções, contribuindo de maneira direta para o fortalecimento da APS e para a efetividade das políticas de incentivo e valorização profissional.

Esse cenário evidencia a necessidade de reorientar a supervisão e as reuniões periódicas, de modo que se configurem como espaços efetivos de capacitação, reflexão e troca de experiências, fortalecendo o protagonismo dos ACS e aprimorando a qualidade da atenção à saúde no território. Conforme destacam Silva *et al.* (2014), a educação permanente na atenção primária deve ser contínua, participativa e alinhada às necessidades concretas tanto dos profissionais quanto da população atendida. Nesse sentido, cabe aos enfermeiros supervisores, gestores e educadores buscarem aprimoramento permanente, assegurando que os conteúdos e metodologias de supervisão sejam contextualizados, pedagógicos e orientados à prática real do serviço.

Evidências nacionais corroboram tais constatações. Em uma revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro na APS, Pires, Lucena e Mantesso (2022) identificaram que a supervisão frequentemente ocorre de forma fragmentada, com limitações no

suporte educacional e baixa visibilidade do papel do ACS nos processos decisórios. De modo semelhante, ao investigarem as concepções de supervisão sob a ótica dos enfermeiros da eSF, observaram que, em muitos casos, essa prática não alcança o potencial transformador previsto nas políticas públicas, restringindo-se a um instrumento de controle administrativo e avaliação de resultados, em vez de funcionar como ferramenta de educação permanente e qualificação do cuidado (Silva *et al.*, 2014).

A presença do enfermeiro na equipe Saúde da Família possibilita a supervisão tanto da equipe de enfermagem quanto dos Agentes Comunitários de Saúde, configurando-se como atribuição inerente e indissociável ao exercício desse profissional (Cazola; Tamaki; Pontes, 2014). Embora alguns ACS relatem ausência de supervisão regular, reconhecem que, se conduzida de forma constante, planejada e com foco pedagógico, essa prática contribuiria de maneira significativa para a qualidade de suas ações e para o aprimoramento de seu desempenho:

“Eu acho que ajudaria, mas eu acho que se a gente tivesse a reunião, né? Se tivesse na supervisão, já seria o suficiente, mas com certeza ajudaria sim” (E, 22 anos como ACS).

Quando a supervisão ocorre conforme os parâmetros estabelecidos na Nota Técnica nº 013/2019, é percebida pelos ACS como um instrumento essencial de apoio, orientação e aperfeiçoamento profissional:

“A nossa enfermeira ajudou a gente demais nessa evolução... Eu trabalhava, trabalhava, mas eu não conseguia mostrar em produção como eles queriam. A enfermeira que ajudou. Ela sempre buscou pontuar pra gente: olha, gente, é assim. As metas desse ano vão ser isso. Tanto ela quanto a gerência ajudaram muito. Nunca mais, nesses 14 anos, deixei de receber... Nós fomos nos apoiando com o suporte da gerência e da enfermeira. Quando mudou, foi muito bom para nós, porque conseguimos nos apoiar e todas receberam” (K, 15 anos como ACS).

Na literatura nacional, destaca-se o instrumento validado por Góes (2019), desenvolvido de forma participativa e colaborativa, que orienta a supervisão do ACS pelo enfermeiro e reforça a necessidade de mecanismos sistemáticos de acompanhamento, avaliação e orientação para consolidar essa prática como eixo formativo da Atenção Primária à Saúde.

Paralelamente, autores como Barros *et al.* (2021) discutem a natureza da liderança do enfermeiro enquanto supervisor e gestor do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), evidenciando que estilos de liderança democráticos e participativos favorecem maior engajamento, coesão e

corresponsabilização da equipe. Em contrapartida, abordagens autoritárias ou verticalizadas tendem a gerar desmotivação, fragilidade nos vínculos e redução do comprometimento com os resultados institucionais.

Nesse contexto, a supervisão periódica e qualificada das ações do ACS exerce impacto direto sobre o planejamento das atividades, o desempenho profissional e o desenvolvimento de competências individuais. Tais dimensões encontram fundamento na literatura de Psicologia Organizacional, que destaca que o desempenho no trabalho resulta da interação entre domínio técnico, habilidades cognitivas, motivação e condições de suporte oferecidas pela organização (Abbad; Mourão, 2006).

Portanto, investir em processos regulares, sistematizados e orientados pedagogicamente de supervisão representa não apenas uma estratégia de fortalecimento da prática cotidiana e de aprimoramento do desempenho dos ACS, mas também um recurso estruturante para a consolidação da Atenção Primária à Saúde como eixo fundamental do Sistema Único de Saúde. A supervisão, entendida como espaço de diálogo, aprendizado e corresponsabilidade, deve ser valorizada institucionalmente como prática contínua e indispensável à qualificação das ações, à valorização profissional e à sustentabilidade das políticas públicas de saúde.

### 6.3.2 Capacitação da equipe

Um dos principais desafios identificados para a execução do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, especialmente no que se refere à integração com os serviços de saúde e à gestão, está relacionado à insuficiência de processos formativos e à carência de investimentos em recursos adequados para o desenvolvimento de suas atividades. Essa lacuna formativa repercute diretamente na qualidade da assistência e no alcance das metas institucionais (Silva; Formigli, 1994; Paim *et al.*, 2011).

Observa-se, ainda, que as alterações e atualizações realizadas nos sistemas de informação necessárias para aprimorar registros e corrigir inconsistências muitas vezes não são acompanhadas de capacitação oportuna. Em diversas ocasiões, as informações chegam de forma tardia ou com especificações técnicas insuficientes, o que dificulta a adaptação dos profissionais às novas exigências (Silva; Formigli, 1994).

As atribuições dos ACS são múltiplas e complexas, abrangendo monitoramento do território, visitas domiciliares, ações de educação em saúde, orientações às

famílias, além da realização e qualificação cadastral em sistemas de informação. Trata-se de um conjunto de atividades que exige formação permanente e capacitação contínua (Brasil, 2017). Nas falas dos entrevistados, a necessidade de capacitação aparece de forma recorrente, especialmente quanto ao uso dos sistemas digitais:

“A Prefeitura precisa, não sei de que forma, mas precisa instruir melhor quem não tem acesso ao computador, que tem dificuldade. A maioria dos agentes são pessoas que têm pouca escolaridade, pouca facilidade com a computação. Então, eles não atingem a meta. Não é por falta de trabalho” (I, 7 anos como ACS).

A formação em saúde digital, com ênfase no uso de sistemas de informação e tecnologias móveis, torna-se cada vez mais imprescindível para assegurar a qualidade e a disponibilidade de recursos humanos necessários à consolidação da APS no país, respeitando as especificidades territoriais (Leandro *et al.*, 2024). A ausência dessa qualificação impacta diretamente tanto no alcance das metas da BCMRI, que dependem do registro adequado no sistema, quanto na qualidade do acompanhamento das famílias beneficiárias de programas sociais.

Ainda nesse sentido, os próprios ACS identificam que as dificuldades não residem no trabalho assistencial em si, mas na operacionalização técnica dos registros:

“Que as dúvidas que as pessoas têm, normalmente, é o lançamento no sistema. Porque é isso que gera pontuação. Não é do trabalho, porque tem gente que trabalha, conhece muito, trabalha mais de 20 anos. Eu acho que é a falta de clareza. De clareza e de acesso. Às vezes a pessoa trabalha muito, mas alimenta muito o sistema, mas não faz aquilo que é pra receber a BCMRI, entendeu? Não por não trabalhar, mas por não alimentar o sistema da forma correta. Porque, às vezes, alimenta, mas não alimenta da forma correta, entendeu? Porque o sistema, às vezes, ele falha com a gente” (I, 7 anos como ACS).

Esse relato evidencia a necessidade de formação específica em tecnologias de informação, uma vez que a ausência de clareza e de suporte técnico adequado acaba comprometendo o desempenho dos ACS, corroborando achados de Silva e Formigli (1994) e Duarte, Tedesco, e Parcianello (2012).

Outro aspecto relevante destacado pelos Agentes Comunitários de Saúde refere-se à ausência de capacitação também entre os enfermeiros, profissionais responsáveis pela supervisão e pelo apoio técnico às equipes. Na percepção dos agentes, essa lacuna compromete a efetividade do processo de supervisão, uma vez que limita a capacidade dos enfermeiros de oferecer orientações fundamentadas e de conduzir reuniões de forma padronizada e educativa:

“Eles sabem que está batendo a meta ali da digitação, mas o indicador mesmo, os detalhes, não. A gente sabe mais do que eles. Então, não vem assim, uma vez por ano, trazer, ah, o BCMRI, os indicadores são esses. Eu acho que a gente sabe mais do que eles sobre isso. Eles não passam isso, né? Principalmente quando vem enfermeiro novo. É uma coisa nova, né? Assim, não tem outro lugar. Então, se chegar fora da rede, de fato... Se chegar fora da rede, fica perdido. Às vezes, até outros postos de saúde, ou outras cidades, no caso da nossa, me parece que ela veio do Rio de Janeiro. Lá tem, mas não tem esses indicadores. Mas lá tem o Bolsa Família, tem. E a vantagem é bem assim, sabe? Do jeito que ela conta para a gente. Bem evoluído. Mas, acho que nós sabemos mais do que elas sobre isso” (F, 18 anos como ACS).

Essa percepção é reiterada em outras falas, que ressaltam a necessidade de capacitar também os enfermeiros supervisores, de modo a garantir uniformidade de práticas e coerência na condução das atividades de acompanhamento e orientação, de acordo com a Nota Técnica vigente:

“Capacitar também o enfermeiro para estar todo mundo trabalhando com a mesma linha, fazer da mesma forma, porque aí ninguém sai prejudicado, né? Fazer essa parte deles melhor, mais bem feita, mais qualificada, e ver se eles estão realmente fazendo dentro do que é esperado pela secretaria. Porque a gente, quando foi começar isso, tivemos reuniões, tivemos treinamento, os enfermeiros também, mas depois os antigos foram saindo, foram chegando enfermeiros novos e a forma deles trabalhar, que deve ser o que dá pra gente sair de que a gente tem a supervisão e não sei como é que é lançado” (A, 25 anos como ACS).

Esses relatos convergem com estudos que evidenciam fragilidades na formação continuada dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, indicando que menos de 50% dos ACS participam regularmente de reuniões de equipe voltadas à educação permanente, e que tais espaços, quando ocorrem, frequentemente privilegiam aspectos administrativos em detrimento da formação técnico-pedagógica (Silva *et al.*, 2014; Campos; Domitti, 2007).

A ausência de capacitação sistemática entre os enfermeiros reflete uma lacuna estrutural nas políticas de gestão do trabalho e educação permanente, comprometendo o caráter educativo da supervisão. Conforme destacam Ceccim (2005) e Merhy (2018), a supervisão deve ser compreendida como uma prática formativa e transformadora, capaz de promover o desenvolvimento crítico-reflexivo dos profissionais, a articulação entre saber e fazer, e a produção de novos sentidos para o trabalho em saúde.

Nesse sentido, a qualificação do enfermeiro para o exercício da supervisão é fundamental, pois requer não apenas domínio técnico e conhecimento dos indicadores de desempenho, mas também competências pedagógicas, comunicacionais e de liderança. O enfermeiro supervisor deve estar preparado para atuar como mediador

de saberes, facilitador de processos de aprendizagem e promotor de uma cultura de corresponsabilidade e melhoria contínua (Góes, 2019; Barros *et al.*, 2021). Assim, investir em programas de formação que contemplem a dimensão educativa, relacional e ética da supervisão é condição essencial para potencializar os resultados da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores e fortalecer o papel estratégico do ACS na consolidação da APS.

Dessa forma, evidencia-se que os processos formativos em serviço devem ser contínuos, contextualmente orientados e interdisciplinares, envolvendo tanto os Agentes Comunitários de Saúde quanto os enfermeiros supervisores. A adoção de abordagens dialógicas e construtivistas, ancoradas no saber prévio dos profissionais e em suas experiências territoriais, favorece a construção de aprendizagens significativas e transformadoras, conforme defendem Freire (2014) e Ceccim (2005). Nessa perspectiva, a qualificação do enfermeiro para o exercício da supervisão assume papel estratégico, ao integrar dimensões pedagógicas, comunicacionais e éticas, potencializando sua atuação como mediador de saberes e promotor de práticas colaborativas. Assim, a educação permanente em saúde, articulada a uma supervisão qualificada e institucionalmente reconhecida, constitui um eixo estruturante da gestão do trabalho na Atenção Primária à Saúde, promovendo a valorização profissional, a corresponsabilização e a sustentabilidade das ações voltadas à melhoria contínua da qualidade do cuidado.

### 6.3.3 Recursos tecnológicos e estrutura

A infraestrutura tecnológica e física constitui um componente estratégico para o desempenho das equipes da Atenção Primária à Saúde e, particularmente, para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. O desenvolvimento de suas atividades baseadas na vigilância territorial, no acompanhamento das famílias e na alimentação contínua dos sistemas de informação depende diretamente da disponibilidade e da qualidade dos recursos estruturais e tecnológicos. Nesse contexto, o acesso a equipamentos adequados e a sistemas informatizados eficientes é essencial para assegurar a fidedignidade dos registros, a continuidade do cuidado e a efetividade das políticas de incentivo vinculadas à avaliação de desempenho, como a BCMRI. Contudo, as condições estruturais e tecnológicas ainda se configuram como um dos principais desafios enfrentados pelos ACS, interferindo na organização do trabalho, na produtividade e na qualidade da assistência ofertada à comunidade.

As falas dos Agentes Comunitários de Saúde evidenciam problemas relacionados à infraestrutura tecnológica, sobretudo pela multiplicidade de sistemas de informação que necessitam ser alimentados simultaneamente:

“Nós temos e-Visita, o Cadsusweb, o SIGRAH, e às vezes a gente tem que ir na gestão, né? Pra verificar. Então, são quatro sistemas para alimentar. E isso é um dificultador também para as pessoas que não têm tanta facilidade. Porque você alimentar um sistema já é difícil, mas ainda pode. Entendeu? Porque ele não se alimenta, ele não é, ele não caminha sozinho no sistema. Os sistemas da prefeitura têm muita deficiência, né? Você não busca o paciente totalmente. Ele sempre falha, falta dados, entendeu? Esse é um dificultador, trabalhar com tantos sistemas” (I, 7 anos como ACS).

Esse relato evidencia um processo de sobrecarga burocrática e de precarização das condições institucionais, fatores que limitam a efetividade e a resolutividade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Embora a introdução de equipamentos tecnológicos represente um avanço no sentido de otimizar as atividades e qualificar os registros, sua adoção não se traduz automaticamente em maior facilidade operacional, uma vez que parte dos profissionais enfrenta dificuldades de adaptação aos sistemas digitais. Ademais, em determinadas circunstâncias, a tecnologia pode intensificar a burocratização e o desgaste laboral, sobretudo diante do preenchimento repetitivo e moroso de dados em vários sistemas de informação (Leandro *et al.*, 2024). Essa intensificação dos processos burocráticos no cotidiano dos ACS tem sido interpretada por diversos autores como reflexo do avanço do gerencialismo nas políticas públicas de saúde, modelo de gestão que tende a privilegiar o cumprimento de metas e indicadores quantitativos, em detrimento de ações coletivas, comunitárias e relacionais, que são fundamentais para a efetividade e integralidade da Atenção Primária à Saúde (Silva; Formigli, 1994).

Nesse contexto, as inovações tecnológicas introduzidas na rotina dos ACS, embora representem uma estratégia de modernização da gestão e de ampliação da rastreabilidade das ações, também impõem novos desafios operacionais e cognitivos aos profissionais. Para possibilitar o registro em tempo real das visitas e atividades de campo, o município de Belo Horizonte disponibilizou tablets aos ACS, por meio dos quais é possível acessar sistemas como o e-Visita, o e-Gestor e o SIGRAH. Entretanto, o CADSUSWEB ainda depende do uso de computadores fixos nas unidades, o que gera limitações logísticas e de produtividade. Quanto à efetividade do uso dos tablets, os profissionais relatam dificuldades relacionadas à conectividade, instabilidade dos sistemas e à falta de suporte técnico contínuo, fatores que

comprometem a agilidade e a confiabilidade dos registros:

“A gente tem um grande problema com o tablet, que o tablet meu mesmo está meio que parado, porque ele faz, você entra na tela, aí você entra na plataforma, ao que você está trabalhando, a plataforma sai. Ela, tipo assim, funciona na hora que quer. Por fim, você meio que abandona o tablet e deixa para fazer sua produtividade no posto. Isso acumula serviço, é muito estressante” (L, 10 anos como ACS).

“Nem sinal pega direito lá. E, às vezes, ele tem internet, mas ele fica... A gente entra na página e ele sai sozinho. Aí eu acabo cansando e faço a mão mesmo e depois digito” (E, 22 anos como ACS).

Esses depoimentos estão em consonância com estudos que evidenciam importantes fragilidades na digitalização da saúde. Pesquisas apontam que limitações estruturais, como equipamentos inadequados, baixa conectividade e instabilidades nos sistemas digitais, comprometem a confiabilidade dos registros, dificultam a continuidade do trabalho e aumentam o risco de retrabalho ou duplicidade de informações (Neves *et al.*, 2025; Fornazin; Rachid; Coelho Neto, 2022).

Além das falhas técnicas dos dispositivos, que frequentemente obrigam os profissionais a recorrer a outros equipamentos para realizar o registro de suas atividades, soma-se a escassez de computadores disponíveis nas unidades de saúde. Essa limitação acarreta atrasos no processo de trabalho e contribui para a sobrecarga das equipes, como relatam os próprios Agentes Comunitários de Saúde:

“A Prefeitura falha muito com computadores internos... Então, eu preciso de mais computadores. Entendeu? Por exemplo, aqui a gente tem esse, que às vezes a gente usa, se não tiver ninguém do NASF...” (I, 7 anos como ACS).

“Porque muitas vezes nem sala você consegue. De quarta e quinta aqui. Normalmente a gente fica aqui e aí... E naquela sala de reunião, normalmente tem um encontro ali, né?... aí você não tem aquela sala. Tem dois computadores. Então, a gente já perde ali. Dia de quarta e quinta é bem complicado” (H, 24 anos como ACS).

Tais relatos evidenciam a precariedade da infraestrutura física e tecnológica disponível, que repercute diretamente na organização, na produtividade e na qualidade das ações desenvolvidas pelos ACS. Conforme analisado por Nogueira (2019), a insuficiência de espaços adequados, a escassez de equipamentos e as condições materiais limitadas intensificam a burocratização das rotinas de trabalho, produzindo sentimentos de insegurança, frustração e desgaste, além de comprometerem o desempenho profissional e a efetividade das práticas no território.

Outro fator recorrente é a necessidade de cobrir áreas descobertas, o que interfere na qualidade do acompanhamento efetivo das famílias:

“Eu não gosto quando acontece isso, porque a qualidade do seu desempenho em tratar das famílias, ela cai muito porque, por exemplo, eu tenho que dividir um tempo que é só meu, da minha área com a outra área. Entendeu? Aí a qualidade cai, porque se eu tenho um tempo de conversar, de saber as coisas direitinho, eu já passo lá porque eu tenho que ir para outra área” (C, 23 anos como ACS).

Em outras situações, ACS relatam que precisam assumir áreas classificadas como “baixo risco”, mas que, na prática, apresentam alta demanda:

“E é um baixo risco que não é baixo risco. Eles me dão... Eu tenho mais demanda com eles do que com a minha área que é coberta. Coisas que eu deveria estar fazendo na minha área... Eu tenho que atender a área de vigilância” (J, 7 anos como ACS).

Esses testemunhos evidenciam um contexto de sobrecarga laboral entre os Agentes Comunitários de Saúde, no qual a cobertura de outras microáreas compromete a vigilância territorial efetiva e, conseqüentemente, impacta a qualidade da assistência prestada. Estudos indicam que a distribuição equitativa das microáreas, considerando as características socioepidemiológicas e demográficas do território, é condição fundamental para assegurar a resolutividade das ações e a continuidade do cuidado (Cazola; Tamaki; Pontes, 2014). Pesquisas mais recentes também demonstram que a sobrecarga decorrente da ampliação das áreas de atuação dos ACS repercute diretamente em seu bem-estar e no desempenho das atividades cotidianas, influenciando negativamente a qualidade do trabalho no território (Santos *et al.*, 2025).

Nesse cenário, até mesmo o pagamento por desempenho tende a apresentar assimetria, uma vez que nem todos os profissionais dispõem das mesmas condições estruturais, logísticas ou de suporte institucional. Tal desigualdade repercute diretamente na efetividade das políticas de incentivo, podendo gerar percepções de injustiça e desvalorização profissional.

Diante disso, torna-se imperativo refletir sobre a infraestrutura disponível e sobre a valorização dos recursos tecnológicos no âmbito da APS. A insuficiência estrutural e tecnológica compromete não apenas o alcance dos indicadores institucionais, mas também a qualidade das práticas comunitárias, acarretando sobrecarga física e emocional e reduzindo o engajamento e a motivação profissional. Assim, é essencial que os gestores municipais implementem estratégias de aprimoramento estrutural e tecnológico, assegurando condições de trabalho adequadas e favorecendo a consolidação da APS como nível coordenador do cuidado e eixo estruturante do SUS.

#### 6.4 Valorização profissional e comunicação institucional

O incentivo financeiro tem se mostrado um fator motivador relevante entre os Agentes Comunitários de Saúde, não apenas pelo valor monetário em si, mas também pelo reconhecimento simbólico e pela valorização profissional que proporciona. A literatura evidencia que diferentes arranjos de pagamento vinculados ao alcance de metas podem funcionar como dispositivos indutores de mudança, estimulando a reorganização do processo de trabalho e, em alguns contextos, a melhoria da qualidade dos serviços prestados (Costa; Silva; Jatobá, 2022; Duarte *et al.*, 2023; Bezerra *et al.*, 2023). Esse aspecto é confirmado nas falas dos ACS, que expressam satisfação ao perceberem que seu esforço gera tanto retorno financeiro quanto reconhecimento da equipe:

“Fui juntando, juntando, juntando e consegui comprar um lote. Então é um incentivo... Eu fico feliz. Não vou dizer que o dinheiro não é tudo, eu fico feliz porque eu ganho muito parabéns, que a minha enfermeira fica feliz comigo, a minha gerente também. Então eu fico feliz! É tão bom a gente se sentir assim que a gente é útil e que fez um serviço de qualidade excelente” (C, 23 anos como ACS).

Esse depoimento ilustra que o incentivo financeiro também cumpre uma função simbólica, reforçando o pertencimento e a percepção de importância dentro do Sistema Único de Saúde. A valorização profissional, assim, ultrapassa a dimensão material, fortalecendo o vínculo e a motivação intrínseca (Silva; Formigli, 1994).

Outro entrevistado reforça esse entendimento ao associar a bonificação ao aumento de ânimo para cumprir as atribuições:

“Lógico que eu não quero perder essa bonificação, é meu trabalho, mas tem um incentivo, é muito bom pra qualquer trabalhador. Você tá trabalhando numa empresa, você tem um incentivo, você cumpre ele com mais... né, ter mais ânimo pra fazer aquele trabalho seu ali, né, no caso” (G, 16 anos como ACS).

Estudos indicam que incentivos financeiros e reconhecimento simbólico estimulam a motivação e a produtividade, criando um ambiente de engajamento e corresponsabilidade entre os trabalhadores (Paim *et al.*, 2011; Brasil, 2017).

Além da dimensão financeira, os depoimentos também destacam a valorização advinda do reconhecimento coletivo entre pares e gestores. Isso se traduz em um ambiente mais colaborativo, caracterizado por estímulo mútuo e até por uma “concorrência saudável”:

“Eu vejo muito como um incentivo. Um incentivo pra gente fazer e criar também um ambiente, pra nós, que é saudável. De falar assim, ah, eu vou

trabalhar porque eu sei que o meu colega vai receber, então, eu não quero passar vergonha e nem vergonhar a minha equipe. Então, existe uma... não é uma disputa, mas uma concorrência saudável entre a gente” (F, 18 anos como ACS).

Essa percepção encontra respaldo em estudos sobre motivação organizacional, que ressaltam a importância do reconhecimento social como forma de valorização profissional e como promotor de maior engajamento nas práticas cotidianas (Deci; Ryan, 2000; Smither; London; Reilly, 2005).

Contudo, ao mesmo tempo em que o incentivo financeiro é valorizado, emergem falas que apontam para sentimentos de invisibilidade e desvalorização, relacionados à ausência de feedback institucional. Essa lacuna fragiliza a comunicação organizacional e compromete a credibilidade do processo avaliativo. Conforme Bardin (2016), a comunicação é essencial para dar sentido ao trabalho, e a falta de devolutiva impacta negativamente na motivação e no sentimento de pertencimento dos trabalhadores.

“Não, nunca tive esse feedback. Eu, pelo menos assim, com essa enfermeira que tava, não teve. E com a anterior, muito menos, não teve” ( G, 16 anos como ACS).

A ausência de retorno institucional pode gerar frustração, insegurança e até mesmo sensação de injustiça, conforme revela outro depoimento:

“O 100%. Eu sempre recebi 100%. E agora depois, nunca mais. Trabalho 100% e recebo 80%. Porque é a falha aí no registro que eu não sei qual que é. Eu que preciso saber, não sei. Não chega até mim” (K, 14 anos como ACS).

Pesquisas corroboram esses achados ao demonstrar que processos de acompanhamento contínuo, comunicação clara e devolutivas regulares exercem papel decisivo no desempenho das equipes, favorecendo a melhoria do ambiente de trabalho, o alinhamento das práticas profissionais e o fortalecimento das relações entre trabalhadores e supervisores (Balsanelli; Cunha, 2015). A ausência de feedback compromete a transparência e mina a confiança na imparcialidade do sistema (Smither; London; Reilly, 2005).

Essa necessidade é reforçada em outra fala, na qual a agente ressalta que o feedback poderia esclarecer pontos controversos sobre a avaliação:

“... Tendo esse feedback, a gente poderia entender o porquê que eu não tive os 15%, acho que era 15% mesmo, o peso lá. Eu iria entender, porque uns falam que é por causa de férias, outros falam que pode ser por causa de atestado, mas nesse ano mesmo eu não tinha pegado nada de atestado” (G, 16 anos como ACS).

A literatura internacional aponta que o feedback eficaz deve ter caráter construtivo e prospectivo, voltado não apenas à avaliação de resultados passados, mas também ao desenvolvimento futuro do trabalhador. O fornecimento de orientações claras sobre metas e métodos de melhoria contribui para reduzir incertezas e fortalecer a motivação intrínseca (Zhou, 2003; Li *et al.*, 2011; Iso-Ahola; Dotson, 2014).

Assim, os depoimentos dos ACS revelam que a valorização profissional se manifesta em duas dimensões complementares: a material, vinculada à bonificação financeira, e a simbólica, relacionada ao reconhecimento, devolutiva e comunicação institucional. Se a primeira aparece como um estímulo imediato, a segunda é apontada como lacuna que compromete a construção de uma cultura organizacional participativa e de corresponsabilização. Essa ambiguidade reforça a necessidade de gestores e avaliadores investirem tanto em incentivos justos quanto em estratégias de comunicação contínua, capazes de promover maior transparência, pertencimento e engajamento no trabalho em saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciam que os três objetivos específicos propostos estão intrinsecamente interligados, uma vez que o desempenho dos Agentes Comunitários de Saúde depende diretamente das estratégias gerenciais adotadas, das condições estruturais de trabalho e da clareza dos processos avaliativos instituídos pela gestão municipal.

Em relação ao primeiro objetivo, voltado a descrever as ações gerenciais implementadas para a efetivação da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores, constatou-se que o município de Belo Horizonte estruturou um modelo de avaliação pautado em seis indicadores de desempenho, alinhados às prioridades de promoção, prevenção e acompanhamento em saúde. As falas dos participantes revelaram esforços institucionais voltados ao alinhamento das metas com as práticas já desenvolvidas pelas equipes, especialmente no acompanhamento de gestantes, crianças e beneficiários do Programa Bolsa Família. Todavia, observou-se que, embora as ações gerenciais tenham buscado viabilizar a operacionalização da avaliação por desempenho, ainda persistem fragilidades relacionadas à comunicação das metas, à regularidade das supervisões e à ausência de capacitações sistemáticas. Tais achados indicam que a consolidação da BCMRI requer não apenas instrumentos técnicos eficazes, mas também uma gestão participativa, pautada na escuta, no diálogo e na valorização dos trabalhadores.

No que tange ao segundo objetivo, que buscou identificar os fatores mais relevantes da avaliação que impactam o desempenho dos ACS, emergiram elementos determinantes que influenciam diretamente o alcance das metas e a qualidade do trabalho realizado. Destacam-se a clareza e a aplicabilidade dos indicadores, a carência de capacitação continuada, as limitações tecnológicas como falhas no uso dos tablets e na conectividade com os sistemas digitais, a cobertura de áreas de baixo risco e de microáreas descobertas, bem como o papel central da supervisão do enfermeiro. A ausência de treinamentos periódicos e de suporte técnico compromete o registro adequado das ações e, conseqüentemente, o desempenho avaliado. Ademais, as condições estruturais precárias e a falta de devolutivas institucionais afetam a motivação e o engajamento profissional. Esses fatores demonstram que a efetividade da BCMRI depende de um conjunto articulado de condições organizacionais, e não apenas do esforço individual do trabalhador.

No tocante ao terceiro objetivo, voltado à identificação das lacunas que permeiam o processo avaliativo, os resultados apontam fragilidades relacionadas à transparência, à percepção de justiça e à ausência de feedbacks regulares. O Indicador 6 foi citado de forma recorrente como exemplo de assimetria, por depender exclusivamente do registro do enfermeiro, o que escapa ao controle direto do ACS. Essa dependência gera sentimentos de desmotivação e desvalorização, evidenciando a necessidade de revisão dos parâmetros avaliativos. A inexistência de devolutivas sistemáticas sobre o desempenho e sobre a utilização dos resultados também dificulta a apropriação do processo e o desenvolvimento de práticas reflexivas e aprimoradas.

A análise global dos achados permitiu compreender o contexto mais amplo em que os ACS estão inseridos e de que forma suas características pessoais e profissionais influenciam a percepção sobre a BCMRI. O perfil sociodemográfico e profissional identificado é convergente com o de estudos nacionais: predominância feminina, faixa etária intermediária, autodeclaração racial majoritariamente parda, forte enraizamento territorial e trajetória de ascensão educacional. Esse conjunto de atributos, aliado à permanência prolongada nas microáreas, contribui para a consolidação de vínculos sólidos com as famílias e comunidades, fortalecendo a legitimidade e a eficácia de sua atuação na Atenção Primária à Saúde.

No que se refere à organização do trabalho por indicadores, verificou-se que os ACS reconhecem sua importância como instrumento de monitoramento e qualificação da assistência, embora apontem tensões entre o trabalho prescrito pelas metas e as demandas reais dos territórios. Apesar de os indicadores serem legitimados por evidências epidemiológicas, parte dos trabalhadores percebe que nem sempre traduzem a integralidade das necessidades comunitárias, gerando sentimentos de injustiça quando os resultados dependem de registros de outros profissionais, como os enfermeiros supervisores. Esse desalinhamento, reforça a necessidade de revisão metodológica e de maior participação dos trabalhadores na definição e acompanhamento dos critérios avaliativos.

Emergiram, ainda, fragilidades estruturais relacionadas à supervisão, à capacitação e aos recursos tecnológicos. As entrevistas revelaram que a supervisão de enfermagem ocorre de forma irregular e, muitas vezes, com foco restrito às metas, limitando sua dimensão pedagógica e de apoio contínuo, aspecto igualmente destacado por Pires, Lucena, Mantesso (2022) e Silva *et al.* (2014). A falta de capacitação sistemática, tanto para ACS quanto para enfermeiros, compromete a

qualidade do trabalho e a compreensão dos indicadores, dificultando a efetividade da avaliação de desempenho. Soma-se a isso a precariedade tecnológica e de infraestrutura marcada por falhas nos dispositivos eletrônicos, recursos físicos insuficientes e condições inadequadas de uso, o que contribui para a sobrecarga burocrática e para o desgaste profissional, conforme evidenciado por estudos recentes sobre a utilização da saúde digital por ACS (Santos *et al.*, 2025).

A valorização profissional e a comunicação institucional configuram-se como dimensões centrais para a sustentabilidade da BCMRI. O incentivo financeiro mostrou-se um fator motivador não apenas por seu aspecto material, mas também pelo reconhecimento simbólico que proporciona, reforçando o engajamento e a satisfação no trabalho. Contudo, a ausência de feedbacks consistentes e de devolutivas institucionais provoca sentimentos de invisibilidade e desvalorização, comprometendo a credibilidade do processo avaliativo. Esses achados encontram respaldo em evidências recentes que mostram como supervisão adequada, ambiente de trabalho acolhedor e reconhecimento organizacional são determinantes para a satisfação, motivação e engajamento dos profissionais de saúde (Carvalho *et al.*, 2023).

Diante desse panorama, torna-se evidente que a efetividade e a sustentabilidade da BCMRI dependem de ajustes estruturais e relacionais. Recomenda-se, portanto: (I) revisão periódica dos indicadores, com maior alinhamento entre metas institucionais e realidades territoriais; (II) fortalecimento da supervisão de enfermagem, com ênfase em sua dimensão pedagógica; (III) ampliação de programas de capacitação continuada para ACS e supervisores; (IV) melhoria das condições tecnológicas e de infraestrutura; e (V) implementação de mecanismos regulares de feedback e devolutivas, capazes de promover transparência, valorização e aprendizado institucional.

De forma integrada, os resultados reforçam que a gestão, o desempenho e o reconhecimento profissional são dimensões indissociáveis. A efetividade da BCMRI depende de uma gestão participativa, do fortalecimento da supervisão e da melhoria das condições de trabalho, associadas à valorização do papel estratégico do ACS na consolidação da Atenção Primária à Saúde.

Em síntese, conclui-se que, embora os ACS reconheçam a relevância dos indicadores e o valor do incentivo financeiro, a sustentabilidade da BCMRI requer um suporte institucional robusto e estratégias de gestão que considerem não apenas os resultados mensuráveis, mas também o contexto socioprofissional, as condições de

trabalho e as dimensões simbólicas de reconhecimento. Esses elementos são fundamentais para fortalecer a APS como coordenadora do cuidado e para promover maior engajamento e satisfação dos trabalhadores, repercutindo positivamente na qualidade da atenção prestada às comunidades.

Além de contribuir para o aprimoramento dos processos avaliativos no município de Belo Horizonte, este estudo também possui potencial para subsidiar outros municípios interessados em implantar ou qualificar modelos de avaliação de desempenho. As análises aqui apresentadas oferecem elementos práticos e conceituais que podem apoiar gestores na adaptação de instrumentos, no fortalecimento das estratégias de supervisão e na construção de processos mais participativos, transparentes e aderentes às realidades territoriais.

Como devolutiva institucional, este trabalho resultou na elaboração de três produtos técnicos: um relatório técnico, uma cartilha digital e um manual atualizado sobre o registro nos sistemas de informação da BCMRI. Esses materiais foram desenvolvidos a partir das percepções dos ACS e têm por finalidade subsidiar gestores e profissionais na compreensão dos processos avaliativos, promover maior transparência e fortalecer o protagonismo dos trabalhadores na consolidação de práticas de gestão participativa e valorização profissional. Espera-se que tais produtos contribuam para o aprimoramento das ações avaliativas e para o fortalecimento das políticas de incentivo e desempenho no âmbito da APS.

Como perspectiva futura, recomenda-se a ampliação do estudo para outras regionais de Belo Horizonte, a fim de aprofundar a compreensão dos fatores contextuais que influenciam a efetividade da BCMRI. Sugere-se, ainda, o desenvolvimento de estudos longitudinais e avaliativos que incorporem a percepção de gestores e enfermeiros supervisores, visando o aperfeiçoamento contínuo do modelo de avaliação e o fortalecimento de uma cultura institucional baseada no reconhecimento, na corresponsabilização e na melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABBAD, Gardênia da; MOURÃO, Luciana. Avaliação de Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E). *In*: BORGES-ANDRADE, Jairo E.; ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana (org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ADAMS, J. Stacy. Inequity in social exchange. **Advances in Experimental Social Psychology**, v. 2, p. 267-299, 1965. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60108-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60108-2). Acesso em: 26 nov. 2025.
- AMORIM, Wilson Aparecido Costa de; COMINI, Graziella Maria; FISCHER, André Luiz. Ensino e pesquisa em gestão de pessoas/ gestão de recursos humanos no Brasil: convergência ou divergência. **Revista de Administração de Empresas**, v. 59, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/z3BxqHKXPYgcQXmnTmtPqTm/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2025.
- ARRUDA, A. Despertando do pesadelo: a interpretação. *In*: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUINO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB Editora Universitária, 2005. p. 229-258.
- BALSANELLI, Alexandre Pazetto; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 106-113, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5ZLv78FgSVf4ZKMfWK7zjH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, Daniela França de *et al.* Liderança do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e 26110110099, 2021. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10099>. Acesso em: 26 nov. 2025.
- BELO HORIZONTE (MG). **Decreto nº 17.247, de 19 de dezembro de 2019**. Regulamenta a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 19 dez. 2019.
- BELO HORIZONTE (MG). **Decreto nº 17.879, de 22 de fevereiro de 2022**. Altera o Decreto nº 17.247/2019, que regulamenta a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores. Belo Horizonte: Diário Oficial do Município, 22 fev. 2022.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando. Desempenho no trabalho: revisão da literatura. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 68, p. 171-186, jan./mar. 2012.

BEZERRA, Thays de Melo *et al.* Reflexos do pagamento por desempenho na atuação do(a)s profissionais da Atenção Primária à Saúde, Paraíba, Brasil. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, 2024. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.230352>. Acesso em: 27 nov. 2025.

BEZERRA, Yandra Raquel do Nascimento; FEITOSA, Maria Zelfa de Souza. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, mar. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>. Acesso em: 24 nov. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.133, de 19 de março de 2010. Regulamenta os critérios e procedimentos gerais para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho de que tratam as Leis nos 9.657, de 3 de junho de 1998, 10.484, de 3 de julho de 2002, 10.550, de 13 de novembro de 2002, 10.551, de 13 de novembro de 2002, 10.682, de 28 de maio de 2003, 10.768, de 19 de novembro de 2003, 10.871, de 20 de maio de 2004, 10.883, de 16 de junho de 2004, 11.046, de 27 de dezembro de 2004, 11.090, de 7 de janeiro de 2005, 11.095, de 13 de janeiro de 2005, 11.156, de 29 de julho de 2005, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 11.233, de 22 de dezembro de 2005, 11.344, de 8 de setembro de 2006, 11.355, de 19 de outubro de 2006, 11.356, de 19 de outubro de 2006, 11.357, de 19 de outubro de 2006, 11.784, de 22 de setembro de 2008, 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e 11.907, de 2 de fevereiro de 2009. **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 147, n. 54, p. 1-5, 22 mar. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 127, n. 182, p. 1-5, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: Atenção Básica, v. 2. 1. ed., 2. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_atencao\\_basica\\_v2\\_1ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf). Acesso em: 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus2003.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus2003.pdf). Acesso em: 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 134, n. 216, p. 22932-22940, 6 nov. 1997. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/documentacao/nob%2096.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à

Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, ano 162, n. 70, p. 100, 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Previne Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019 Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil>. Acesso em: 4 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 27 nov. 2025.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68-76, 29 set. 2017.

CABRAL, Juliana Fernandes; GLERIANO, Josué Souza; NASCIMENTO, Jakeline Débora Martins do. Perfil sociodemográfico e formação profissional dos agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar em Estudos de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 47–56, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1537>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CARDOSO, Adriana Serdotte Freitas *et al.* Avaliação de desempenho: percepção de profissionais da saúde em uma instituição hospitalar pública. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 1-20, out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.5902/2179769237060>. Acesso em: 26 nov. 2025.

CARLI, Rafaela de *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 626–632, jul./set. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>. Acesso em: 25 nov. 2025.

CARVALHO, Taisa Moitinho de *et al.* Qualidade de vida e engajamento no trabalho em profissionais de enfermagem no início da pandemia de COVID-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2903-2913, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n10/2903-2913/>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro *et al.* QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>. Acesso em: 27 nov. 2025.

CASTRO, Thiago Alves *et al.* Agentes comunitários de saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030190>. Acesso em: 26 nov. 2025.

CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury. Incorporação do controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, jul./ago. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670421>. Acesso em: 26 nov. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <https://share.google/iJWX8bHSdJfeN42H3>. Acesso em: 26 nov. 2025.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 117-130.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4. ed. Barueri: Manole, 2014.

CIARAMICOLI, Arthur; KETCHAM, Katherine. **The Power of Empathy: A Practical Guide to Creating Intimacy, Self-Understanding and Lasting Love**. New York: Dutton, 2001.

CONCEIÇÃO, Tainá Souza. A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, 2009. Doi: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v11i25.12732](https://doi.org/10.26512/ser_social.v11i25.12732). Acesso em: 29 nov. 2025.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; JATOBÁ, Alessandro. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 8, p. 8-20, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7819/1258>. Acesso em: 27 nov. 2025.

DECI, Edward L.; RYAN, Richard M. **Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness**. New York: Guilford Press, 2000.

DISTRITOS sanitários. *In*: BH.GOV [Site], [2006]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>. Acesso em: 29 nov. 2025.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Incentivos financeiros para mudança de modelo na Atenção Básica dos municípios paulistas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 1, e210401, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sZYBrYxpztDC4DSXnXHT8fy/?lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2025.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; TEDESCO, Janaina dos Reis; PARCIANELLO, Rodrigo Ritter. O uso do sistema de informação na estratégia saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400014>. Acesso em: 29 nov. 2025.

DUARTE, Rafael Bezerra *et al.* Perfil dos agentes comunitários de saúde de um município do nordeste brasileiro. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências (RIEC)**, v. 6, n. 1, p. 68-83, jan./abr. 2023. Disponível em: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/289/225>. Acesso em: 27 out. 2025.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 27 nov. 2025.

FORNAZIN, Marcelo; RACHID, Raquel Requena; COELHO NETO, Giliane Cardoso. A saúde digital nos últimos quatro anos e os desafios para o novo governo. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 4, p. 753-758, 2022. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1411125/3\\_3515.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/12/1411125/3_3515.pdf). Acesso em: 27 nov. 2025.

FOY, R. *et al.* What do We Know About How to do Audit and Feedback? Pitfalls in Applying Evidence from a Systematic Review. **BMC Health Services Research**, v. 5, 2005. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-5-50>. Acesso em: 27 nov. 2025.

FRANCO, Maryely Andrea Jimenez *et al.* Avaliação de desempenho: percepção de funcionários de uma entidade hospitalar de Santa Catarina. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 124-137, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/124-137>. Acesso em: 26 nov. 2025.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GADSDEN, Thomas *et al.* Performance-Based Incentives and Community Health Workers' Outputs: a Systematic Review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 99, n. 11, p. 805-818, 2021. Doi: <https://doi.org/10.2471/blt.20.285218>. Acesso em: 27 nov. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIUGLIANI, Camila *et al.* Habilidades dos agentes comunitários de saúde: análises

com estudantes do curso técnico do Programa Saúde com Agente. **Revista APS**, v. 26, e262342466, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.42466>. Acesso em: 26 nov. 2025.

GÓES, Grasiéle Rodrigues de. **Elaboração e validação de um Instrumento norteador para a supervisão do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro: uma ação participativa e colaborativa**. 2019. Mestrado Profissionalizante – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-21012020-194606/>. Acesso em: 24 nov. 2025.

ÍNDICE de vulnerabilidade da saúde (IVS-BH). *In*: Prefeitura de Belo Horizonte [site], 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>. Acesso em: 26 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características gerais dos moradores 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: out. 2025.

ISO-AHOLA, Seppo E.; DOTSON, Charles O. Psychological momentum: Why success breeds success. **Review of General Psychology**, v. 18, n. 1, p. 19-33, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0036406>. Acesso em: 25 nov. 2025.

IVERS, Noah *et al.* Audit and Feedback: Effects on Professional Practice and Healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 6, 2012. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000259.pub3>. Acesso em: 27 nov. 2025.

LEANDRO, Bianca Borges da Silva *et al.* Reflexões sobre o uso do tablet no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. **RECIIS**, v. 18, n. 4, p. 768-784, 2024. DOI: 10.29397/reciis.v18i4.3748. Acesso em: 25 nov. 2025.

LIOTTI, Bruna Carla Vernilho; PILLON, Sandra Cristina. Treinamento aos agentes comunitários de saúde frente à assistência aos usuários de álcool. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 38, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/48604/32271>. Acesso em: 27 nov. 2025.

LOURENÇÃO, Luciano Garcia *et al.* Análise do engajamento no trabalho em agentes comunitários de saúde no período pré-pandêmico. **Journal Health NPEPS**, v. 6, n. 2, p. 90-103, jul./dez. 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610106012>. Acesso em: 24 nov. 2024.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista *et al.* Avaliação e atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 1-8, ago. 2021. Doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca *et al.* Apoio institucional: reordenamento dos

processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 18, n. 1, p. 1089-1098, dez. 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0365>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0365. Acesso em: 27 nov. 2025

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2013.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vania Matoso. Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 18, supl. 1, p. 1063-1075, 2014. Doi: 10.1590/1807-57622013.0316. Acesso em: 27 nov. 2025.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS Cileide Guedes de Melo; VÉRAS Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia e Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 323-330, ago. 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>. Acesso em: 25 nov. 2025.

MUSSE, Juliana de Oliveira. *et al.* Avaliação de competências de agentes comunitários de saúde para coleta de dados epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 525-536, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.01212014>. Acesso em: 25 nov. 2025.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do *et al.* Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 60-62, 2017. Doi: <https://doi.org/10.5902/2236583423119>. Acesso em: 25 nov. 2025.

NEVES, Fabiana Bianchet de Souza; BENITO, Gladys Amélia Vélez. Refletindo sobre avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 459-463, ago. 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400014>. Acesso em: 25 nov. 2025.

NEVES, Raquel Bassalo *et al.* Challenges in the usability of the e-SUS Território application in Brazil's Digital Health Strategy. **Saúde em Debate**, v. 49, n. esp. 1,

2025. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2025.v49nspe1/e9774/en/>. Acesso em: 27 nov. 2025.

NEY, Márcia Silveira; PIERANTONI, Celia Regina; LAPÃO, Luís Velez. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 43-55, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040266>. Acesso em: 25 nov. 2025.

NOGUEIRA, Mariana Lima. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG59GWL76FNW7TF/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 29 nov 2025.

PAIM, Jamilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PARENTE, Alaine Santos *et al.* Indicadores de desempenho do Sistema Único de Saúde: uma análise de tendência. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 33, n. 1, p. 1-12, ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10220>. Acesso em: 25 nov. 2025.

PIERANTONI, Celia Regina *et al.* Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1627-1631, out. 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>. Acesso em: 25 nov. 2025.

PIRES, Renata de Cássia Coelho; LUCENA, Adriana Dias; MANTESSO, Jhennyfer Barbosa de Oliveira. Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 37, p. 107-114, 2022. Doi: 10.24276/rrecien2022.12.37.107-114. Acesso: 24 nov. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). **Bonificação por cumprimento de metas, resultados e indicadores**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2024a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/gestao-de-pessoas/sala-do-servidor/bcmri>. Acesso em: 1 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte**: diretrizes técnicas para o trabalho. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/manual-acs-3-9-2019.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Termo de compromisso de resultados**: Bonificação por cumprimento de metas, resultados e indicadores (BCMRI). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de->

governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/termo-de-compromisso-bcmri-smsa-2023\_assinado.pdf. Acesso em: 6 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da BCMRI ano base 2023**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2024b. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/relatorio-de-apuracao-bcmri-saude-2023.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de pagamento da BCMRI período avaliatório 2023/2024**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023b. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/relatorio-de-pagamento-bcmri-saude-2023.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **[ACS consolidado geral]**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023c. Disponível em:

[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/anexo-15\\_bcmri\\_2023-ac-s-2023.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/anexo-15_bcmri_2023-ac-s-2023.pdf). Acesso em: 1 fev. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica nº 013/2019**. Supervisão do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023d. Disponível em:

[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019\\_geaps-dias-suasa-smsa-pbh\\_atualizada-25-09-2023.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019_geaps-dias-suasa-smsa-pbh_atualizada-25-09-2023.pdf). Acesso em: 6 jun. 2024.

SANTOS, Romário Correia dos. Community Health Workers and the Use of Digital Health: Transformations of a Living Work. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 146, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514600001>. Acesso em: 29 nov. 2025.

SANTOS, Thyago Henrique Pereira *et al.* Work Overload and Mental Health Impacts on Community Health Workers During the Pandemic. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 29, 2025. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.250143>. Acesso em: 29 nov. 2025.

SAÚDE. *In*: PREFEITURA de Belo Horizonte [site], [2025]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>. Acesso em: 26 nov. 2025.

SCHÖNHOLZER, Tatiele Estefâni *et al.* Indicadores de desempenho da Atenção Primária do Programa Previne Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, e4009, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6640.4009>. Acesso em: 27 nov. 2025.

SELLÉS, A.; MINADEO, R. **Marketing para serviços de saúde**: um manual de

talento e bom senso. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

SILVA, Juliana Sterci da *et al.* Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 899-906, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9FHv8pjcvx6hFVLPchzkVkn/?lang=en>. Acesso em: 25 nov. 2025.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, mar. 1994. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100009>. Acesso em: 26 nov. 2025.

SILVA, Liliane; PEDRAZA, Dixis; MELO, Andressa. Conhecimento dos agentes comunitários de saúde de uma região de saúde no estado da Paraíba sobre alimentação infantil. **Journal of Management & Primary Health Care (JMPHC)**, v. 15, 2023. Doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1289>. Acesso em: 25 nov. 2025.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; SODER, Rafael Marcelo; PETRY, Letícia; OLIVEIRA, Isabel Cristine. Educação permanente em saúde na Atenção Básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/PkncM8B8Q7KLRyzpBXrwTjd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2025.

SMITHER, James W.; LONDON, Manuel; REILLY, Richard R. Does Performance Improve Following Multisource Feedback? A Theoretical Model, Meta-Analysis, and Review of Empirical Findings. **Personnel Psychology**, v. 58, n. 1, p. 33-66, 2005. Disponível em: <https://share.google/OTJpX7WuStQQPJ5Vf>. Acesso em: 25 nov. 2025.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Priscila Regina *et al.* Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 126-133, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160039>. Acesso em: 29 nov. 2025.

VENDRUSCOLO, Carine *et al.* Implicação do processo de formação e educação permanente para atuação interprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zJkQrDPVcBSH94b3N6c8Scm/?lang=pt&utm>. Acesso em: 27 nov. 2025.

VIACAVA, Francisco *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, mar. 2004. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>. Acesso em: 29 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Guideline on Health Policy and System Support to Optimize Community Health Worker Programmes**. Switzerland: WHO, 2018. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>. Acesso em: 27 nov. 2025.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZEMKE, Ron; SCHAAF, Dick. **The Service Edge**: 101 Companies that Profit from Customer Care. New York: New American Library, 1991.

ZHOU, Jing. Feedback Valence, Feedback Style, Task Autonomy, and Achievement Orientation: Interactive Effects on Creative Performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 88, n. 2, p. 413-422, 2003. Doi:

<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.83.2.261>. Acesso em: 26 nov. 2025.

**APÊNDICE A – RELATÓRIO TÉCNICO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Joana D’Arc Alves Soares

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “PERCEPÇÃO DOS  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A  
AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO”**

Belo Horizonte  
2025

Joana D’Arc Alves Soares

**PRODUTO TÉCNICO RESULTANTE DO TRABALHO “PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO”**

Produto técnico resultante do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida  
Coorientadora: Profa. Dra. Keli Bahia Felicissimo Zocratto

Belo Horizonte  
2025

## **1 Introdução**

A Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) é uma estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) com o objetivo de incentivar o desempenho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Essa política busca alinhar os esforços dos trabalhadores aos objetivos institucionais, promovendo maior eficiência, qualidade e resolutividade nas ações de saúde no território.

No entanto, a implementação de mecanismos de avaliação vinculados a bonificações financeiras levanta questões importantes sobre justiça, transparência, compreensão dos critérios e impactos na motivação e valorização profissional. Os ACS, por estarem na linha de frente do cuidado, desempenham papel essencial na construção de vínculos com as comunidades, no acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade e na mediação entre os serviços de saúde e a população.

Este relatório técnico apresenta os principais achados de uma pesquisa realizada com ACS de Belo Horizonte, com o intuito de compreender suas percepções sobre a BCMRI. A investigação parte do pressuposto de que a efetividade de políticas de avaliação de desempenho depende não apenas da definição de metas e indicadores, mas também da existência de condições institucionais adequadas, de processos formativos contínuos e de uma gestão participativa e valorizadora.

Ao sistematizar os resultados obtidos, este documento visa contribuir para o aprimoramento da política de bonificação, oferecendo subsídios para gestores, pesquisadores e profissionais da saúde. A análise crítica dos dados permite identificar fragilidades e propor melhorias que possam fortalecer a atuação dos ACS, qualificar os processos avaliativos e consolidar a APS como coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS).

## **2 Métodos**

A pesquisa que fundamenta este relatório técnico adotou uma abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender em profundidade as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores no contexto da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza aplicada, voltado para a análise crítica de uma política pública em saúde. A escolha pela abordagem qualitativa se justifica pela necessidade de captar nuances, significados e experiências vividas pelos ACS, que não seriam plenamente compreendidos por métodos quantitativos.

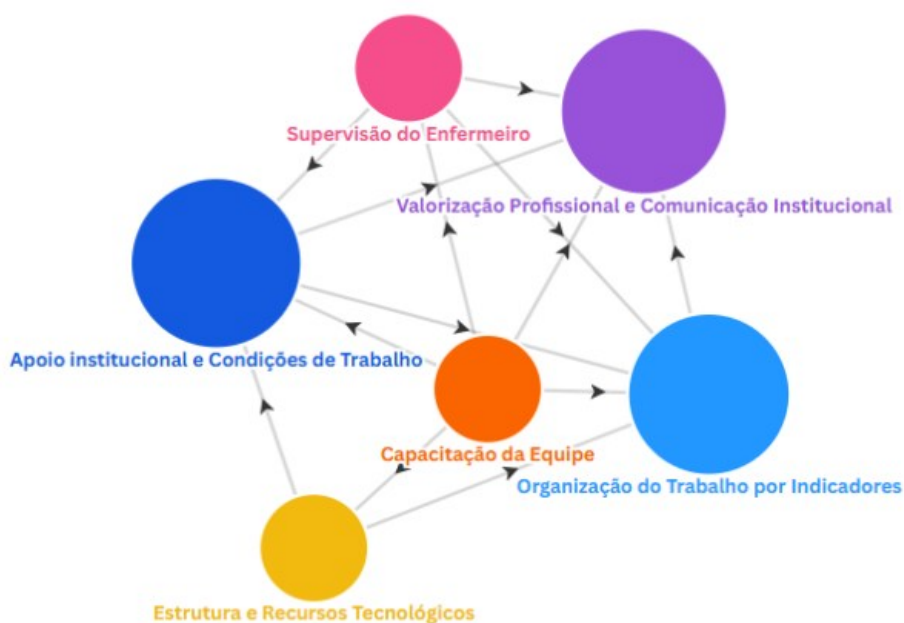
Os sujeitos da pesquisa foram 13 ACS atuantes em uma Regional de Saúde do município de Belo Horizonte. A seleção dos participantes considerou critérios como tempo de atuação e disponibilidade para participação voluntária. Essa diversidade permitiu captar diferentes perspectivas sobre a implementação e os efeitos da BCMRI.

A coleta de dados foi realizada nos dias 25 e 28 de julho de 2025, por meio de entrevistas semiestruturadas, que permitiram explorar temas como compreensão dos indicadores, percepção sobre justiça e valorização, apoio institucional, e condições de trabalho. As entrevistas foram conduzidas em ambiente reservado, com gravação autorizada e posterior transcrição para análise.

Além das entrevistas, foram utilizados documentos institucionais e normativos relacionados à BCMRI que auxiliaram na contextualização.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, com identificação de categorias emergentes a partir dos discursos dos participantes. Dessa maneira, foram estabelecidas três categorias principais: Organização do trabalho por indicadores; Apoio institucional e condições de trabalho, subdividida em três subcategorias (*supervisão do enfermeiro, capacitação da equipe e recursos tecnológicos e estrutura*); e Valorização profissional e comunicação institucional. Há uma inter-relação entre as categorias e subcategorias identificadas na análise, demonstrando como a organização do trabalho por indicadores, o apoio institucional e a valorização profissional se conectam a aspectos como supervisão do enfermeiro, capacitação da equipe e estrutura tecnológica, compondo um sistema dinâmico que influencia diretamente a prática cotidiana dos ACS, conforme demonstrado no diagrama abaixo:

Diagrama –Articulação das Estruturas Categóricas



Fonte: Elaborado pela autora

Após a categorização, cada fala foi alocada na categoria e subcategoria correspondente, preservando o contexto e assegurando a fidelidade ao discurso original.

A análise evidenciou a tensão entre o trabalho prescrito (metas e sistemas) e o trabalho real (necessidades territoriais e vínculos comunitários). Foram identificadas fragilidades no apoio institucional, ligadas à supervisão, capacitação e recursos materiais, além da percepção de insuficiente valorização profissional, tanto em termos materiais (bolsa e incentivos) quanto simbólicos (feedback institucional).

### 3 Resultados

A análise das entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde de uma Regional de Saúde de Belo Horizonte permitiu identificar três eixos centrais de discussão: perfil sociodemográfico, organização do trabalho por indicadores e apoio institucional e valorização profissional.

O perfil dos entrevistados revelou uma predominância feminina, com faixa etária majoritariamente entre 40 e 50 anos, caracterizando um grupo de profissionais experientes e fortemente enraizados em seus territórios de atuação. Observou-se ainda um processo de ascensão educacional significativa, com elevado percentual de

ACS com ensino médio completo e formação superior. Essa configuração aponta para uma categoria consolidada, cuja experiência acumulada contribui para o fortalecimento de vínculos comunitários duradouros, mas que também enfrenta desafios relacionados à sobrecarga de funções, conciliando papéis familiares, sociais e laborais.

No eixo referente à organização do trabalho por indicadores, os ACS reconhecem a relevância dos parâmetros institucionais definidos pela Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores como ferramentas de planejamento e acompanhamento das ações em saúde. Entretanto, destacam que suas práticas cotidianas são guiadas, prioritariamente, pelas vulnerabilidades das famílias e pelas demandas concretas do território, e não apenas pelos critérios técnicos estabelecidos. As falas também evidenciam fragilidades na clareza dos critérios de mensuração e dependência de registros realizados por outros profissionais, como é o caso do Indicador 6, o que acentua a percepção de injustiça e reduz o sentimento de pertencimento ao processo avaliativo.

O eixo apoio institucional e condições de trabalho revelou carências estruturais que impactam diretamente o desempenho profissional. As principais fragilidades estão relacionadas à supervisão do enfermeiro, que muitas vezes ocorre de forma irregular e com caráter predominantemente avaliativo; à insuficiência de capacitação contínua, que compromete o entendimento dos indicadores e o uso dos sistemas de informação; e à precariedade tecnológica e material, que dificulta a execução e o registro das atividades. Tais limitações resultam em sensação de desamparo institucional, sobrecarga e desgaste físico e emocional dos trabalhadores.

Por fim, a categoria valorização profissional e comunicação institucional revelou um sentimento ambíguo entre os ACS. Embora reconheçam os incentivos financeiros como estímulos imediatos, consideram a ausência de feedback institucional e de reconhecimento simbólico uma das maiores fragilidades da avaliação de desempenho. A falta de devolutivas claras sobre o desempenho e o distanciamento na comunicação com a gestão produzem desmotivação e sensação de invisibilidade profissional, fatores que comprometem a adesão e a confiança no processo avaliativo.

De modo geral, os achados convergem com a literatura nacional e internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, evidenciando a tensão entre o trabalho prescrito (metas e indicadores) e o trabalho real (vínculos, escuta qualificada e necessidades comunitárias). Esses resultados reforçam a importância de investir em supervisão

formativa, capacitação permanente, adequação tecnológica e comunicação transparente, condições indispensáveis para consolidar a APS como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde e promover maior engajamento dos ACS.

#### **4 Recomendações**

##### *1. Revisão técnica do Indicador 6*

Sugere-se a revisão técnica do Indicador 6 pela equipe central da SMSA-BH, de modo a eliminar a dependência exclusiva do registro do enfermeiro e garantir que o desempenho do ACS seja mensurado por parâmetros sob sua governabilidade. Essa recomendação busca corrigir a lacuna relacionada à percepção de injustiça no processo avaliativo e à falta de autonomia dos ACS sobre o próprio desempenho, atendendo ao objetivo de identificar os fatores da avaliação que impactam seu desempenho.

##### *2. Fortalecimento da supervisão de enfermagem*

Propõe-se o fortalecimento da supervisão de enfermagem, assegurando regularidade e caráter pedagógico às reuniões de equipe, com agenda protegida e foco na orientação e no aprimoramento das práticas, e não apenas na mensuração de resultados. Essa ação visa superar a lacuna observada de supervisões irregulares e sem dimensão formativa, contribuindo para o cumprimento do objetivo de descrever as ações gerenciais voltadas à efetivação da BCMRI.

##### *3. Ampliação de processos de capacitação contínua*

Recomenda-se a ampliação dos processos de capacitação contínua destinados a ACS e enfermeiros supervisores, com ênfase em saúde digital, uso de indicadores, monitoramento e gestão territorial. Essa medida busca enfrentar as fragilidades formativas e as dificuldades técnicas identificadas no uso dos sistemas de informação, além de promover o aprimoramento profissional permanente, atendendo aos objetivos de descrever as ações gerenciais e identificar os fatores que influenciam o desempenho dos ACS.

##### *4. Investimento em infraestrutura tecnológica*

Destaca-se a necessidade de investimentos em infraestrutura tecnológica, incluindo a renovação de tablets e computadores e a melhoria da conectividade nas Unidades

Básicas de Saúde (UBS), condição essencial para o registro das ações e o monitoramento eficiente dos resultados. Essa recomendação decorre das lacunas relacionadas à precariedade dos equipamentos, à falha de conectividade e à sobrecarga de registros em múltiplos sistemas, respondendo ao objetivo de identificar as lacunas que permeiam o processo de avaliação.

#### *5. Reorganização das microáreas e redistribuição da cobertura de baixo risco*

Recomenda-se a reorganização das microáreas e a redistribuição da cobertura de baixo risco, a fim de reduzir a sobrecarga de trabalho e assegurar maior equidade na distribuição das famílias acompanhadas. Tal medida busca corrigir desigualdades estruturais e promover a equidade na carga de trabalho entre os ACS, alinhando-se ao objetivo de identificar as lacunas que interferem no processo de avaliação e no desempenho dos profissionais.

#### *6. Instituição de espaços permanentes de feedback e diálogo*

Sugere-se a instituição de espaços permanentes de feedback e diálogo entre gestão e trabalhadores, com devolutivas regulares e participativas, inspiradas no referencial freiriano de avaliação emancipadora. O objetivo é transformar o processo avaliativo em uma prática educativa, formativa e não punitiva, respondendo às lacunas de ausência de comunicação institucional e sentimento de invisibilidade, bem como aos objetivos de identificar fatores e lacunas no processo de avaliação que impactam o desempenho dos ACS.

#### *7. Criação de um Grupo de Trabalho (GT) de monitoramento e avaliação da BCMRI*

Recomenda-se a criação de um Grupo de Trabalho (GT) permanente para o monitoramento e avaliação da BCMRI, com participação de representantes dos níveis central, regional e local, garantindo a análise contínua dos impactos, das fragilidades e das oportunidades de melhoria da avaliação de desempenho. Essa ação visa preencher a lacuna de ausência de acompanhamento sistemático e de corresponsabilização entre os níveis de gestão, atendendo aos objetivos de descrever as ações gerenciais e identificar lacunas do processo avaliativo.

#### *Materiais complementares desenvolvidos*

Como desdobramento prático do produto técnico, foram desenvolvidos dois

materiais de apoio voltados ao fortalecimento do processo avaliativo e à promoção da transparência nas práticas de gestão: a cartilha BCMRI: Mitos e Verdades e o Manual da BCMRI.

A cartilha BCMRI: Mitos e Verdades, elaborada em formato digital, tem por finalidade esclarecer as dúvidas mais recorrentes dos Agentes Comunitários de Saúde acerca dos indicadores e do cálculo da bonificação. O material apresenta um conjunto de perguntas e respostas sobre metas, frequência, faltas justificadas, atestados e critérios de apuração, de forma acessível e didática, a fim de facilitar a compreensão e o acesso às informações. A elaboração da cartilha foi fundamentada em documentos institucionais, como o Relatório de Apuração da BCMRI, que contribuiu para elucidar os objetivos da avaliação de desempenho, a importância de cada indicador e sua relevância para a população. Tais elementos serviram de base para a formulação do roteiro de entrevistas, direcionadas à compreensão da percepção dos ACS sobre os objetivos e critérios da avaliação de desempenho.

Além disso, o Termo de Compromisso de Resultados foi analisado com o propósito de subsidiar a compreensão da estruturação dos indicadores, suas bases de cálculo, metas e fatores de pagamento, destacando-se a influência direta da frequência sobre o valor final da bonificação, conforme evidenciado no Relatório de Pagamento. A análise minuciosa desses documentos sustentou a construção da cartilha, que incorporou, ainda, sugestões apresentadas pelos ACS durante as entrevistas, reforçando seu caráter participativo e formativo.

O Manual de Registro no Sistema de Informação BCMRI ACS 2025, igualmente produzido em formato digital, foi elaborado a partir da atualização do documento anteriormente disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, intitulado Orientações de Registro no Sistema de Informação BCMRI ACS- 2023 Como Atingir sua Meta. O material foi revisado e atualizado com base nas sugestões dos profissionais, oferecendo orientações detalhadas sobre o correto preenchimento dos registros no sistema, conforme os parâmetros definidos nos Termos de Compromisso de Resultados BCMRI 2025. Considerando o caráter dinâmico da política de bonificação e as atualizações anuais dos indicadores e metas, recomenda-se que este manual seja revisado a cada novo ciclo da BCMRI, logo após a publicação do Termo de Compromisso de Resultados do ano vigente, garantindo sua atualização técnica e aderência às diretrizes institucionais.

Ambos os materiais foram disponibilizados exclusivamente em formato digital,

possibilitando sua integração aos tablets utilizados pelos ACS. Essa estratégia permite que os profissionais consultem as informações em tempo real, durante o exercício de suas atividades, esclarecendo dúvidas de forma imediata e facilitando o acesso aos documentos institucionais. Além disso, a adoção do formato digital contribui para a sustentabilidade e otimização de recursos, uma vez que dispensa a impressão dos materiais, reduzindo custos e ampliando o alcance e a praticidade das consultas.

Dessa forma, os dois produtos técnicos foram concebidos com o intuito de promover transparência, clareza e autonomia no processo avaliativo, fortalecendo a prática reflexiva e a participação ativa dos ACS na construção de uma cultura de avaliação justa, educativa e formativa. Essa proposta emerge como resposta à lacuna identificada de falta de clareza e assimetria de informações sobre o processo de avaliação, atendendo, simultaneamente, aos objetivos de compreender a percepção dos ACS sobre a bonificação e descrever as ações gerenciais voltadas à sua efetivação.

## **5 Considerações Finais**

A análise evidencia que os Agentes Comunitários de Saúde reconhecem o valor social e sanitário de suas práticas, especialmente no acompanhamento de populações vulneráveis, mas enfrentam barreiras estruturais e gerenciais que comprometem o alcance pleno dos resultados propostos pela BCMRI.

Os dados revelam que a consolidação da avaliação de desempenho depende de um tripé de sustentação: (1) apoio institucional contínuo, por meio de supervisão qualificada e infraestrutura adequada; (2) valorização profissional, expressa não apenas em incentivos financeiros, mas também em reconhecimento simbólico e devolutivas formativas; e (3) gestão participativa e dialógica, capaz de promover o protagonismo dos trabalhadores na construção e aprimoramento dos processos avaliativos.

Ao reconhecer o papel estratégico dos ACS na coordenação do cuidado e na integralidade das ações da APS, as propostas aqui apresentadas buscam potencializar sua atuação, aprimorar a justiça e a transparência da avaliação e consolidar um modelo de gestão que una eficiência técnica e valorização humana.

Em síntese, a BCMRI representa um avanço relevante na política de gestão do trabalho em saúde, mas requer ajustes estruturais e culturais que favoreçam sua apropriação pelos profissionais e sua efetiva contribuição para o fortalecimento da

Atenção Primária à Saúde e do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte.

## Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Termo de compromisso de resultados** - Bonificação por cumprimento de metas, resultados e indicadores (BCMRI). Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/Auditoria/termodecompromisso-bcmri\\_ctgm\\_2025\\_assinado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/Auditoria/termodecompromisso-bcmri_ctgm_2025_assinado.pdf).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica nº 013/2019**. Supervisão do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019\\_geaps-dias-suasa-smsa-pbh\\_atualizada-25-09-2023.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019_geaps-dias-suasa-smsa-pbh_atualizada-25-09-2023.pdf). Acesso em: 6 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). **Bonificação por cumprimento de metas, resultados e indicadores**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2024. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/planejamento/gestao-de-pessoas/sala-do-servidor/bcmri>. Acesso em: 1 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de pagamento da BCMRI período avaliatório 2023/2024**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/SMSA/relatorio-de-pagamento-bcmri-saude-2023.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2025.

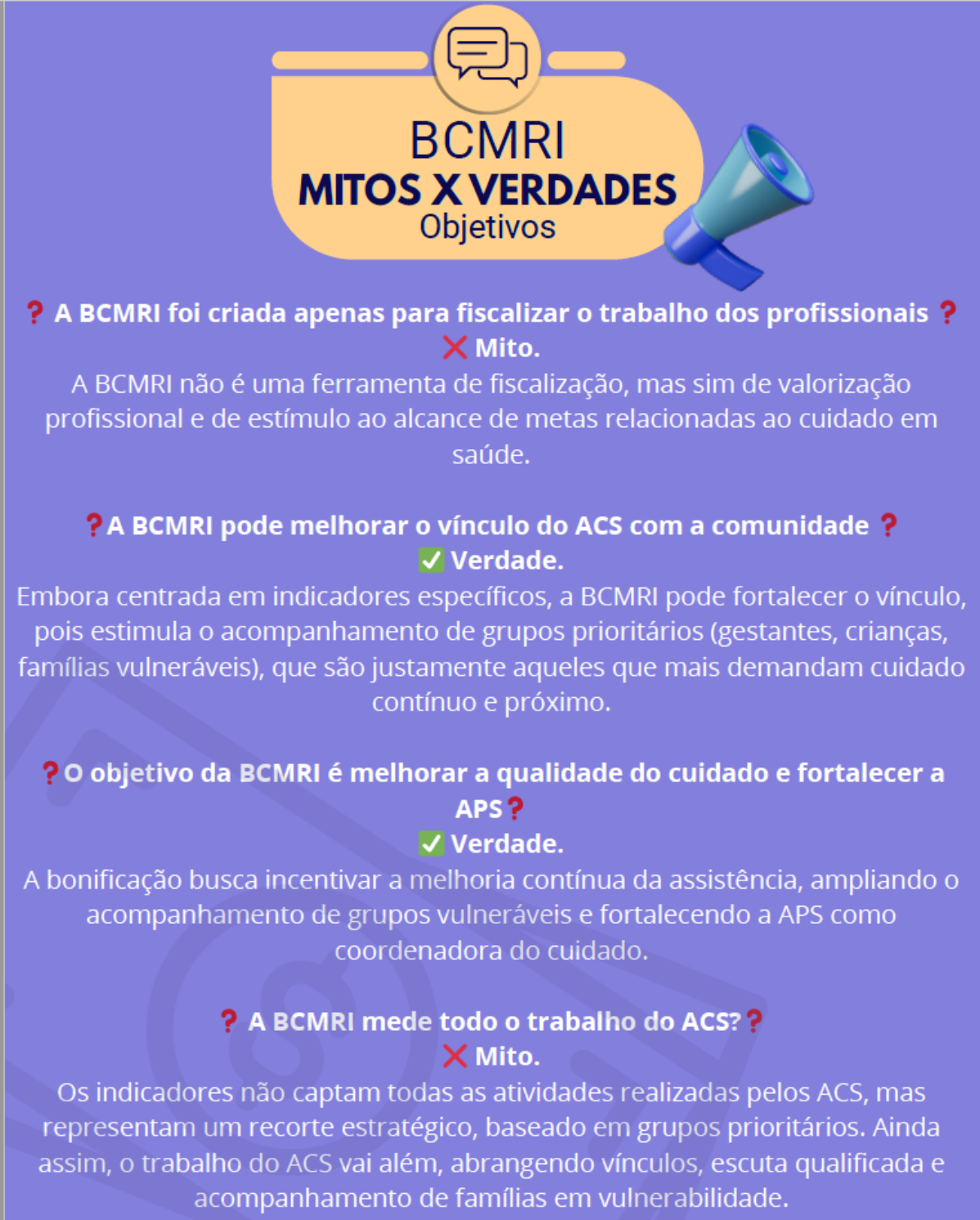
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte**: diretrizes técnicas para o trabalho. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/SMSA/relatorio-de-pagamento-bcmri-saude-2023.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório da BCMRI ano base 2023**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/SMSA/relatorio-de-apuracao-bcmri-saude-2023.pdf> - Acesso em 06 jun. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de

Saúde. **[ACS consolidado geral]**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/SMSA/anexo-15\\_bcmri\\_2023-ac-2023.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrategicos/BCMRI/SMSA/anexo-15_bcmri_2023-ac-2023.pdf). Acesso em: 1 fev. 2024.

## APÊNDICE B – PRODUTO TÉCNICO: CARTILHA MITOS E VERDADES EM FORMATO DIGITAL



**BCMRI  
MITOS X VERDADES**  
Objetivos

**? A BCMRI foi criada apenas para fiscalizar o trabalho dos profissionais ?**  
✗ **Mito.**  
A BCMRI não é uma ferramenta de fiscalização, mas sim de valorização profissional e de estímulo ao alcance de metas relacionadas ao cuidado em saúde.

**? A BCMRI pode melhorar o vínculo do ACS com a comunidade ?**  
✓ **Verdade.**  
Embora centrada em indicadores específicos, a BCMRI pode fortalecer o vínculo, pois estimula o acompanhamento de grupos prioritários (gestantes, crianças, famílias vulneráveis), que são justamente aqueles que mais demandam cuidado contínuo e próximo.

**? O objetivo da BCMRI é melhorar a qualidade do cuidado e fortalecer a APS ?**  
✓ **Verdade.**  
A bonificação busca incentivar a melhoria contínua da assistência, ampliando o acompanhamento de grupos vulneráveis e fortalecendo a APS como coordenadora do cuidado.

**? A BCMRI mede todo o trabalho do ACS? ?**  
✗ **Mito.**  
Os indicadores não captam todas as atividades realizadas pelos ACS, mas representam um recorte estratégico, baseado em grupos prioritários. Ainda assim, o trabalho do ACS vai além, abrangendo vínculos, escuta qualificada e acompanhamento de famílias em vulnerabilidade.



## BCMRI MITOS X VERDADES Indicadores



### ? Os indicadores foram escolhidos aleatoriamente ?

✗ Mito.

Eles são definidos a partir de bases de dados institucionais e critérios epidemiológicos, priorizando grupos vulneráveis e refletindo ações já previstas no trabalho do ACS.

### ? As visitas do ACS existem apenas para gerar pontos na BCMRI ?

✓ Verdade.

Elas não têm apenas caráter de pontuação: são essenciais para prevenção de complicações, fortalecimento do vínculo comunitário e promoção da saúde. A BCMRI apenas sistematiza e valoriza esse acompanhamento.

### ? A supervisão registrada pelo enfermeiro interfere na pontuação do ACS ?

?

✓ Verdade.

O Indicador 6 depende do registro da supervisão no sistema. Sem esse registro, o esforço do ACS não gera pontuação, tornando essencial a prática de registrar corretamente as reuniões.

### ? A pontuação só é válida se o ACS atingir 100% da meta ?

✗ Mito.

O cálculo é proporcional ao desempenho e considera várias dimensões do trabalho (visitas, cadastros, acompanhamento de gestantes, crianças, Bolsa Família e supervisão). O ACS recebe pontos mesmo sem alcançar 100%, exceto em casos específicos, como quando o resultado do Indicador 6 fica abaixo de 50%.



## BCMRI MITOS X VERDADES Frequencia



### ? A frequência vai interferir na pontuação final da bonificação?

✓ Verdade.

A pontuação final só é garantida com frequência registrada: mesmo atingindo as metas, baixa presença reduz os pontos e a bonificação de forma proporcional.

### ? “Se eu faltar um dia, perco automaticamente a pontuação da BCMRI.”?

✗ Mito.

A bonificação não é anulada por uma falta isolada: o que conta é a frequência no quadrimestre. Se não atingir o mínimo exigido, o valor é reduzido, mas faltas justificadas e registradas não cancelam todo o desempenho.

### ? A frequência interfere no pagamento da bonificação?

✓ Verdade.

A frequência é um critério essencial para o recebimento da bonificação. O profissional precisa ter, no mínimo, 75% de frequência para ser elegível ao pagamento. Abaixo desse percentual, mesmo que os indicadores sejam alcançados, o trabalhador não receberá a bonificação.

Além disso, a frequência funciona como um fator de correção:

- Com 100% de frequência, o profissional recebe o valor integral.
- Com 80% de frequência, o valor é proporcional (80% da bonificação).
- Com menos de 75% de frequência, não há pagamento.

Esse critério garante que a bonificação esteja alinhada não apenas ao desempenho em indicadores, mas também ao comprometimento com a presença e continuidade do cuidado



## BCMRI MITOS X VERDADES Cálculo de Pagamento



**? Todos os ACS recebem o mesmo valor de bonificação?**

**✗ Mito.**

O valor varia de acordo com dois fatores principais:

1: Desempenho nos indicadores (percentual de metas atingidas).

2: Frequência registrada (presença efetiva).

O cálculo final multiplica esses dois componentes, resultando em pontuação proporcional.

**? Como é calculada a NAIR (Nota de Avaliação Individual por Resultados)?**

**✓ Verdade.**

A NAIR é a soma do desempenho do ACS nos indicadores da BCMRI, sem considerar frequência. Ela resulta da média ponderada dos percentuais alcançados em cada indicador. A frequência entra depois, apenas como fator de correção para o pagamento final.

**? “O cálculo do pagamento da BCMRI depende do meu desempenho e também da frequência.”**

**✓ Verdade.**

O valor da bonificação é a soma dos pontos dos indicadores multiplicada pelo fator de frequência. Alta pontuação com baixa frequência reduz o valor final, enquanto frequência máxima pode elevar a bonificação mesmo com desempenho regular.

## APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO: MANUAL DE REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO-BCMRI

### MANUAL DE REGISTRO NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO BCMRI 2025



---

Secretaria Municipal de Saúde - SMSA-BH  
Av. Afonso Pena, 2.336 - Funcionários - Belo Horizonte - MG

## Sumário

1- INTRODUÇÃO.....	3
2-INDICADORES ANO BASE 2025 .....	5
3-DESCRIÇÃO DOS INDICADORES ANO BASE 2025 .....	6
3.1 INDICADOR 01.....	6
3.2 INDICADOR 02.....	10
3.3 INDICADOR 03.....	13
3.4 INDICADOR 04.....	15
3.5 INDICADOR 05.....	19
3.6 INDICADOR 06.....	21
REFERÊNCIAS.....	24

## 1- INTRODUÇÃO

A Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores - BCMRI – foi criada pela Lei 9.985 de 22 de novembro de 2010 e é paga em conformidade com o disposto no Decreto nº 17.247, de 19 de dezembro de 2019, mediante a celebração de Compromisso de Resultados, aos seguintes servidores e empregados públicos da saúde: Ocupantes dos empregos públicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate a Endemias I e II e do cargo público de Agente Sanitário que estejam em efetivo exercício de suas atribuições e atuando em atividades de campo.

É condição para a celebração, revisão e renovação de compromissos de resultados, o pronunciamento favorável da Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão - SMPOG - quanto ao pleno atendimento das exigências regulamentadas pelo Decreto e sobre a compatibilidade das metas, dos resultados e dos indicadores de desempenho pactuados com as finalidades do acordado, conforme descrito no artigo 5º do Decreto 17.247.

### **São requisitos para o pagamento da BCMRI:**

- Que o órgão ou entidade acordado seja signatário do Compromisso de Resultados.
- Que o órgão ou entidade acordado obtenha a Nota de Avaliação Institucional (NAI) satisfatória. A NAI é a nota decorrente da apuração calculada a partir de uma seleção específica de metas pactuadas no compromisso de resultados, que traduzem uma nota de desempenho da organização como um todo.
- Que o servidor ou empregado público obtenha nota satisfatória na Nota de Avaliação Integral de Resultados (NAIR). A NAIR é a nota decorrente da apuração de desempenho das metas institucionais, coletivas e individuais, ponderada pelos respectivos pesos. Considera-se nota satisfatória quando o resultado alcançar nota igual ou superior a 70% (setenta por cento) do valor total estabelecido para as metas.

### **São requisitos para o servidor ou empregado público, fazer jus ao BCMRI, simultaneamente:**

- Estar em exercício das atribuições de seu cargo ou emprego público nos órgãos ou entidades que pactuarem o compromisso de resultados durante o período avaliatório.

3

- Não tenha cometido falta administrativa à qual tenha sido aplicada pena de suspensão ou demissão no período avaliatório.

O servidor e o empregado público poderão interpor reconsideração ou recurso sobre o resultado do Relatório de Pagamento da BCMRI, nos termos das Leis nº 7.169, de 30 de agosto de 1996 e nº 9.319 de 19 de janeiro de 2007.

**O pedido de reconsideração ou recurso nos termos do caput serão analisados:**

- Quando se tratar de questões referentes à fórmula de cálculo dos indicadores ou resultados apurados, o pedido será analisado pelo acordado, que emitirá parecer fundamentado e submeterá à Comissão de Acompanhamento e Avaliação para decisão, publicação em meio eletrônico e procedimentos de pagamento, quando couber.
- Quando se tratar de questões referentes à apuração de frequência do servidor, o pedido será analisado pelo acordado, que emitirá decisão fundamentada e comunicará à SMPOG para fins de publicação em meio eletrônico e procedimentos de pagamento, quando couber.

Os fragmentos de textos citados acima e em todo o documento não substituem o texto descrito nos referidos decretos, lei e termo de compromisso do ano vigente.

## 2-INDICADORES ANO BASE 2025

- Indicador 1: Visita aos Usuários Beneficiários do Programa Federal de Transferência de Renda (Bolsa Família)
- Indicador 2: Visita às Crianças Menores de 1 Ano
- Indicador 3: Visita Domiciliar
- Indicador 4: Atualização de Endereços|
- Indicador 5: Visitas às Gestantes
- Indicador 6: Participação do ACS nas Reuniões de Supervisão

5

## 3-DESCRIÇÃO DOS INDICADORES ANO BASE 2025

### 3.1 INDICADOR 01

Razão entre a quantidade de pessoas visitadas, para as Condicionalidades da Saúde, e a quantidade de pessoas beneficiadas, a serem acompanhadas pela saúde, no programa federal de transferência de renda (Bolsa Família) no semestre.

#### NUMERADOR EQUIPE-CS

Número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e crianças menores de 7 anos visitadas na área de abrangência do Centro de Saúde, pelos motivos de busca ativa ou acompanhamento, ambos de condicionalidades do programa federal de transferência de renda (Bolsa Família), por semestre.

#### DENOMINADOR EQUIPE-CS

Número total de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e crianças menores de 7 anos beneficiadas pelo programa federal de transferência de renda (Bolsa Família), e que devem ser acompanhadas pela saúde, por vigência da área de abrangência do Centro de Saúde.

#### NUMERADOR INDIVIDUAL

Número de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e crianças menores de 7 anos visitadas na área de abrangência do ACS, pelos motivos de busca ativa ou acompanhamento, ambos de condicionalidades do programa federal de transferência de renda (Bolsa Família), por semestre.

### DENOMINADOR INDIVIDUAL

Número total de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e crianças menores de 7 anos beneficiadas pelo programa federal de transferência de renda (Bolsa Família), e que devem ser acompanhadas pela saúde, por vigência na microárea do ACS.

### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

Para alcançar melhores resultados neste indicador, é necessário que o ACS conheça o público-alvo. Isso é possível por meio da impressão dos mapas de acompanhamento das condicionalidades de cada vigência. É necessário que o ACS realize visitas domiciliares para esse público e registre no e-visita, conforme Figura 1.

No campo “Motivos da Visita” registre:

**Acompanhamento** - Condicionalidades do Bolsa Família; ou  
**Busca-ativa**- Condicionalidades do Bolsa Família.

No campo “Desfecho” registrar:

**Visita Realizada.** Conforme ilustrado na figura 2.

**Figura1**

D. Nascimento	Nome	Relação com o responsável
24/08/1952	[REDACTED]	02) CÔNJUGE / COMPANHEIRO (A)
18/03/1954	[REDACTED]	01) RESPONSÁVEL

HISTÓRICO DE VISITAS VISITAR FAMÍLIA INATIVAR FAMÍLIA NOVO CIDADÃO/MUNICÍPE

7

**Visitar Cidadão** X

Os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

Data da Visita \* 01/01/2024

Horário da Visita \* 09-19

Visite compartilhada com outro profissional \*  Sim  Não

**Motivos da Visita \***

Cadastro / Atualização

Egresso de internação

Convite para atividades coletivas / campanha de saúde

Orientação / Prevenção

Outros

**Busca Ativa**

Consulta

Exame

Vacinação

**OU**

Condições de bolsa família

**Acompanhamentos**

Gestante

Puérpera

Recém-nascido

Criança

Pessoa com desnutrição

Pessoa em reabilitação ou com deficiência

Pessoa com hipertensão

Pessoa com diabetes

Pessoa com asma

Pessoa com DPOC / enfisema

Pessoa com câncer

Pessoa com outras doenças crônicas

Pessoa com hanseníase

Pessoa com tuberculose

Sintomáticos respiratórios

Tabagista

Desempregados / Acamados

Condições de vulnerabilidade social

Condições de bolsa família

Usuário de álcool

Usuário de outras drogas

**Antropometria**

Peso (kg)

Altura (cm)

**Destino \***  Visita realizada  Não realizada  Ausente

**CANCELAR** **SALVAR**

**Figura 2**

A meta desse indicador é 90%, porque durante o ano há mudanças de endereços dos usuários sem alteração do CADÚNICO.

É importante lembrar que o registro no sistema e-Gestor não substitui a obrigatoriedade de preenchimento no e-Visita, **AMBOS SÃO OBRIGATÓRIOS**.

O resultado anual será a média dos 2 semestres.

## 3.2 INDICADOR 02

Razão entre a quantidade de crianças visitadas, em cada faixa etária definida, e a quantidade de crianças menores de 1 ano, nas faixas etárias definidas, no quadrimestre avaliado.

### NUMERADOR INDIVIDUAL

Somatório do total de crianças, nas faixas etárias definidas (quadro 1), com no mínimo 1 visita realizada, para cada faixa etária definida, registradas no e-visita, no quadrimestre.

### DENOMINADOR INDIVIDUAL

Somatório do total de crianças menores de 1 ano, nas faixas etárias definidas (quadro 1), cadastradas na microárea do ACS.

Quadro 1:

Nº de dias de vida	Mês correspondente	Rotina de visitas	Orientações
01 a 30 dias	01 mês	01	O foco das ações do ACS durante a visita domiciliar deverá ser nas ações do 5º dia, as vacinações desse período de vida, orientações quanto ao aleitamento materno e incentivo a realização de puericultura.
31 a 60 dias	02 mês	01	Foco na importância das vacinações com avaliação da caderneta da criança, principalmente pentavalente e VIP, e orientações quanto ao aleitamento materno. Estimulo a continuidade do esquema vacinal e incentivar a realização de consulta de puericultura. Orientações quanto aos cuidados a acidentes domésticos.
61 a 120 dias	03 e 04 meses	01	Foco na avaliação da caderneta da criança, na administração da 3ª dose da pentavalente e VIP, orientações quanto ao aleitamento materno e introdução à alimentação saudável e incentivo a realização da consulta de puericultura.
121 a 210 dias	05 e 06 e 07 meses	01	Orientações quanto a saúde bucal, cuidados com a criança, foco na avaliação da caderneta da criança, estimular a continuidade do esquema vacinal, e incentivar a realização da consulta de puericultura. Orientações quanto aos cuidados a acidentes domésticos.
211 a 270 dias	08 e 09 meses	01	Verificar alterações no comportamento da criança, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade, dentre outras, e levar para discussão na reunião de supervisão com o enfermeiro. Verificação do cartão vacinal, estimular a continuidade do esquema vacinal, incentivar a realização de consulta de puericultura. Orientações quanto aos cuidados com acidentes domésticos.
271 a 364 dias	10 e 11 e 12 meses	01	Verificar alterações no comportamento da criança, como: agitação, apatia, timidez excessiva, agressividade, dentre outras, e levar para discussão na reunião de supervisão com o enfermeiro. Verificação do cartão vacinal, estimular a continuidade do esquema vacinal, incentivar a realização de consulta de puericultura. Orientações quanto aos cuidados com acidentes domésticos.

10

### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

É necessário que o ACS realize as visitas preconizadas na faixa etária definida para todas as crianças menores de um ano e registre no e-visita, conforme figura 3.

No campo “Motivos da Visita” registre a opção:

Acompanhamento: “Criança”

Desfecho: “Visita Realizada”, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 3

Família N. 1750925

D. Nascimento	Nome	Relação com o responsável	
09/09/1966	[REDACTED]	01 RESPONSÁVEL	[ICONS]
29/11/1980	[REDACTED]	02 OUTRO PACIENTE	[ICONS]
05/06/2004	[REDACTED]	03 NETO(A) / BISNETO(A)	[ICONS]
02/02/2009	[REDACTED]	04 NETO(A) / BISNETO(A)	[ICONS]
11/05/1982	[REDACTED]	05 FILHO(A)	[ICONS]

HISTÓRICO DE VISITAS VISITAR FAMÍLIA INATIVAR FAMÍLIA NOVO CIDADÃO/MUNICÍPIO

Convite para atividades coletivas / campanha de saúde  
 Orientação / Prevenção  
 Outros

Busca Ativa

Gestante  
 Puérpera  
 Recém-nascido  
 Criança

Pessoa com deficiência  
 Pessoa em reabilitação ou com deficiência  
 Pessoa com hipertensão  
 Pessoa com diabetes  
 Pessoa com asma  
 Pessoa com DPOC / enfisema  
 Pessoa com câncer

Acompanhamento

Pousa: [REDACTED]  
 Motivo: [REDACTED]

Visita realizada  
 Ausente

CANCELAR SALVAR

### Atenção!

O resultado anual será a média dos resultados dos quadrimestres.

11

### 3.3 INDICADOR 03

Proporção de visitas realizadas pelo ACS, em relação à meta mínima (1500 visitas), por quadrimestre.

#### NUMERADOR INDIVIDUAL:

Número de visitas realizadas aos usuários pelo ACS e registradas no e-visita no quadrimestre.

#### DENOMINADOR INDIVIDUAL:

1.500.

#### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

Para alcançar os melhores resultados neste indicador, é necessário que o ACS realize as visitas domiciliares aos usuários, e registre no e-visita, conforme ilustrado na figura 5. Registre o "Motivo da Visita". Não esqueça de marcar a condição referida do usuário e no campo "Desfecho" registre como "Visita Realizada", conforme demonstrado na figura 6.

Figura 5

Família N. 2709198 

D. Nascimento	Nome	Relação com o responsável	
11/01/1954		191 OUTRO PARENTE	                          

Figura 6

## Visitar Cidadão

Os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

Data da Visita \* 23/09/2022

Horário da Visita \* 10:14

Visita compartilhada com outro profissional \*  Sim  Não

## Motivos da Visita \*

- Cadastro / Atualização
- Egresso de internação
- Convite para atividades coletivas / campanha de saúde
- Orientação / Prevenção
- Outros
- Busca Altra  Consulta
- Exame
- Vacina
- Condições de bolsa família

## Acompanhamento

- Gestante
- Puérpera
- Recém-nascido
- Criança
- Pessoa com destruição
- Pessoa em reabilitação ou com deficiência
- Pessoa com hipertensão
- Pessoa com diabetes
- Pessoa com asma
- Pessoa com DPDC / enfisema
- Pessoa com câncer
- Pessoa com outras doenças crônicas
- Pessoa com Hanseniose
- Pessoa com tuberculose
- Sintomáticos respiratórios
- Tabagista
- Domiciliados / Acamados
- Condições de vulnerabilidade social
- Condições de bolsa família
- Saúde mental
- Usuário de álcool
- Usuário de outras drogas

## Antropometria

Peso (kg) Altura (cm) Destino \*  Visita realizada Não realizada Ausente

CANCELAR

SALVAR

### 3.4 INDICADOR 04

Proporção de usuários com endereços **atualizados** pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), no ano corrente, em relação a meta mínima (750 endereços da MA, ou a sua totalidade caso tenha um número menor de usuários).

#### NUMERADOR INDIVIDUAL

Número de usuários cadastrados em uma microárea, com endereços **atualizados** pelo ACS responsável, no ano corrente.

#### DENOMINADOR INDIVIDUAL

750.

Este indicador tem como objetivo atualizar o endereço e os dados cadastrais do usuário, uma vez que, cadastros atualizados nos sistemas de informação evitam glosas de produção e permitem a continuidade da assistência do usuário em todos os pontos da rede.

Conforme descrito no Manual do ACS da PBH, cadastrar e manter atualizado os dados cadastrais e de saúde das famílias e indivíduos nos sistemas de informações vigentes, como o e-visita e CADSUSWEB, é uma das atribuições do ACS.

Esta ação é muito importante, pois o cadastro de usuários no SUS-BH tem como objetivos prover informações para a identificação dos usuários por meio dos sistemas de informação e apoiar as eSF no mapeamento das características sociais, econômicas e de saúde da população adscrita ao território.

Cadastros qualificados contendo o máximo de informações, percursos atualizados e atendimentos informatizados possibilitam a segurança do registro das informações, impactando positivamente no acompanhamento dos indicadores epidemiológicos e assistenciais das eSF, dos Centros de Saúde, das regionais e do município.

### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

Para alcançar melhores resultados neste indicador, é necessário que o ACS realize **durante o ano**, a atualização de no mínimo **750 endereços/cadastros da MA** ou a sua totalidade caso tenha um número menor de usuários cadastrados em sua microárea.

Para isso é necessário avaliar todos os cadastros da sua microárea e validar aqueles que ainda não foram avaliados como: "reside sim" ou "reside não", demonstrado na figura 7:

Figura 7

Posterior a essa análise é necessário atualizar o endereço dos usuários vinculados (reside sim) na sua microárea, conferir todos os dados cadastrais do usuário (nome, nome da mãe, CNS, CPF, data de nascimento, telefone, profissão, entre outros dados presente no cadastro) e regularizar caso necessário.

Assim, após a conferência e/ou atualização do endereço e de todos os dados cadastrais dos usuários, mesmo que não haja nenhuma alteração, é necessário que o ACS:

- Clique em **visualizar imóvel** (Figura 8);
- Clique em **"Estrutura" – "Editar Imóvel"** (Figura 9) e depois
- Clique em **"Salvar"** (Figura 10).

Figura 8

15

Figura 9

Figura 10

**IMPORTANTE!**

A data da última atualização do endereço poderá ser conferida, permitindo ao ACS o controle das atualizações anuais. Para conferir a data da última atualização é necessário clicar em:

“**Editar Cidadão**”

“**Endereço**”. Conforme ilustrado na figura 11:

Figura 11

**Cadastro de Território** NOVO IMÓVEL CONSULTAR

Editar Imóvel

Estutura **Família**

Visitar Cidade Alterar relação familiar Editar Cidade Remover Cidade MOVER FAMÍLIA NOVA FAMÍLIA

Família N. 2001013863

D. Nascimento	Nome	Relação com o responsável	
13/03/1999	Saulo Felipe Das Santos Sousa	filho responsável	<span>Editar</span> <span>Editar Cidade</span>

HISTÓRICO DE VISITAS VISITAR FAMÍLIA INATIVAR FAMÍLIA NOVO CIDADÃO/MUNICÍPE

**Editar Cidadão** X

Identificação **Endereço** Informações Documentos

**Endereço**

Vinculado a domicílio org.

RUA: 30662500, Belo Horizonte (MG) [COMPLEMENTO: CASA [CASA]]

Área de Abrangência Microárea Equipe PSF ACS MOstrar NO MAPA

Microárea SISRede Data última alteração 06/07/2022 15:55

Reside no endereço?  
SIM

**ATENÇÃO!**

Serão consideradas as atualizações de endereços de usuários cadastrados e confirmados no e-visita que atualiza os campos "data reside" e "reside", no ano avaliado.

É possível realizar essa atualização somente com o registro no campo "Endereço" no e-visita.

### 3.5 INDICADOR 05

Razão entre a quantidade de gestantes visitadas pelo ACS e a quantidade de gestantes residentes e vinculadas no quadrimestre.

#### NUMERADOR INDIVIDUAL:

Número de gestantes visitadas pelo ACS no quadrimestre.

#### DENOMINADOR INDIVIDUAL:

Número de gestantes com registro de atendimento de pré-natal, no quadrimestre avaliado e no quadrimestre anterior, excluindo-se abortos, partos e gestações superiores a 40 semanas a partir da DUM, residentes e vinculadas na microárea do ACS.

#### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

Todas as gestantes precisam ser visitadas pelos ACS e as visitas registradas no e-visita. Para alcançar melhores resultados neste indicador é necessário que o ACS realize a identificação das gestantes atendidas pelo enfermeiro ou médico da equipe.

O ACS deverá clicar na família e posteriormente em visitar cidadão, conforme figura 12.

No campo "Motivos da Visita" o ACS deverá registrar "Acompanhamento" - "Gestante". No campo "Desfecho" - registrar- "Visita Realizada", conforme ilustrado na figura 13.

Figura 12

D. Nascimento	Nome	Relação com o responsável	
24/08/1952	[REDACTED]	021 CÔNJUGE / COMPANHEIRO (A)	[Icon: Visitar Cidadão]
18/03/1954	[REDACTED]	011 RESPONSÁVEL	[Icon: Visitar Cidadão]

HISTÓRICO DE VISITAS VISITAR FAMÍLIA INATIVAR FAMÍLIA NOVO CIDADÃO/MUNICÍPE

18

Figura 13

**Visitar Cidadão**

Os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

Data de Visita \* 22/08/2022

Horário de Visita \* 10:14

Visita compartilhada com outro profissional \*  Sim  Não

Motivo de Visita \*

- Cadastro em / Atualização
- Egrégio de internação
- Cuidado para atividades coletivas / companhia de saúde
- Orientação / Prevenção
- Outros

Busca Ativa

- Consulta
- Exame
- Visita
- Condições de baixa família

Acompanhamento  Gestante

- Recém-nascido
- Criança
- Pessoa com desnutrição
- Pessoa em reabilitação ou com deficiência
- Pessoa com hipertensão
- Pessoa com diabetes
- Pessoa com asma
- Pessoa com DPOC / enfisema
- Pessoa com câncer
- Pessoa com outras doenças crônicas
- Pessoa com hemorroida
- Pessoa com tuberculose
- Síndromes respiratórias
- Tabagista
- Dermite/atopias / Acneados
- Condições de vulnerabilidade social
- Condições de baixa família
- Saúde mental
- Uso de álcool
- Uso de outros drogas

Antropometria

Peso (kg)

Altura (cm)

Desfecho \*  Visita realizada  Ausente

CANCELAR SALVAR

### 3.6 INDICADOR 06

Percentual de participação do Agente Comunitário de Saúde nas reuniões de supervisão do ACS, no quadrimestre.

#### NUMERADOR INDIVIDUAL

Número de participação semanal em reuniões de supervisão do ACS, registradas no SIGRAH, no quadrimestre.

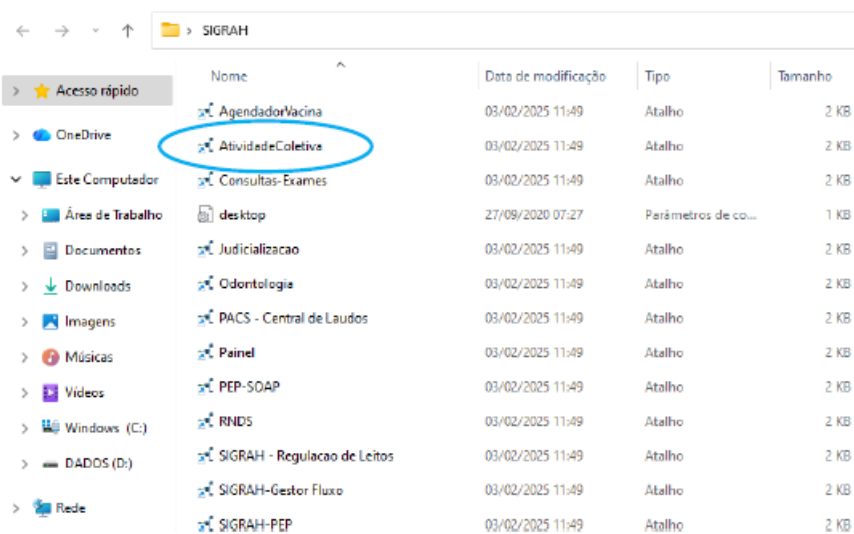
#### DENOMINADOR INDIVIDUAL:

Número total de semanas com reuniões de supervisão do ACS registradas no SIGRAH, no quadrimestre.

#### COMO ALCANÇAR OS MELHORES RESULTADOS?

Para alcançar melhores resultados neste indicador, é necessário que o ACS participe das reuniões de supervisão com o enfermeiro. O enfermeiro deverá registrar a reunião, acessando o módulo "Atividade Coletiva" na pasta SIGRAH, localizado na área de trabalho, conforme ilustrado na Figura 14.

Figura 14

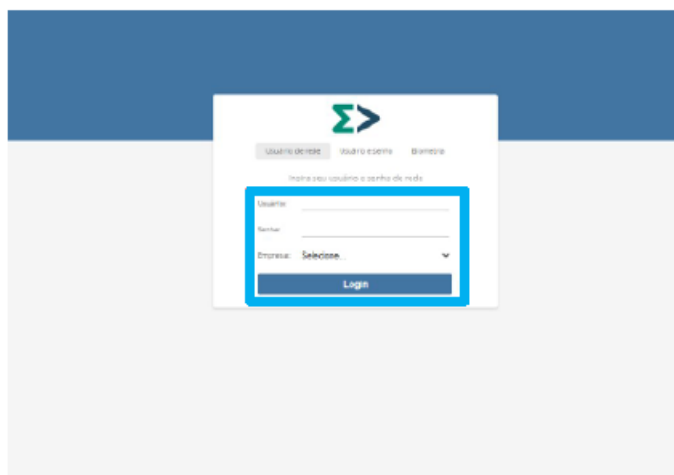


	Nome	Data de modificação	Tipo	Tamanho
> Acesso rápido				
> OneDrive				
> Este Computador				
> Área de Trabalho	desktop	27/09/2020 07:27	Parâmetros de co...	1 KB
> Documentos	Judicializacao	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Downloads	Odontologie	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Imagens	PACS - Central de Laudos	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Músicas	Painel	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Vídeos	PEP-SOAP	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Windows (C:)	RNDS	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> DADOS (D:)	SIGRAH - Regulacao de Leitos	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
> Rede	SIGRAH-Gestor Fluxo	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB
	SIGRAH-PEP	03/02/2025 11:49	Atalho	2 KB

20

Após acessar a pasta, inserir as informações de login - usuário (login ad), senha, empresa (unidade), conforme ilustrado na figura abaixo:

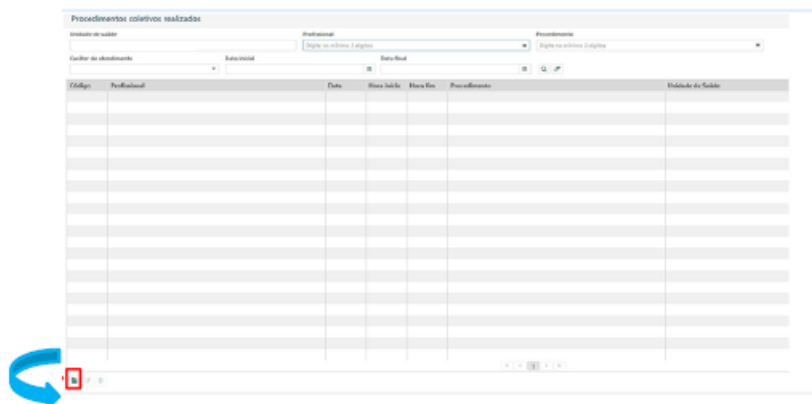
**Figura 15**



The screenshot shows a login interface with a blue header. Below the header is a white box containing a logo with the Greek letter sigma and an arrow. Below the logo are three tabs: 'Usuário de rede', 'Usuário externo', and 'Branco'. Underneath the tabs is the text 'Insira seu usuário e senha de rede'. The main form has three input fields: 'Usuário:' (with a blue border), 'Senha:' (with a blue border), and 'Empresa:' (a dropdown menu with 'Selecione...' selected). At the bottom of the form is a blue 'Login' button.

Ao acessar a página, clicar no ícone "Novo" no canto esquerdo, conforme ilustrado na figura 16:

**Figura 16**



The screenshot shows a web application interface for 'Procedimentos coletivos realizados'. It includes several filters at the top: 'Instituição de origem', 'Profissional', 'Procedimento', 'Cidade de atendimento', 'Especialidade', and 'Data Real'. Below the filters is a table with the following columns: 'ID/Objeto', 'Profissional', 'Data', 'Data Início', 'Data Fim', 'Procedimento', and 'Unidade de Saúde'. The table is currently empty. A blue circular arrow icon is visible in the bottom left corner of the screenshot.

Na aba "Cadastro Procedimento Coletivo" informar o profissional responsável pelo registro, a equipe e o CBO do profissional, conforme demonstrado na figura 17:

Figura 17

Inserir as informações na aba "Registro de Atividades coletivas";

Realizar um resumo do procedimento (pauta da reunião);

Registrar o nome de TODOS os ACS que participaram da reunião;

Em tema, marcar "Atividade Coletiva de Supervisão do ACS" e salvar, conforme demonstrado na figura 18

**ATENÇÃO!**  
Resultado inferior a 50% NÃO RECEBERÁ PONTUAÇÃO NESTE INDICADOR.

22

## REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. *Decreto nº 17.247, de 19 de dezembro de 2019*. Regulamenta a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores. Belo Horizonte: Câmara Municipal, 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/mg/b/belo-horizonte/decreto/2019/1725/17247/decreto-n-17247-2019-regulamenta-a-bonificacao-por-cumprimento-de-metas-resultados-e-indicadores?r=c>. Acesso em: 28 out. 2025.

BELO HORIZONTE. *Lei nº 9.985 de 22 de novembro de 2010*. Concede reajustes remuneratórios aos servidores e empregados públicos da administração direta e indireta do poder executivo e dá outras providências. Belo Horizonte: Câmara Municipal, 2010. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/b/belo-horizonte/lei-ordinaria/2010/998/9985/lei-ordinaria-n-9985-2010-concede-reajustes-remuneratorios-aos-servidores-e-empregados-publicos-da-administracao-direta-e-indireta-do-poder-executivo-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 28 out. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Nota Técnica nº 013/2019*. Supervisão do Agente Comunitário de Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019\\_geaps-dias-suasa-smsa-pbh\\_atualizada-25-09-2023.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2023/nota-tecnica-013-2019_geaps-dias-suasa-smsa-pbh_atualizada-25-09-2023.pdf). Acesso em: 28 out. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Termo de Compromisso de Resultados*. Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores – BCMRI. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/termodecompromissosmsa-bcmri\\_2025\\_assinado.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Projetos%20Estrat%C3%A9gicos/BCMRI/SMSA/termodecompromissosmsa-bcmri_2025_assinado.pdf). Acesso em: 28 out. 2025.

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Temática	Perguntas
<b>1. Delineamento do perfil</b>	1.1. Idade 1.2. Sexo 1.3. Estado civil 1.4. Religião 1.5. Cor 1.6. Escolaridade 1.7. Tempo de serviço público 1.8. Faz parte da comunidade
<b>2. Compreensão da Avaliação</b>	2.1 Você sabe o que é BCMRI? 2.2 Você já teve algum esclarecimento sobre a BCMRI? 2.3 Você entende os critérios e métodos usados no processo de avaliação por desempenho? 2.4 Quais são os objetivos da avaliação? 2.5 Você tem dúvidas sobre a forma e os critérios usados na avaliação? 2.6 As metas e expectativas estabelecidas no início do período avaliatório são claras para você? 2.7 Você conhece os indicadores vigentes da avaliação por desempenho? 2.8 Está satisfeito com a avaliação que vem sendo feita? Por quê?
<b>3. Feedback recebido</b>	3.1 Como percebe a avaliação feita? 3.2 Existe feedback? 3.3 Como você se sente em relação ao feedback que recebe após o resultado da avaliação? 3.4 Se sim, o feedback foi específico e útil para o seu desenvolvimento? 3.5 Foi elaborado um plano de autodesenvolvimento após a avaliação/feedback? 3.6 Foram pontuados os acertos e os erros cometidos por você, a partir de exemplos concretos do seu dia a dia? 3.7 O local onde se dá a conversa com o gestor é reservado e tranquilo? 3.8 Além da avaliação, ocorreram outras conversas sobre o seu desempenho?
<b>4. Justiça e Transparência</b>	4.1 Você considera que a avaliação foi justa e imparcial? 4.2 O que foi, de fato, considerado em sua avaliação? 4.3 Suas expectativas em relação ao resultado foram alcançadas? Por quê/como? 4.4 As colocações foram claras e pautadas em fatos concretos do seu dia a dia?

<b>5. Desenvolvimento e suporte</b>	<p>5.1 Você sente que a avaliação identificou corretamente suas potencialidades e fragilidades?</p> <p>5.2 Existe um plano de desenvolvimento para suas ações? Se sim, teve apoio para elaboração dele? Teve acompanhamento ou alguma orientação para aplicá-lo no seu dia a dia?</p> <p>5.3 Você dispõe de todos os insumos e materiais para desempenhar suas funções?</p> <p>5.4 A quem atribui as falhas que porventura possam ter ocorrido ao longo do período avaliado?</p> <p>5.5 A quem atribui o sucesso obtido ao longo do período avaliado?</p>
<b>6. Comunicação</b>	<p>6.1 Houve alguma comunicação com seu enfermeiro supervisor referente ao processo de avaliação? Se sim, ela foi suficiente e clara?</p> <p>6.2 Você teve oportunidade suficiente para expressar suas opiniões, preocupações e esclarecer suas dúvidas sobre o processo de avaliação?</p> <p>6.3 Suas percepções/críticas e sugestões foram aplicadas?</p>
<b>7. Fatores que impactam o desempenho</b>	<p>7.1. Como a avaliação por desempenho afetou sua performance diária?</p> <p>7.2. Que mudanças você faria no processo de avaliação para torná-lo mais eficaz?</p>
<b>8. Metas Futuras</b>	<p>8.1 As metas e objetivos para o próximo período de avaliação são claras e alcançáveis?</p> <p>8.2 Quais recursos ou suporte você precisa para alcançar estas metas?</p>
<b>9. Sugestões</b>	<p>9.1 Quais as suas sugestões para melhorar a avaliação por desempenho vinculada a BCMRI?</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

## APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Nós, Vanessa de Almeida, Keli Bahia Felicíssimo Zocratto e Joana D’Arc Alves Soares, pesquisadoras do projeto de pesquisa intitulado “Percepção do Agente Comunitário de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação de desempenho vinculada a bonificação”, declaramos, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções CNS nº 466/12, nº 510/16 e a nº 580/18, que trata especificamente das pesquisas a serem realizadas no Sistema Único de Saúde.

Este projeto de pesquisa utilizará também o TCLE. Nós nos comprometemos com a utilização dos dados contidos nas entrevistas dos ACS, IVS da área de abrangência, número de ACS por unidade, população cadastrada na área adscrita do Centro de Saúde e do ACS, parâmetros institucionais para cadastro de acordo com o IVS. São dados a serem coletados somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da PBH e da UFMG.

Nós nos comprometemos a manter a confidencialidade e sigilo dos dados, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para este projeto. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do CEP.

Também nos comprometemos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados, bem como o anonimato dos Centros de Saúde onde os dados foram coletados.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome e Assinatura de todos os pesquisadores.

<b>Nome completo (sem abreviação)</b>	<b>RG</b>	<b>Assinatura</b>
Joana D'Arc Alves Soares	MG 12.091.884	
Keli Bahia Felicíssimo Zocratto	M 8.284.454	
Vanessa de Almeida	M 6.201.085	

## APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº Registro CAAE CEP UFMG: 85427424.3.0000.5149 aprovado em 05/05/2025

Nº Registro CAAE CEP SMSA: 85427424.3.3001.5140 aprovado em 24/07/2025

Título do Projeto: Percepção do Agente Comunitário de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação por desempenho vinculada a bonificação.

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que estudará a “Percepção do Agente Comunitário de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação por desempenho vinculada a bonificação” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde. Essa pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Joana D’Arc Alves Soares, sob a orientação da Profa. Dra. Vanessa de Almeida e coorientação da Profa. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto. O objetivo do trabalho é conhecer a percepção dos ACS sobre a avaliação de desempenho vinculada à bonificação.

Você foi selecionado(a) por ser profissional celetista da PBH, vinculado a SMSA, lotado na Regional Oeste, nomeado até 2022, ter sido submetido a avaliação de desempenho no período de janeiro a dezembro de 2023 e estar em exercício das atribuições de seu cargo como ACS, atuando em atividade de campo no período avaliatório e que não cometeu falta administrativa, com consequente aplicação de pena de suspensão ou demissão no período avaliatório.

A sua participação nesse estudo consiste em participar de uma entrevista, com duração em torno de uma hora, em local tranquilo e reservado, determinado pela Instituição, fora do seu setor e horário de trabalho com perguntas que dizem respeito a sua vida profissional e sua visão sobre a avaliação de desempenho vinculada à BCMRI. Mediante sua autorização, a entrevista será gravada em áudio com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações na transcrição, permanecendo à sua disposição no momento em que desejar, ficando sob a minha guarda e responsabilidade por um período de cinco anos após o término desta pesquisa. Depois, será destruído. Para a garantia do anonimato, você e os demais

participantes serão identificados apenas por letras.

Afirmo que as informações prestadas por você serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as fases da pesquisa, seu nome não será citado em qualquer publicação. Quanto a apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

O projeto de pesquisa assegura que serão tomadas todas as medidas necessárias para a proteção dos dados pessoais, em conformidade com o que está estabelecido na Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD). O projeto garantirá o cumprimento dos princípios e requisitos da LGPD, adotando práticas adequadas para assegurar a privacidade, a segurança e a confidencialidade dos dados dos participantes, incluindo o consentimento informado, a transparência sobre o uso das informações e a implementação de medidas técnicas e administrativas para evitar qualquer risco de vazamento ou uso indevido.

Os dados serão utilizados exclusivamente para este projeto, e os resultados serão tornados públicos somente em eventos e publicações científicas. Conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, toda participação em pesquisa traz algum desconforto ou risco, mesmo que mínimo, como a possibilidade de desconforto pelo tempo dispensado, de receio ou constrangimento de se expor e participar da entrevista. Buscarei minimizar estes riscos com explicações que você sentir necessidade, bem como interromper a entrevista, caso você queira.

Além disso, garanto a confidencialidade e anonimato das informações coletadas. Sua participação é inteiramente voluntária e o(a) senhor(a), como voluntário(a), pode recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo. Não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira para o(a) senhor(a). Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Todo material coletado durante a pesquisa ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador responsável pelo período de 5 (cinco) anos e, após esse período, será deletado.

Os resultados dessa pesquisa poderão permitir melhorias para o processo de avaliação por desempenho vinculada a BCMRI, bem como subsidiar novas pesquisas acerca deste tema e incentivar outros municípios a implementar a bonificação.

Os participantes receberão a pesquisa concluída para análise dos resultados.

Caso queira, a qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável ou também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da UFMG.

E, no caso de esclarecimentos de caráter ético, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG – CEP 31270-901, telefone: 3409-4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, localizado na rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar, sala 302, Padre Eustáquio, Belo Horizonte/MG – CEP 30.720-000, telefone: 3277-5309.

Você deve guardar uma cópia deste termo onde constam os dados de contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. A cópia do TCLE, devidamente assinada, será entregue ao participante pelo gerente da unidade.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Percepção do Agente Comunitário de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação de desempenho vinculada a bonificação”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário(a) desta pesquisa, sendo garantido o meu direito de não identificação.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) participante

---

Joana D’Arc Alves Soares  
Rua Maria José Fernandes, 100/201, Teixeira Dias  
Belo Horizonte/MG – CEP 30644240.  
E-mail: joanaalves.bh@gmail.com Tel: (31) 99845-3002.

---

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto  
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia  
Belo Horizonte/MG – CEP 30120-010  
UFMG Campus Saúde  
E-mail: kelizocratto@gmail.com Tel: (31) 99311-5598.

---

Vanessa de Almeida  
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia  
Belo Horizonte /MG – CEP 30120-010  
UFMG Campus Saúde  
E-mail: vanessaalmeidaufmg@gmail.com Tel: (31) 99777-6631.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone: (31) 3277 5903, no endereço: Rua Frederico Bracher Júnior nº 103/sala 302, das 13 h 30 min às 17 h 30 min, ou pelo e-mail: coep@pbh.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa é uma autoridade local e porta de entrada para os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, e tem como objetivo defender os direitos e interesses dos participantes em sua integridade e dignidade, contribuindo também para o desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

( ) Declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Eu, Joana D’Arc Alves Soares, comprometo-me a cumprir todas as exigências e responsabilidades a mim conferidas neste termo e agradeço a sua colaboração e sua confiança.

## **APÊNDICE G – TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS**

**Nº Registro CAAE CEP UFMG: 85427424.3.0000.5149 aprovado em 05/05/2025**

**Nº Registro CAAE CEP SMSA: 85427424.3.3001.5140 aprovado em 24/07/2025**

Por meio deste termo, eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, participante do estudo “Percepção do Agente Comunitário de Saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação por desempenho vinculada a bonificação”, de forma livre e esclarecida, cedo o direito de uso da voz adquirido durante a participação em pesquisa anterior, e autorizo a pesquisadora Joana D’Arc Alves Soares, CPF 013.518.286-73, sob a orientação da Profa. Dra. Vanessa de Almeida e coorientação da Profa. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto da Universidade Federal de Minas Gerais, responsável pelo trabalho a:

No que se refere à gravação de voz, estas deverão ser utilizadas exclusivamente para os fins de transcrição da fala, conforme estabelecido neste termo. O responsável compromete-se a zelar pela guarda e pela correta utilização da obra final produzida, assegurando, ainda, a preservação do sigilo dos(as) entrevistados(as), cuja identidade será mantida em anonimato, sendo identificados(as) apenas por letras.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado a pesquisadora utilizar a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. A pesquisadora declara que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e a pesquisadora assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

---

Assinatura Pesquisador responsável \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Joana D'Arc Alves Soares  
Rua Aparecida Feitosa Furtado, 243, Apto 402, Diamante  
Belo Horizonte/ MG – CEP 30627-205.  
E-mail: joanaalves.bh@gmail.com Tel: (31) 99845-3002.

---

Assinatura Orientadora, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Vanessa de Almeida  
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia  
Belo Horizonte/MG – CEP 30120-010  
UFMG Campus Saúde  
E-mail: vanessaalmeidaufmg@gmail.com Tel: (31) 99777-6631.

---

Assinatura Coorientadora, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Keli Bahia Felicíssimo Zocratto  
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia  
Belo Horizonte/ MG – CEP 30120-010  
UFMG Campus Saúde  
E-mail: kelizocratto@gmail.com Tel: (31) 99311-5598.

## ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



### TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “**Percepção dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte sobre a avaliação de desempenho vinculada à bonificação**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Joana D'Arc Alves Soares, CPF 013.518.286-73,

cujo objetivo principal é conhecer a percepção dos ACS da região oeste sobre o processo de avaliação de desempenho proposta pela BCMRI. Autorizamos que este estudo seja executado: em centros de saúde da regional oeste de Belo Horizonte- MG. Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares. A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa. Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Diretoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação. A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

**O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.**

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Documento assinado digitalmente  
 NATÁLIA PONTES DE ALBUQUERQUE  
 Data: 30/09/2024 18:31:05-0300  
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Belo Horizonte, 30 de setembro de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 TATIANE CAETANO  
 Data: 02/10/2024 16:12:44-0300  
 Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Natália Pontes de Albuquerque – BM 101998  
 Gerência de Atenção Primária à Saúde  
 GEAPS/SMSA-BH

Tatiane Caetano – BM 93.893  
 Diretoria de Educação em Saúde  
 DESA/SMSA-BH

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFMG**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA****Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO**Pesquisador:** Vanessa de Almeida**Área Temática:****Versão:** 3**CAAE:** 85427424.3.0000.5149**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 7.545.256**Apresentação do Projeto:**

O projeto apresenta-se como um estudo exploratório, baseado na coleta de percepções de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma regional de saúde do município de Belo Horizonte - MG, a partir de uma abordagem qualitativa que pretende descrever a percepção dos ACS a respeito de sua avaliação de desempenho realizada no período de janeiro a dezembro de 2023 sob a ótica de servidores efetivos que estiveram sujeitos à denominada Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde conforme decretos municipais nº 17.247/2019 e 29 17.879/2022; lei municipal nº 9.985/2010, e pelo qual foi destinado pagamento dos avaliados pela SMSABH no valor de aproximadamente onze milhões de reais. A hipótese arrolada pelos pesquisadores é: Como os ACS têm compreendido o processo de avaliação de desempenho vinculados ao programa de Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) do município de Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa serão 23 ACS da regional de saúde Leste de Belo Horizonte, servidores efetivos vinculados à SMSA-BH que efetivamente participaram do processo avaliativo executado pela Secretaria no ano de 2023.

A presente emenda trata-se da inclusão de Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte SMSA-BH.

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2006 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.545.256

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos da pesquisa não foram alterados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios da pesquisa não tiveram alteração na emenda.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um emenda para a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte SMSA-BH.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentada a carta de justificativa da emenda e carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte SMSA-BH.

**Recomendações:**

Recomenda-se aprovação da emenda

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

N/A

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2541727_E1.pdf	22/04/2025 11:42:31		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Emenda_submetida_ao_CEP_22_04_25_assinado.pdf	22/04/2025 11:41:30	Vanessa de Almeida	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Diligencia_COEP.pdf	11/02/2025 20:24:15	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
**Bairro:** Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 7.545.255

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Joana_GSS_UFMG_Final_Atualizado.pdf	11/02/2025 01:09:22	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Joana.pdf	11/02/2025 01:03:21	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	Parecer_Chefe_Departamento.pdf	10/12/2024 20:09:36	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Folha de Rosto	SEI_3708767_Folha_de_Rosto_.pdf	10/12/2024 20:06:53	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	SEI_3706203_Parecer_Consubstanciado.pdf	04/12/2024 16:48:10	Vanessa de Almeida	Aceito
Outros	SEI_3708767_Folha_de_Rosto.pdf	21/11/2024 18:26:41	Vanessa de Almeida	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_Anuencia.pdf	15/10/2024 20:12:54	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Maio de 2025

Assinado por:  
Corinne Davis Rodrigues  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SMSA/BH

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO

**Pesquisador:** Vanessa de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 85427424.3.3001.5140

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.723.860

#### Apresentação do Projeto:

A Lei Orgânica da Saúde/LOS - n. 8.080/90, dispõe sobre a criação do Serviço Único de Saúde (SUS) e estabelece o conjunto de ações que devem ser seguidas por instituições públicas, federais, estaduais e municipais. Desde sua criação o SUS se configura como uma das principais estratégias de intervenção social, sobre saúde e qualidade de vida da população brasileira (Brasil, 1990). Por meio das suas diretrizes e princípios, são desenvolvidas não apenas políticas de atendimento, prevenção e promoção de saúde, mas também de construção da cidadania, por meio da participação popular crescente nos conselhos que compõem o processo decisório da instituição. Entre seus ordenamentos básicos, propõe que o modelo vigente de atenção à saúde deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, na relação da equipe de saúde com a comunidade e especialmente, com os seus núcleos sociais primários e as famílias (Brasil, 1997). No modelo proposto, a assistência à saúde é prestada por meio de uma rede de atenção, que se complementa em três níveis: primário, secundário e terciário. Porém, a Atenção Primária à Saúde (APS), é a base de todo o processo. Nela se concretizam, conforme as diretrizes estabelecidas, a universalidade do acesso, equidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado. Além disso, se configura na principal porta de entrada para assistência à saúde, para todos os cidadãos brasileiros (Brasil, 1997). A inserção das equipes de saúde da família, bem como de profissionais com um novo

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pvh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

perfil dentro do sistema, trouxe uma série de avanços, mas também muitos impasses e indefinições (Belo Horizonte, 2003). Essas equipes, denominadas básicas, são compostas por um médico de família, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e um agente comunitário de saúde e ACS, que cumprem 40 horas de trabalho/semana. As equipes ampliadas disponibilizam os mesmos profissionais das equipes básicas e são acrescidas de outros profissionais e médicos como pediatra, ginecologista ou clínico que cumprem carga horária de 20 horas semanais (Brasil, 2017). Entre todos os profissionais, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), categoria funcional mais expressiva pelo elevado contingente de servidores, que totaliza em torno de duas mil e quatrocentas pessoas, no município de Belo Horizonte (relatório de pagamento BCMRI- incluir referência). Além disso, a atuação dos ACS, junto à população adstrita, fortalece os laços de relacionamento com os outros membros da equipe e possibilita a prestação da assistência devida. Eles possuem inúmeras atribuições de grande importância para o funcionamento da APS e do SUS de um modo geral, incluindo a visita domiciliar (Belo Horizonte, 2024a). Em sua totalidade, as atividades desempenhadas pelos ACS são desencadeadas a partir da visita domiciliar. Num contexto mais amplo, é que se tem clareza da importância do trabalho do ACS e da APS, como um todo, para o SUS, no que se refere ao alcance dos resultados pretendidos, que se traduzem em melhor qualidade de vida e de saúde da população. Neste sentido, as avaliações periódicas dos profissionais são extremamente necessárias, visto que elas passam principalmente pelo levantamento de dados que traduzem o quantitativo das ações empreendidas e das metas que foram alcançadas. Na medida em que a partir da avaliação desses serviços, se torna possível ampliar a rede, efetivar políticas públicas e conseqüentemente obter melhores padrões de qualidade da assistência, que vem sendo ofertada à população (Machado et al., 2021). Em 2011 foi criado o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tinha como objetivo incentivar a gestão das equipes à melhoria da qualidade dos serviços de saúde entregues à população. Esse modelo possibilitava a comparação entre equipes do mesmo município ou em esfera nacional através do cumprimento de indicadores estratégicos estabelecidos como prioridade nacional (Ney; Pierantoni; Lapão, 2015). O PMAQ foi substituído em dezembro de 2019 pelo Programa Previne Brasil, por meio da Portaria 279 de 12 de dezembro de 2019. Em substituição ao Programa Previne Brasil, em maio de 2024, o Ministério da Saúde anunciou um novo modelo de financiamento da APS, com 21 indicadores assistenciais (Brasil, 2024). Inserido neste contexto, visando reconhecer a importância dos ACS para APS e para o SUS, iniciou-se na SMSA/BH no ano de 2010, a avaliação por desempenho, com base na Lei 9985, por meio da

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -



Continuação do Parecer: 7.723.860

**Portaria**

SMSA/SUS-BH Nº 023/2010, regulamentada pelo Decreto 17.247 de 19 de dezembro de 2019, alterada pelo decreto 17.879 de 22 de fevereiro de 2022. A partir daí, foi instituída a concessão da Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI), que, desde então, vem sendo disponibilizada anualmente para todos os ACS, em todas as Unidades de Atenção Primária da rede municipal de saúde de Belo Horizonte (Belo Horizonte, 2024a). O objetivo estratégico da BCMRI é aumentar a efetividade das ações dos ACS, considerando as desigualdades locais e os diferentes riscos à saúde como instrumentos de priorização da atuação. Conseqüentemente, visa premiar com bonificação extra, os funcionários que alcançarem as metas e resultados, individuais e coletivos, em suas atividades junto à população adscrita a eles (Belo Horizonte, 2024b).

São seis indicadores, que são definidos, também anualmente, para que possam retratar, de maneira fidedigna, o trabalho dos ACS, no contexto da Política de Saúde de Belo Horizonte. Essa definição pauta-se no princípio de que os indicadores devem estar relacionados essencialmente às atividades e responsabilidades previstas nas políticas nacionais e municipais atribuídas aos ACS (Belo Horizonte, 2024b). Ao final, espera-se que cada ACS, por meio de maior organização do seu trabalho, tenha melhorias no desempenho de suas atividades profissionais. Mesmo sabendo que o processo avaliativo traz inúmeras contribuições, ainda existem diversos obstáculos e desafios, que devem ser superados. A participação contínua entre gestores e trabalhadores, por meio da gestão participativa, é fundamental para definir indicadores, negociar metas e os resultados a serem almejados (Oliveira; Campos, 2015).

Na unidade de atenção primária, os ACS são supervisionados diretamente pelo Enfermeiro da Equipe de Saúde da Família. Porém, no que se refere ao processo de avaliação por desempenho, vinculado à BCMRI, é importante destacar o distanciamento deste profissional com a gestão que desenvolve a avaliação por desempenho e avalia a performance profissional do ACS. Não há troca de informações. O processo ocorre noutra esfera, sem que ele participe de nenhuma etapa. Entende-se que esse distanciamento possa dificultar a compreensão dos ACS sobre a avaliação por desempenho, seus indicadores e suas metas anuais e toda sua percepção frente ao programa de bonificação. Sem a devida interlocução, não há compreensão apropriada e pouca ou nenhuma aplicabilidade da avaliação feita, visto que, dessa forma, não há ponderação de diferentes pontos de vista sobre o processo avaliativo e tampouco, se obtém a reorganização do serviço, a partir da reflexão

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

crítica dos sujeitos. No SUS, ainda há de se considerar os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a participação dos diferentes atores, usuários, trabalhadores, gestores e apoiadores no processo avaliativo, em todas as fases do processo, incluindo a construção de indicadores e validação dos dados

(BRASIL,2007). Para que isso ocorra, é importante que o profissional compreenda como se dá o processo de avaliação. Assim, ele poderá contribuir, inclusive, para a melhoria do programa.

Frente a isso, surge o seguinte questionamento: Como os ACS têm compreendido o processo de avaliação de desempenho vinculados ao programa de Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) do município de Belo Horizonte?

Todas as vezes que um bom trabalho é bonificado, subentende-se que deve haver uma atividade de qualidade e excelência. Para que o profissional possa executar sua atividade com excelência ele deve ter plena consciência da importância do seu trabalho dentro do contexto, para se tornar mais efetivo e trazer mais resultados para a instituição e para a população. A pesquisa utilizará como método o estudo de caso para analisar a percepção do ACS sobre a Avaliação de Desempenho vinculada a BCMRI.

Os participantes serão 31 (trinta e um )Agentes Comunitários de Saúde do município de Belo Horizonte, lotados em dois Centros de Saúde da Regional Oeste.

**Critérios de inclusão :** 1) profissionais celetistas da PBH, vinculados a SMSA, lotados na Regional Oeste, nomeados até 2022; 2) profissionais submetidos à avaliação de desempenho no período de janeiro a dezembro de 2023, independente de terem sido contemplados ou não com a bonificação; 3) profissionais em pleno exercício das atribuições do cargo como ACS, atuando em atividades de campo no período avaliado.

**Serão excluídos:** 1) profissionais que tenham cometido falta administrativa como consequente aplicação de pena de suspensão ou demissão no período a ser avaliado; 2) aqueles contratados apenas administrativamente e 3) profissionais que estiverem de férias ou de licença médica no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorrerá em dois momentos. No primeiro momento será feita a análise documental, que consistirá em se apropriar das publicações da Prefeitura de Belo Horizonte sobre a Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores (BCMRI) dos ACS, bem como dos artigos publicados relacionados ao referido Programa.

O objetivo dessa análise é coletar e produzir informações acerca de documentos relacionados

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

ao Programa, para transformar a informação, mediante operação intelectual, de forma pertinente à sua representação (Bardin, 2011).

No segundo momento serão realizadas as entrevistas semiestruturadas que serão conduzidas pela pesquisadora, em horário previamente agendado com cada um dos participantes, individualmente, de acordo com a disponibilidade do entrevistado e fora do seu horário de trabalho, sendo a pesquisa isenta de qualquer atividade com viés político partidário. As entrevistas terão gravação de áudio, por meio de gravador digital, com duração aproximada de uma hora. Os arquivos serão de responsabilidade da pesquisadora, que manterá o cuidado e guardará os dados dos profissionais envolvidos e após cinco anos da publicação da pesquisa, eles serão incinerados, a fim de se evitar o vazamento de informações sigilosas. Ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho será informada a DESA, assim como referência do mesmo em caso de publicação.

As informações coletadas serão avaliadas a partir da análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Geral:

Conhecer a percepção dos ACS da região Oeste sobre o processo de avaliação de desempenho proposta pela BCMRI.

Objetivos específicos:

¿ Descrever as ações gerenciais desencadeadas para a efetivação da BCMRI;

¿ Delinear o perfil dos ACS;

¿ Identificar os fatores mais relevantes da avaliação que impactam o desempenho dos ACS nas unidades de atenção primária da rede municipal de saúde de Belo Horizonte;

¿ Identificar as lacunas que permeiam o processo de avaliação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Neste estudo, os possíveis riscos se referem ao desconforto causado pelo tempo destinado à entrevista ou pelo receio ou constrangimento do entrevistado se expor ao responder as perguntas. Para minimizar esses riscos serão tomados os seguintes cuidados: 1) a entrevista poderá ser interrompida, a qualquer momento, a pedido do entrevistado; 2) a pesquisadora reservará local apropriado, livre de interrupções e compartilhamento com outras pessoas; 3) todos serão informados que as entrevistas não terão nome dos participantes e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pvh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

tampouco as informações serão repassadas para outras pessoas. Elas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa e após analisadas à luz da literatura, serão tornados públicos em eventos publicações científicas e 4) serão tomadas todas as medidas necessárias para a proteção dos dados pessoais, em conformidade com o que está estabelecido na Lei nº 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD). O projeto garantirá o cumprimento dos princípios e requisitos da LGPD, adotando práticas adequadas para assegurar a privacidade, a segurança e a confidencialidade dos dados dos participantes, incluindo o consentimento informado, a transparência sobre o uso das informações e a implementação de medidas técnicas e administrativas para evitar qualquer risco de vazamento ou uso indevido.

**Benefícios:** Os resultados do estudo poderão permitir melhorias para o processo de avaliação por desempenho vinculada a BCMRI, bem como subsidiar novas pesquisas acerca deste Programa e incentivar outros municípios a implementar a bonificação. Ressalta-se que até o momento nenhum trabalho foi realizado para analisar as visões dos profissionais acerca do Programa, em uma dimensão de gestão participativa. O estudo poderá contribuir para a construção de uma base sólida documental para a PBH e de um relatório com as percepções dos ACS sobre o BCMRI que poderá contribuir para tomada de decisões gerenciais e estratégicas, identificando áreas de força e de necessidade de melhoria no desempenho profissional, em especial, na avaliação de desempenho dos ACS vinculados ao BCMRI, bem como fomentar estudos sobre o desenvolvimento do Programa 5.TCLE presente;

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo poderá contribuir para a construção de uma base sólida documental para a PBH e de um relatório com as percepções dos ACS sobre o BCMRI que poderá contribuir para tomada de decisões gerenciais e estratégicas, identificando áreas de força e de necessidade de melhoria no desempenho profissional, em especial, na avaliação de desempenho dos ACS vinculados ao BCMRI, bem como fomentar estudos sobre o desenvolvimento do Programa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1.Folha de Rosto presente;
- 2.Roteiro da entrevista semiestruturada presente;
- 3.Cronograma, especificando o início da pesquisa após aprovação pelo CEP;

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

4. Previsão orçamentária presente;
5. TCLE modificado em 22/07/25 ( Includo no Projeto/Brochura?);
6. Parecer de aprovação de Emenda do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, datado de 05/05/2025,
06. Parecer do SEI datado de 04/12/2024, e Parecer do Chefe de Departamento do SEI datado de 10/12/2024,
07. Carta Reposta em ao Parecer Consubstanciado 7.718.272, datada de 22/07/2025
08. TCUD assinado em 22/07/25,
09. Projeto Joana GSS 22/07/25,
10. TERMO CESSAO USO E VOZ 22/07/25 .

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Lista de Pendências em resposta ao Parecer de Número: 7.718.272

- 1) No TERMO DE CESSÃO DE USO DE VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS, solicitamos adequar o texto do documento conforme o exposto no projeto/Brochura.

Pendência Atendida

- 2) No TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS, solicitamos anexar o documento com a assinatura dos pesquisadores.

Pendência Atendida

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto *PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE SOBRE A AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO VINCULADA À BONIFICAÇÃO*.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

-Salienta-se 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 e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

-Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final. Anexar os devidos Relatórios por meio de Notificação na Plataforma Brasil.

- Tendo em vista a legislação vigente, Resolução CNS 466/12, recomendamos aos Pesquisadores que sejam comunicadas toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, assim como informar qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2551922.pdf	22/07/2025 19:37:55		Aceito
Outros	Carta_Resposta_SMSA_22_07_25.pdf	22/07/2025 19:36:50	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Joana_GSS_22_07_25.pdf	22/07/2025 19:35:15	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	TERMO_CESSAO_USOE_VOZ.pdf	22/07/2025 13:00:46	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia.pdf	21/07/2025 15:48:32	Vanessa de Almeida	Aceito
Outros	Carta_Resposta_CEP_SMSA_29.pdf	21/07/2025 15:46:54	Vanessa de Almeida	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3ª andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -  
SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.723.860

Outros	Carta_Resposta_Diligencia_COEP.pdf	11/02/2025 20:24:15	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Joana_GSS_UFMG_Final_Atualizado.pdf	11/02/2025 01:09:22	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Joana.pdf	11/02/2025 01:03:21	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	Parecer_Chefe_Departamento.pdf	10/12/2024 20:09:36	JOANA DARC ALVES SOARES	Aceito
Outros	SEI_3706203_Parecer_Consubstanciado.pdf	04/12/2024 16:48:10	Vanessa de Almeida	Aceito
Outros	SEI_3708767_Folha_de_Rosto.pdf	21/11/2024 18:26:41	Vanessa de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Julho de 2025

Assinado por:

Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.130-007  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br