

# Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup>

Limits and constraints of the instruments that control the work of community health agents in the Family Health Strategy

## Célia Maria Patriani Justo

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.  
Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: celiapatriani@uol.com.br

## Mara Helena de Andréa Gomes

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.  
Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: maraandrea@unifesp.br

## Cássio Silveira

Santa Casa de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: cassio.silveira@fmcscasasps.edu.br

## Resumo

Ser considerado elemento de união entre moradores e serviço não revela de imediato a abrangência das funções, nem oferece visibilidade das exigências a que os agentes comunitários de saúde estão expostos no cotidiano de trabalho diante das atribuições previstas pela Estratégia Saúde da Família. O objetivo desse estudo é analisar os instrumentos de controle da ação social dos agentes comunitários e suas possibilidades de emancipação, a partir da noção de *agir comunicativo* de Jürgen Habermas. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada numa Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo (SP), por meio de entrevista semiestruturada com 14 agentes comunitários com experiência mínima de dois anos. Como resultado, destacamos o domínio da razão instrumental sobre a razão comunicativa nas atividades de planejamento, nos critérios técnicos de decisão e avaliação, bem como nos instrumentos de registro do trabalho. Verificamos oportunidades de emancipação nas ações comunicativas em que os agentes comunitários, por meio do diálogo, desenvolvem ações de entendimento mútuo com os pacientes que complementam as ações técnicas. É também por meio do diálogo orientado à construção de consensos que processos cooperativos de trabalho em equipe são elaborados em torno de objetivos comuns. Consideramos que os agentes comunitários resistem aos ditames das ações instrumentais através do entendimento intersubjetivo promovido pela racionalidade comunicativa que permeia o mundo da vida, efetivando situações de emancipação das tensões e conflitos inerentes ao trabalho de mediação. **Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Condições de Trabalho.

## Correspondência

Célia Maria Patriani Justo  
Rua Botucatu, 740, 4 andar.  
São Paulo, SP, Brasil. CEP 04023-062.

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo Programa de Bolsas CAPES (doutorado).

## Abstract

To be considered a link between inhabitants and the service does not reveal, in a straightforward way, the scope of the community health agents' duties, nor does it offer visibility to the demands to which these professionals are exposed in their daily work within the Family Health Strategy. The aim of this study is to analyze the tools used to control the community health agents' social action and these professionals' possibilities of emancipation based on the notion of *communicative action* proposed by Jürgen Habermas. This is a qualitative study carried out at a Primary Care Unit in the city of São Paulo. Semi-structured interviews were carried out with 14 community agents who have at least 2 years of experience. The results show the dominance of instrumental reason over communicative reason in planning activities, in technical criteria for decision-making and evaluation, and in instruments for labor recording. We verified that there are opportunities of emancipation in communicative actions in which community agents, through dialogue, develop mutual understanding actions with patients that complement technical actions. It is also through dialogue oriented towards the construction of consensuses that teamwork cooperative processes are developed around common goals. We found that community agents resist the dictates of instrumental actions through intersubjective understanding, promoted by the communicative rationality that permeates the world of life, thus enabling emancipation situations regarding tensions and conflicts that are inherent in the mediation work.

**Keywords:** Community Health Agents; Family Health Program; Primary Health Care; Working Conditions.

## Introdução

A idéia de que o agente comunitário de saúde (ACS) é o elemento de união entre a população e o serviço público oferecido pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto da atenção básica em saúde, domina as concepções e as práticas deste trabalhador. Bornstein e Stotz (2008a, 2008b) confirmaram a unanimidade da literatura quanto à relevância do papel de mediador entre as ações da Unidade Básica de Saúde e a população facilitando o acesso aos direitos de cidadania e, também, a intermediação entre o saber científico e o popular.

Essa definição traz implícita a tensão presente nesta modalidade de mediação. As atribuições do cargo de ACS implicam na realização de tarefas que expõem os trabalhadores, direta ou indiretamente, a situações de conflito. O esforço em realizar alianças necessárias à conciliação de diferentes interesses, mediar ou contornar conflitos e impasses, gerados em suas sucessivas aproximações e intervenções, são alguns dos exemplos que caracterizam seu contexto de atuação.

Ainda que a função de mediador definida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2000, 2001) tenha um significado envolto numa certa positividade, não revela de imediato a abrangência das suas atribuições, nem as exigências a que estão expostos esses trabalhadores em seu cotidiano. O invisível, quando capturado, permite verificar a existência de um conjunto de tarefas que vão além das possibilidades de realização do trabalho de mediadores e resultam em um conjunto penoso de atividades laborais no contexto da atenção básica em saúde.

Os requisitos preconizados e reiterados pela Lei 10.507 (Brasil, 2002) possibilitaram a criação do cargo de ACS. Morar no local de trabalho, ter idade mínima de 18 anos, possuir nível de escolaridade acima do Ensino Fundamental completo e disponibilidade de trabalho em período integral constituem as exigências de seleção e contratação do ACS na equipe de saúde da família. Se, por um lado, a exigência de pertencer ao território em que trabalha constitui eixo fundamental de sua própria atuação, por outro lado, a convivência cotidiana com os problemas da população faz do agente comunitário um portador de informações essenciais sobre a vida íntima das famílias adscritas.

Fortes e Spinetti (2004) consideram uma esfera própria de confidencialidade entre os agentes comunitários e pacientes, com informações que nem sempre deveriam ser divulgadas aos demais componentes da equipe de saúde. Sob este ponto de vista, além de enfrentarem dilemas éticos diante do sigilo profissional, os agentes ainda estão expostos a situações de risco quando vivem em regiões violentas, pois são portadores de informações que dizem respeito a atos ilícitos ou moralmente reprováveis.

Na condição de morador da área de responsabilidade da equipe e vizinho daqueles a quem dirige sua atenção, acaba muitas vezes por encontrar-se em meio a problemas com alto grau de complexidade e para os quais não tem resposta. São demandas individuais ou domiciliares a envolvê-los em situações familiares, muitas vezes, associadas à violência nas relações interpessoais ou ao envolvimento com o tráfico de drogas. A complexidade social de tais processos desdobra-se em consequências que, conforme Silva e Menezes (2008) constataram, implicam na existência de uma acentuada ocorrência de casos de esgotamento profissional e de transtornos mentais entre os agentes comunitários. As pressões e as cargas adicionais de trabalho dessa vivência decorrem da impossibilidade de separação da vida privada das atividades de trabalho.

Os agentes se encontram em situação de vulnerabilidade tanto em relação aos direitos trabalhistas (Lima; Cockell, 2009) como pela ostensiva cobrança de responsabilidades diante da escassa perspectiva de rearranjo dos elementos constitutivos da organização do trabalho, pois dependem de fatores alheios às próprias iniciativas (Martines; Chaves, 2007; Silva; Dalmaso, 2006). Sobre este último aspecto, merece especial destaque o instrumento de registro das atividades dos ACS, já que suas ações são substanciadas pelo (e *no*) sistema de informações preconizado pela ESF.

O registro das ações atribuídas aos agentes comunitários ajuda a compor o panorama de tensão e sobrecarga desta interface de mediação. De um lado, agem como anteparo às cobranças da população e, de outro, precisam responder às demandas da equipe para resolver os problemas relativos ao público assistido.

Este artigo tem por finalidade apresentar nossa

reflexão sobre o trabalho dos ACS no contexto da ESF, considerando os entraves que as regras e normas da própria estratégia impõem a esses trabalhadores em suas articulações com outros processos de trabalho, assim como apontar a complexidade das ações de mediação em contextos plenos de tensões sociais. Para analisar a natureza das obrigações que caracterizam este trabalho de mediação, buscamos referências na Teoria da Ação Comunicativa, de Jürgen Habermas (1992a, 1992b), por tratar-se de uma teoria social crítica, com propósitos práticos de emancipação das formas típicas de dominação da sociedade em que vivemos.

## Considerações teóricas

As sociedades industriais modernas inauguraram uma forma de racionalidade denominada instrumental, que se apresenta como uma organização de meios adequados para atingir determinados fins ou, complementarmente, pela escolha entre alternativas estratégicas que possibilitem o alcance de determinados objetivos.

O caráter instrumental reside na escolha de meios estreitamente vinculados ao desenvolvimento da técnica e ao progresso da ciência, de tal forma que “a aplicação da ciência na forma de técnicas e a retro-aplicação dos progressos técnicos na investigação transformaram-se na substância do mundo do trabalho” (Habermas, 2006, p. 98-99).

Habermas não se posiciona radicalmente contra a instrumentalização da ciência pela técnica. Sua recusa dirige-se contra o domínio desta racionalidade em esferas de decisão nas quais o principal atributo deve ser comunicar. No âmbito da racionalidade comunicativa, a decisão das pessoas é orientada pela disposição de dialogar e de alcançar um consenso sem qualquer tipo de imposição coercitiva (Aragão, 2006).

Estruturada em torno da ideia de emancipação humana, a teoria da ação comunicativa está articulada a uma razão inscrita na linguagem que é inerente à própria humanidade: a razão comunicativa que, ao orientar as ações sociais, engendra relações humanas permeadas pela disposição de alcançar consensos livres de repressões.

O processo de entendimento depende do diálogo apoiado no reconhecimento intersubjetivo de três

pretensões de validade manifestadas de maneira inteligível: 1) que o enunciado seja verdadeiro; 2) que a proposta seja correta em relação ao contexto normativo vigente; e 3) que exista sinceridade na manifestação de vivências subjetivas (Habermas, 1992a).

Nem toda interação mediada linguisticamente representa um exemplo de ação orientada para o entendimento. Certamente existem acordos forçados, claramente produzidos por um poder externo ou mediante o uso da violência, mas estes não podem constar como acordos, pois não se fundamentam em convicções comuns.

De qualquer forma, é no “mundo da vida” que as interações ocorrem. Este mundo é constituído pelo acervo de conhecimentos culturalmente transmitidos e organizados pela linguagem que configura “um conjunto de sentidos gramaticalmente pré-determinado, que forma um pano de fundo comum a partir do qual os indivíduos socializados se abastecem para compreender, interpretar e agir” (Aragão, 2006, p. 21).

No mundo da vida, a razão comunicativa pode se manifestar de forma espontânea no diálogo cotidiano ou na forma de um discurso racionalmente fundamentado, situação em que se tem a legítima expectativa de contestação por algum contra-argumento igualmente fundamentado (Pinent, 2004).

Complementar ao mundo da vida, mas orientado pela razão instrumental, o conceito de sistema é constituído por estruturas responsáveis pela reprodução material e institucional da sociedade, comportando dois subsistemas: a economia de mercado e a administração estatal moderna. Assim, no mesmo mundo da vida, enquanto a razão comunicativa orienta as ações em direção a consensos fundados no “melhor argumento”, as ações orientadas para o êxito encontram critérios de eficácia na razão instrumental.

Esta polaridade está na raiz do movimento de autonomização do sistema sobre as estruturas formadoras do mundo da vida, impondo uma sobreposição que tem por consequência a consolidação de domínios de ação submetidos à lógica econômica. Reproduz-se uma forma de sociabilidade isenta de normas morais e de questionamento ético, em que as ações de integração social não são coordenadas

por mecanismos de entendimento mútuo. Este movimento, que culmina na dominação da razão instrumental sobre a razão comunicativa, fortalece a **colonização do mundo da vida**, com desdobramentos e implicações nas relações sociais (Habermas, 1992b).

O agir comunicativo é concebido por Habermas de modo a abrir oportunidade para um entendimento abrangente que promova a emancipação do processo de invasão da racionalidade econômica e burocrática em esferas do mundo da vida às quais essas formas de racionalidade são inadequadas e que, por isso, levam a perdas de liberdade e de sentido (Reese-Schäfer, 2008).

Como ultrapassar essa invasão? A emancipação em direção a uma sociedade mais justa e solidária se torna possível pela expansão da racionalidade ancorada no mundo da vida, através de ações comunicativas efetivadas em processos cooperativos de interpretação, de modo a elaborar consensos em torno de objetivos comuns negociados por argumentos racionais livres de qualquer tipo de imposição. É este o sentido que buscamos nas ações dos agentes comunitários de saúde pesquisados.

## Procedimentos metodológicos

Para compreender o trabalho de mediação dos agentes comunitários no contexto da ESF, realizamos um estudo etnográfico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo (SP), por meio de entrevistas, análise de documentos e anotações detalhadas das ações observadas na prática cotidiana.

O itinerário de investigação foi constituído por visitas metódicas à unidade, ocorridas no período de agosto de 2007 a abril de 2009, durante as quais tivemos a oportunidade de observar as atividades diárias das equipes, participar das tarefas dos agentes comunitários nos serviços prestados à população e construir também laços de confiança e respeito ao longo do tempo.

A UBS é uma das treze unidades básicas inseridas na Supervisão Técnica de Saúde Vila Mariana/Jabaquara, que pertence à Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Foi inaugurada em fevereiro de 2002, para receber em suas instalações médicos residentes

do Programa de Medicina da Família e da Comunidade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que trabalham em conjunto com as equipes sob a responsabilidade dos médicos locais, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência oferecida à população cadastrada.

O território de abrangência apresenta uma síntese dos contrastes inerentes à cidade de São Paulo: núcleos de favelas próximos a prédios e casas residenciais, cortiços ao lado de casas populares, grandes condomínios particulares com milhares de moradores, extensa área com acentuada diversidade de empresas comerciais e de serviços, amplos espaços ocupados por avenidas, muitas praças, escolas, igrejas que, entre outros elementos, conformam o panorama de intensa desigualdade social que caracteriza a metrópole paulistana.

A UBS não está localizada no centro do território, situação que dificulta o acesso para os agentes comunitários que moram nas áreas mais distantes e que se deslocam a pé até a unidade.

Na ocasião da coleta de dados, a UBS pesquisada dispunha de 4 equipes constituídas por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 ou 6 agentes comunitários de saúde. Cada equipe era responsável por aproximadamente 1.000 famílias e cada agente comunitário por 200 famílias cadastradas em sua microárea de atuação.

Por possibilitar mais oportunidades de enfrentamento das situações que configuram seu trabalho, o tempo de atuação do agente junto à equipe e à população constituiu um aspecto enriquecedor da sua experiência de mediador. Por esse motivo, incluímos neste estudo apenas os agentes com no mínimo dois anos de atuação, chegando assim a uma amostra de 14 do total de 22 agentes da unidade.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro formado por perguntas sobre a rotina de trabalho, atribuições, especificidades e possíveis satisfações, perspectivas e vivências relativas ao contexto de mediação entre a equipe de saúde e a população cadastrada. Para evitar transtornos e criar um clima de tranquilidade, as gravações ocorreram em local, data e horário de escolha do entrevistado.

O diário de campo foi um instrumento metódico de registro e de observações das atividades acompanhadas - visitas domiciliares, reuniões de

equipe, ações em grupo junto à população, etc. -, como também das informações adicionais que afloraram espontaneamente nos depoimentos durante as entrevistas.

Destacamos que a metodologia se distingue da técnica porque permite realizar uma reflexão sobre o significado dos procedimentos e operações empregados, enquanto a técnica se limita a uma maneira de agir para executar algo.

Assim, através da observação e da escuta, adotamos uma postura de aproximação e distanciamento da realidade em estudo. Para organizar os depoimentos transcritos em sua integralidade e identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação, empregamos a técnica de análise temática de Bardin (1979).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Prot. 1674/08). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados e discussão

Com os critérios escolhidos, foi possível compor um grupo de agentes comunitários experientes, com importante conhecimento adquirido na prática diária sobre o trabalho de mediação entre a equipe de saúde da ESF e as famílias cadastradas. Deste grupo, apenas um membro é do sexo masculino, composição amplamente apontada pela literatura. Embora a média de idade esteja entre 40 e 45 anos, encontramos cinco agentes com menos de 40 anos e três com mais de 50, entre eles uma mulher de 65 anos.

Os entrevistados têm escolaridade superior à preconizada pela ESF (Ensino Fundamental completo) - sendo dois com Ensino Superior completo, 11 com Ensino Médio e um com Ensino Fundamental. Alguns, lá residem desde o nascimento, outros mudaram para o bairro ainda crianças, de forma que encontramos uma média de tempo de residência no território propícia aos propósitos do programa, em torno de 30 anos.

Todos os agentes estão trabalhando há, no mínimo, dois anos, tendo sido este um dos critérios de inclusão na pesquisa. Temos 50% dos participantes na faixa de 2 a 6 anos e 50% na faixa de 6 a 8 anos

de experiência de trabalho. Alguns, inclusive, fizeram parte do processo inicial de implantação e de abertura da UBS.

Visitas domiciliares, grupos educativos, reuniões em equipe e atividades administrativas constituem a rotina dos agentes comunitários. Uma rotina de trabalho que tem início a partir das sete ou oito horas da manhã, com o deslocamento até a UBS para assinar o ponto e iniciar as atividades de visita estipuladas em sua agenda. Participam, ainda, de reuniões de equipe, distribuídas em dois ou três dias da semana.

Na qualidade de mediadores, levam para as reuniões as informações que consideram mais importantes, seja por retratarem situações de fragilidade das famílias ou por requererem maior cuidado e agilidade da equipe técnica na definição de ações que respondam às demandas levantadas. Como uma entre tantas outras atribuições dos agentes na ESF, estes casos envolvem agendamento de visitas domiciliares para médicos, para enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

De maneira semelhante, recebem da equipe orientações e encaminhamentos na forma de avisos sobre consultas médicas e odontológicas agendadas; de comunicações sobre exames laboratoriais e demais especialidades terapêuticas; de convites para participar de atividades em grupo, do conselho gestor local, entre outras. Os ACS são também os principais divulgadores de palestras, encontros, projetos, passeios, festas e demais eventos promovidos pela UBS, que possam ser do interesse da população cadastrada.

Por volta das nove horas, saem para fazer as visitas domiciliares programadas e também visitas não previstas, mas que devem ser feitas, e muitas vezes refeitas, para atender ao fluxo de trabalho exigido pela UBS. De volta ao bairro em que moram e atuam, correm contra o tempo para cumprir as visitas estipuladas e para dar conta dos encontros e desencontros que fazem parte desse contexto de atuação. Finalmente, entre quatro e cinco horas da tarde retornam à UBS para assinar o ponto de encerramento.

A visita domiciliar, portanto, é a atividade primordial desta modalidade de organização da assistência. Para essa finalidade os agentes precisam estar bem informados, atentos às necessidades e

também observar parceiros e recursos que possam ser aproximados e aproveitados pela equipe de saúde. Tipos de visitas: cadastro de novos domicílios, identificação de fatores de risco e agravos à saúde, encaminhamento aos serviços prestados pela UBS, acompanhamento dos pacientes (em especial daqueles mais vulneráveis), orientação das recomendações da equipe sobre o tratamento, etc.

Dado que a ESF determina pelo menos uma visita semanal a cada família e que cada agente é responsável em média por 200 famílias, temos um número aproximado de 600 a 700 pessoas acompanhadas por mês. Para alcançar essa meta, a ESF estipula 26 horas semanais para realizar em torno de 52 a 78 visitas por semana, ou seja, uma quantidade de 10 a 15 visitas por dia, com tempo disponível entre 20 e 30 minutos para cada uma. (São Paulo, 2002, 2005)

Estamos diante de um tipo de planejamento que privilegia a quantidade de ações/horas produzidas, cujos critérios de avaliação não só desconsideram as condições de trabalho como não levam em conta as especificidades da peregrinação cotidiana. Tal como tantas outras, a ESF pressupõe uma organização de trabalho plenamente regida pela razão instrumental: as ações realizadas nos serviços de saúde são remuneradas/reembolsadas pela quantidade de procedimentos técnicos realizados e registrados. Ou seja, essas rotinas de trabalho são organizadas e controladas por critérios instrumentais, para os quais é irrelevante o tempo que os profissionais dedicam ao cuidado.

Se consideradas na perspectiva da **colonização do mundo da vida**, as ações de assistência à saúde prestada pela equipe da ESF estão subjugadas aos mecanismos e cálculos técnicos que calibram as tarefas cotidianas. E, assim, mecanismos utilitários inerentes a esta modalidade de organização do trabalho acabam por constituir a essência das estratégias, que respaldam um domínio da razão instrumental.

Esta situação se agrava no caso dos ACS, pois outras circunstâncias associadas ao trabalho são descartadas dos registros diários das tarefas realizadas. Por exemplo, o percurso entre a área em que atuam e a UBS em que trabalham é feito a pé no mínimo quatro vezes ao dia: duas no início e duas ao final da jornada. Para esta racionalidade, os des-

locamentos, as condições climáticas, a exposição aos riscos das violências urbanas, os tipos de relevo e até o tempo gasto com a refeição são considerados “perdas de tempo”. “Perdas” que vão se somando e, no conjunto, determinam uma significativa redução do tempo preconizado para suas atividades.

Ainda que a qualidade esperada na atividade laboral das visitas não esteja considerada nesta análise, observamos que o objetivo de visitar mensalmente 100% das famílias cadastradas vai se delineando como algo impossível de ser alcançado: são efetuadas em média 3.630 visitas mensais das 4.400 recomendadas para os 22 agentes comunitários da UBS em estudo. O relato a seguir reforça esta situação:

*Se você tem 200 famílias, você tem que fazer 200 visitas? Isso é impossível, não tem como porque muitas vezes você tem que fazer revisita quatro, cinco vezes numa casa. Mesmo que você não tivesse a revisita, é muito difícil. Se tiver 100% alguém está inventando isso porque é muito difícil. (ACS 2)*

Podemos evidenciar a transfiguração da finalidade do trabalho em um recurso técnico de mensuração. Ao mesmo tempo em que acentuam tensões em torno do esperado desempenho, neste caso o cumprimento das metas de visitas, os meios tornam-se os fins e acabam por encobrir as finalidades últimas do processo de mediação: a visita como momento essencial à realização do ato de mediação e a realização da extensão dos cuidados gerados pela ESF.

Trata-se de uma rotina que também extrapola as múltiplas atribuições que constam do programa, pois os agentes “fazem tudo e mais um pouco”, o que resulta em mais sobrecarga de trabalho, como vemos no depoimento:

*O ACS faz tudo e mais um pouco, no livro do agente comunitário você tem um papel, mas na prática você faz muito além daquilo que está escrito ali, você faz aquilo e mais, a gente chega a fazer o trabalho administrativo do auxiliar técnico, eu já trabalhei até na coleta, eu rotulava, colhia exame, eu aprendi um monte de coisas. (ACS 14)*

Como reverter critérios de produtividade afe-

ridos por instrumentos de controle que ocultam o tempo efetivamente despendido para sua realização? Consideremos, por exemplo, o principal instrumento de registro do trabalho: as fichas padronizadas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para cadastro, acompanhamento domiciliar e registro diário de atividades e procedimentos. A manutenção do programa e sua reprodução dependem desta modalidade de registro que, não obstante, não comporta campos de preenchimento para todas as ações executadas. Sem registro, tais ações não são contabilizadas, ficam sem espaço de expressão, como se não constituíssem trabalho realizado.

Segundo essa lógica, ao invés de conferir visibilidade ao tempo gasto no trabalho, apenas merece registro a quantidade de visitas em que os agentes encontram e conversam diretamente com as pessoas nos domicílios. A transcrição apresentada a seguir demonstra a inexistência de espaços abertos que permitam ao ACS anotar os desencontros:

*Isso é uma das coisas que incomodam na visita, você perde um tempo de se deslocar até lá, de tentar essa visita e você não tem como registrar, porque no final das contas quando eles pegam lá a ficha de produção, eles olham e pra eles você não foi e na verdade não é que você não foi, você não encontrou e, às vezes, não depende de você encontrar ou não, às vezes, ele não está, teve que ficar trabalhando, por um monte de motivos você não encontrou. (ACS 3)*

Essa mesma dinâmica instrumental se impõe ao longo do registro e controle do trabalho de acompanhamento. Da mesma maneira, se os agentes não conseguem falar com alguém – seja porque o domicílio estava vazio, ou porque a pessoa com quem deveriam falar estava ausente ou indisponível no momento da visita – não há campo de preenchimento para os deslocamentos efetivamente realizados.

Mais tensões e sobrecarga de trabalho resultam dos encaminhamentos de consultas, exames clínicos, medicamentos, vacinas, atividades em grupo etc. Tais encaminhamentos dependem do fluxo de informações entre serviço e pacientes, que determina um movimento contínuo de idas e voltas aos domicílios, as revisitas, também não contabilizadas pelo SIAB, conforme a expressão de um dos ACS:

*A gente marca lá, mas não conta, não vale na produção, aquele paciente que você vai entregar três encaminhamentos no mês acaba ocasionando revisita só que não é contado na produção... eles só contam casos de cadastro e acompanhamento de doença. (ACS 10)*

A anotação dos conteúdos das orientações efetuadas nas visitas e revisitas é registrada em papéis à parte, na forma de relatórios. São as “fichas de evolução” dos acontecimentos que se desenvolvem durante o acompanhamento domiciliar ao longo do tempo. Essas fichas permanecem na unidade e são utilizadas pela equipe, que depende do acesso e da qualidade das informações disponíveis sobre a população cadastrada. Entretanto, raramente estes relatórios são reconhecidos por este sistema controlado e orientado para a eficácia dos meios segundo expectativas de utilidade. E, assim, o trabalho efetuado permanece invisível diante do conjunto de ações que não podem ser quantificadas.

Nas visitas, os agentes escutam desabafos, relatos de experiências pessoais ou histórias de vida contadas espontaneamente, que revestem a mediação com informações significativas, mas que, no entanto, extrapolam as finalidades previstas e padronizadas pela ESF, segundo o depoimento exposto a seguir:

*Muitas vezes eu me pego ouvindo as histórias dos meus pacientes e na hora de fazer o relatório fico “tudo bem eu entendi que eu fiquei uma hora com ele, que ele está melhor porque ele desabafou”, mas às vezes eu não sei como colocar isso no relatório, colocar isso como? (ACS 3)*

Outro exemplo de restrição imposta pelo registro refere-se às atividades realizadas em grupo. A ficha prevê um único campo de registro, que identifica apenas o número total de reuniões mensais, sem especificar o tipo de grupo e as horas empenhadas no preparo e na execução das tarefas.

A tarefa de preenchimento destes instrumentos consome tempo extra e constitui motivo de mais insatisfação para os ACS, pois requer uma quantidade razoável de folhas de papel para anotações durante as visitas domiciliares, além de mobiliário e sala

com reserva e sigilo, o que nem sempre existe ou, se existe, não está disponível:

*Essa parte do trabalho burocrático emperra muito, emperra, a gente tem muito trabalho, muito tempo e passa assim até das horas de trabalho, eu mesmo passo, já passei mais, agora já não passo tanto, já até me recuso porque senão a gente acaba trabalhando assim 12 horas por dia em função de papel. (ACS 7)*

Do ponto de vista do **valor** das visitas domiciliares na ESF, os agentes comunitários consideram inversão de prioridade quando as visitas agendadas são desmarcadas em razão da demanda de trabalho exigida dentro da unidade, que requer a presença de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Reuniões administrativas extras, substituição de colegas, modificações no fluxo de atendimento, entre outras obrigações previstas, constituem transtornos diante da sua principal atribuição. É difícil, por exemplo, a um agente explicar para o paciente que a visita foi desmarcada porque surgiu um imprevisto:

*Não que a maior parte não seja cumprida, mas se acontece alguma coisa a visita é largada de lado, se tem imprevisto a visita é a última, não prioriza a visita... a prioridade é ficar na casa para atender os imprevistos da casa e não a visita porque se é Programa de Saúde da Família você tem um médico para ir lá então porque vai dar prioridade para ficar na casa? (ACS 9)*

*O médico tem hora marcada, mas nem sempre dá pra ir, porque sempre que tem esse negócio de reunião, é coisa que tem pra fazer e sai do foco da visita, eu acho que tem que seguir mais rigoroso... realmente tem os imprevistos, mas eu acho que tem muito imprevisto no PSF, tinha que ter menos. (ACS 1)*

Não que os critérios técnicos de avaliação prejudiquem apenas os agentes comunitários, na verdade cobranças semelhantes atingem os demais trabalhadores das equipes, que também são pressionados e avaliados por esse crivo. Todos compartilham tensões porque estão submetidos à mesma estrutura de

gerenciamento do trabalho dominada pela racionalidade técnica, que na maioria das circunstâncias sequer considera a sobrecarga de trabalho da equipe diante do desfalque de componentes, decorrente de qualquer tipo de afastamento (como licença devido a alguma enfermidade, licença maternidade, férias, cursos, demissões, entre outros).

A colonização, imposta por ações instrumentais e estratégicas no contexto da assistência à saúde, condiciona situações em que determinadas necessidades de saúde não são reconhecidas nem contempladas pelas intervenções fragmentadas da equipe, cujos componentes agem isoladamente sem considerar os demais colegas (Pezuzzi et al., 2011; Carvalho et al., 2012).

Estas circunstâncias descaracterizam o modelo de trabalho preconizado e a participação do ACS enquanto agente mediador responsável pela construção de conhecimento sobre a população e suas necessidades. Mais que isso, dificulta o processo de elaboração de ações para melhorar as condições de saúde da população cadastrada.

Não é difícil reconhecer a influência da preponderância exercida pela razão instrumental sobre a razão comunicativa nas dificuldades relatadas. Tal predominância se verifica, aliás, desde os critérios de planejamento e de avaliação da rotina, assim como nos respectivos instrumentos de trabalho, conformando tensões e impasses nas relações que permeiam o trabalho cotidiano dos agentes comunitários nesta interface de mediação.

Lembremos que, para Habermas (2006), a ciência e a técnica são usadas como meios de legitimação ideológica de dominação, e instituem comportamentos estruturalmente condicionados pela ação racional instrumental. Anteriormente à hegemonia da razão instrumental, as normas eram consideradas legítimas e inquestionáveis. Modernamente, essa função foi substituída pela **ideologia tecnocrática**, cujo papel é impedir o questionamento do poder não mais pela legitimidade das normas, e sim pela sua supressão. Assim o poder é legitimado, porque obedece a regras técnicas das quais se exige eficácia e não justiça.

Neste domínio, quais as possibilidades de emancipação?

Para Artmann (2001), o paradigma comunicativo

rompe com a marca da dominação ao inspirar uma relação intersubjetiva em que os integrantes podem criticar e resgatar pretensões de validade sobre as coisas do mundo objetivo, as normas e expectativas de comportamento geral do mundo social, e sobre vivências subjetivas, configurando uma construção solidária de entendimento sobre a melhor forma de atuar, a partir de um processo de argumentação sem imposições que inclui além do elemento cognitivo e instrumental, os elementos relacionados à moral e à emancipação.

Ações comunicativas oferecem oportunidades de emancipação dos mecanismos sistêmicos de controle, justamente por criar formas de sociabilidade voltadas ao entendimento solidário e por priorizar as interações em que os sujeitos se reconhecem reciprocamente como portadores de saberes, de vontades e de direitos. (Melo et al., 2005, 2007).

O entendimento se baseia numa troca ativa e pacífica de informações, retratando um diálogo reconhecido como válido por todos os participantes da prática social. Não se trata de uma concordância ingênua de opiniões, mas de ações que permitem aprender e negociar com o outro, respeitando seus direitos e autonomia (Deslandes; Mitre, 2009).

A dimensão cognitivo-instrumental não esgota os recursos de superação nem constitui um processo irreversível, apenas indica uma situação transitória de saturação em que é imprescindível desenvolver o potencial comunicativo inerente à própria humanidade. O sentido deste potencial é orientar relações intersubjetivas voltadas para o entendimento e, assim, promover consensos livres de imposições, mesmo que falíveis e sempre modificáveis.

O trabalho em equipe pode oferecer uma resposta comunicativa à colonização do mundo da vida. Apesar de não ser um processo de alcance fácil, o diálogo aberto às diversas solicitações pode redefinir responsabilidades e competências de seus integrantes, especialmente nas situações mais preocupantes que requerem respostas mais imediatas e dependem do apoio de todos os componentes.

Consideramos os encontros da equipe como oportunidades de condensação de ações comunicativas que visam contornar polêmicas, desacordos e conflitos engendrados na conversação. A partir de argumentos racionais (explicações mais convincentes

tes), é possível construir consensos compartilhados, como nos mostra o depoimento:

*Então se um não está concordando com aquilo, está alguma coisa errada, a gente tem que rever... tem que entrar num consenso e fazer assim "se você não está de acordo, nós tentamos convencer você daquilo que estamos pensando e se você conseguir se convencer a gente entra num consenso, agora se você continuar achando aquilo que você acha que é, tem que tentar nos convencer pra gente entrar num acordo" então junto tem que convencer... tem diferença? Vamos resolver aqui agora pra não levar as diferenças pro lado pessoal. (ACS 4)*

Os procedimentos e atributos da ação comunicativa permitem a participação de todos e o consenso em relação às próprias regras que orientam a discussão e a argumentação, sempre passíveis de modificação por decisão da equipe.

Consideramos pertinentes as tipologias organizadas por Peduzzi (1998, 2001) sobre as equipes multiprofissionais de saúde, a partir da definição de que o trabalho em equipe é elaborado na relação recíproca entre as diversas intervenções técnicas e a interação dos profissionais das diferentes áreas que, através da comunicação, articulam ações e cooperam entre si.

Assim, temos duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento e equipe integração. Enquanto na primeira encontramos uma tendência ao agrupamento dos trabalhadores e à justaposição das ações, com ênfase na especificidade dos trabalhos; na segunda, observamos uma tendência à interação dos trabalhadores e à articulação das ações com ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho. É importante salientar que tipologias não são estáticas, pois buscam indicar o movimento das relações que compõem o trabalho em equipe.

O processo interativo pode emergir da própria equipe e não depende de convenções predeterminadas, mas não se realiza sem disposição para buscar uma comunicação cada vez mais isenta de imposições coercitivas. Além de disposição, a interação implica um princípio ético no qual cada componente da equipe é considerado um parceiro de diálogo, cujas falas são oferecidas à interpretação dos demais, ao

mesmo tempo em que abre oportunidades de crítica a estas interpretações (Gonçalves, 1999).

É possível recompor de maneira racional o consenso sobre as pretensões de validade que se tornaram problemáticas, no diálogo em que os interlocutores compartilham acordos quanto aos processos de validação através da argumentação e da inteligência (Peduzzi, 2007; Peduzzi et al., 2011). Nesta modalidade de ação, portanto, verdades antes consideradas válidas e inabaláveis podem ser questionadas, assim como precisam ser justificadas as normas e valores que as permeiam.

A emancipação da colonização instrumental efetiva-se na prática cotidiana das visitas domiciliares através de ações em que os ACS superam a condição de simples mensageiros, ou portadores de informações técnicas, entre a população e o serviço de saúde. Neste mundo da vida compartilhado, ouvir os pacientes é tão importante quanto informar e orientar:

*Eu pergunto como é que a pessoa está, como que ela passou de um mês pro outro, aí vou dando as orientações sobre saúde que a gente aprende na unidade... mas depende muito do estado de espírito do paciente, muitas vezes a pessoa está simplesmente querendo falar e ser ouvida, está com algum problema familiar, então eu fico ali ouvindo, as pessoas têm liberdade para estar contando a sua vida e quando saio a pessoa está melhor... porque não é só doença que a gente cuida, são as inquietações da vida e tem coisas que às vezes a gente não sabe responder. (ACS 11)*

Escutar o paciente, valorizar suas inquietações, prestar atenção aos problemas e angústias, proporcionar um espaço de liberdade para o desabafo, são condutas que fazem da visita domiciliar uma troca intersubjetiva aberta às expectativas destes pacientes. O encontro entre o agente comunitário e o paciente assim conduzido, por um processo cooperativo de entendimento mútuo, complementa as orientações técnicas relativas ao trabalho de acompanhamento das doenças referidas.

Ayres (2004, 2007) enfatiza a concepção de cuidado ajustada a uma experiência intersubjetiva, em que haja um diálogo da normatividade morfofuncio-

nal da ciência e da técnica com uma normatividade de outra ordem, oriunda de interações simbólicas do mundo da vida, aberta ao interesse de ouvir o outro e com ele compartilhar ideias de bem viver. Para o autor, não se trata de abandonar a racionalidade instrumental biomédica, mas recolocá-la a serviço da racionalidade ancorada no mundo da vida.

Para os agentes comunitários, as imposições e cobranças podem ser superadas por relações intersubjetivas impregnadas de valores morais e de crenças afetivas que conferem satisfação ao trabalho:

*É um trabalho que eu vou, assim, levar para o resto da minha vida como uma experiência muito boa... é um trabalho que eu aprendi a lidar com o ser humano, a valorizar, ter amor, me colocar no lugar dele, sentir as dores dele e ter aquele olhar que ele precisa.* (ACS 2)

Nesse contexto, ações comunicativas asseguram a integração social solidária, que atribui ao trabalho de mediação um significado digno e gratificante.

## Apontamentos finais

A supremacia da razão instrumental ancorada no desenvolvimento da ciência e da técnica mantém e consolida o processo de colonização do mundo da vida, aqui pontuado e descrito no contexto específico de atuação dos agentes comunitários da ESF.

A escuta permanente das demandas da população e a construção de orientações plausíveis para as necessidades sentidas constituem a essência do trabalho dos ACS e devem sobrepor, na medida do possível, as imposições técnicas predominantes no cotidiano. Entretanto, critérios técnicos de planejamento e de avaliação, bem como os instrumentos de registro das tarefas rotineiras, conformam uma estrutura de controle do trabalho plenamente colonizada pela racionalidade instrumental.

Os agentes comunitários percebem a natureza das tensões e restrições do trabalho de mediação. Por se tratar da racionalidade técnico-instrumental e não da dominação capitalista em sentido abstrato, a percepção do domínio que os critérios exclusivamente técnicos de decisão exercem sobre as atividades

cotidianas os conduz a reafirmar o compromisso com os fins, com o bem-estar das pessoas assistidas.

Segundo as concepções relatadas, é nas visitas domiciliares que a razão comunicativa se apresenta genuinamente e sem coerções. Nestes momentos de diálogo, as orientações técnicas são repassadas cooperativamente de modo a serem compreendidas e seguidas. Aqui, ocorrem situações em que os ACS (falantes) e os pacientes (ouvintes) compartilham referências e alcançam um marco comum de interpretação não apenas da orientação técnica, mas da própria finalidade da visita.

No contexto da ESF, o trabalho em equipe pode constituir oportunidade de negociação de consensos orientados pelo agir comunicativo, dependendo da ênfase dada à cooperação entre seus componentes, no esforço conjunto para superar problemas e divergências.

Consideramos que os agentes comunitários resistem aos ditames das ações instrumentais através do entendimento intersubjetivo promovido pela racionalidade comunicativa que permeia o mundo da vida, efetivando situações de emancipação das tensões e conflitos inerentes ao trabalho de mediação na interface entre a equipe de saúde e a população cadastrada.

## Referências

- ARAGÃO, L. M. C. *Razão comunicativa e teoria social crítica em Jürgen Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2006.
- ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 183-195, 2001.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, 2008a.
- BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1, p. 1.
- CARVALHO, B. G. et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.
- DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, p. 641-649, 2009. Suplemento 1.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1328-1333, 2004.
- GONÇALVES, M. A. S. Teoria da ação comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 20, n. 66, p. 125-140, 1999.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa I: racionalidad de la acción y racionalización social*. Madrid: Taurus Humanidades, 1992a.
- HABERMAS, J. *Teoría de la acción comunicativa II: crítica de la razón funcionalista*. Madrid: Taurus Humanidades, 1992b.
- HABERMAS, J. *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 2006.
- LIMA, J. C.; COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 481-502, 2009.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.
- MELO, E. M. et al. Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 39-48, 2005.
- MELO, E. M. et al. A violência rompendo interações: as interações superando a violência. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 1, p. 89-98, 2007.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M. *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população*. 2007. Tese (Livre Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para construção da prática profissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PINENT, C. E. C. Sobre os mundos de Habermas e sua ação comunicativa. *Revista da Associação dos Docentes e Pesquisadores da PUCRS*, Porto Alegre, n. 5, p. 49-56, dez. 2004.

REESE-SCHÄFER, W. *Compreender Habermas*. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Documento norteador*: responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do PSF. São Paulo, 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. *Documento norteador*: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo, 2005.

SILVA, A. T. C. da; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

---

### **Contribuição dos autores**

Justo participou da elaboração da pesquisa, revisão de literatura, produção do material empírico, análise dos resultados e redação do artigo. Gomes e Silveira da elaboração da pesquisa, revisão teórica, análise dos resultados e redação do artigo.

Recebido: 20/09/2013

Reapresentado: 29/07/2014

Aprovado: 07/08/2014