

# Identidade da agente comunitária de saúde:

tecendo racionalidades emergentes\*

Natália Hosana Nunes Rocha<sup>1</sup>  
Marisa Barletto<sup>2</sup>  
Paula Dias Bevilacqua<sup>3</sup>

ROCHA, N.H.N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P.D. Identity of community health agents: composing emerging rationalities. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013.

We analyzed the identity of community health agents (CHAs) from gender categories in dialogue with the categories of public and private/domestic space, and popular and scientific knowledge. We noted that the profession of CHA is undervalued not because it is almost entirely occupied by women, but because it is seen as female work. This condition has historically been marked by gender inequality, in which women are correlated with family care and domestic tasks, and therefore with subordination. This profession reflects hegemonic gender positions within society and its identity is defined through day-to-day life, interactions with the healthcare team and community (which are full of conflicts and affections) and daily practices characterized by hierarchies. Concomitantly, this profession carries the possibility of an emancipatory social and political horizon, defined through creation of community work and organized to fulfill the principle of comprehensiveness.

Keywords: Patriarchy. Gender system. Production relationships. Comprehensiveness. Healthcare work.

Analisamos a identidade da agente comunitária de saúde (ACS) a partir da categoria gênero em diálogo com as categorias espaço público e privado/ doméstico e saberes populares e científicos. A profissão de ACS é desvalorizada não por ser ocupada quase totalmente por mulheres, mas por ser um trabalho visto como feminino – condição historicamente marcada pela desigualdade de gênero, associando a mulher aos cuidados domésticos e à subordinação. Essa profissão reflete posições de gênero hegemônicas e a definição de sua identidade se dá no dia a dia, na convivência com a equipe de saúde e comunidade, repleta de conflitos e afetos e nas práticas cotidianas marcadas por hierarquias. Concomitantemente, carrega a possibilidade de um horizonte emancipatório, definido na criação do trabalho comunitário e ordenado para o cumprimento do princípio da integralidade.

*Palavras-chave:* Patriarcado. Gênero. Relações de produção. Integralidade. Trabalho em saúde.

\* Elaborado com base no projeto de extensão-pesquisa "Educação permanente em saúde e a Estratégia Saúde da Família: instrumentalização para a prática reflexiva" (Rocha, Bevilacqua, 2012); financiado pela FAPEMIG (Edital FAPEMIG 09/2010, Apoio a Projetos de Extensão em interface com a Pesquisa, e PROBIC – FAPEMIG/UFV).

<sup>1,2</sup> Departamento de Educação, Universidade Federal de Viçosa. Campus Universitário, s/n. Viçosa, MG, Brasil. 36570-000. natalia.rocha@ufv.br  
<sup>3</sup> Departamento de Veterinária, Universidade Federal de Viçosa.

## Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma estratégia de superação do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado. O Programa, posteriormente convertido em Estratégia, de forma a enfatizar o amplo espectro de atividades e responsabilidades, voltada para a organização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País – e prevendo uma atuação continuada, e não meramente pontual e programática –, tem, em seus preceitos, as marcas do projeto inovador do Sistema Único de Saúde (SUS) e, também, se apoia em seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade.

Segundo Paim (2003, p.568), modelo de atenção ou modelo assistencial “[...] é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

Para Alves (2004, p.41), a questão central do princípio da integralidade é que ele “confronta incisivamente racionalidades hegemônicas no sistema – tais como o reducionismo e fragmentação das práticas, a objetivação dos sujeitos e o enfoque na doença e na intervenção curativa”. Conforme argumenta Mattos (2004, p.1412), “talvez seja útil não considerar a integralidade como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema”, uma vez que se perderia a possibilidade de apreensão ampliada das necessidades de saúde. A tese apresentada por esse autor se fundamenta em um princípio elementar da atenção básica à saúde, que é o encontro entre os profissionais de saúde e as pessoas, e que esse encontro cotidiano está carregado de subjetividades. O autor sugere que a construção das intervenções em saúde deva se dar através de um processo dialógico e negociado, entre profissionais e usuários dos serviços, considerando diferentes aspectos que se encontram nos momentos da prática em saúde e que constituem dimensões subjetivas desses sujeitos: saberes (formal e empírico), experiências de sofrimento, expectativas, desejos e temores.

Assim, há, na Estratégia Saúde da Família (ESF), duas lógicas: uma representada por um conjunto de técnicas, normas e procedimentos ou na medicalização da doença, sustentada pela racionalidade normativa e instrumental, onde operam os modelos biologicistas e programáticos; outra representada pelas estratégias relacionais, formas de cuidado, atenção cotidiana, práticas solidárias, onde operam os modelos de promoção e prevenção da saúde e da saúde coletiva.

Segundo Ferreira et al. (2009), essa racionalidade situa-se num território em *dobra*, no sentido dado por Deleuze, pois, ao mesmo tempo que possibilita inovações na gestão do cuidado, colocando o usuário no centro da atenção e da gestão, essa racionalidade não é reconhecida em sua capacidade técnica, em sua legitimidade, já que está encerrada na fronteira com a racionalidade hegemônica englobada pela perspectiva técnico-científica dos paradigmas dominantes da modernidade. A noção de *dobra* é bastante interessante, pois se afasta da ideia de oposição e contradição entre as racionalidades ou territorialidades, e enfatiza sua convivência simultânea na realidade: “A dobra mostra um cenário diferente daquele que opunha interior/exterior” (Deleuze apud Oliveira, 2005, p.59). Esse lugar de convivência não é um lugar passivo ou pacífico, e sim uma convivência tensa, já que a diferença entre essas racionalidades envolve relações de poder historicamente constituídas desde o século XVII.

A questão das racionalidades tem sido discutida por Boaventura Sousa Santos. Ao tratar dos paradigmas dominantes e emergentes da modernidade, Santos (2001) analisa os paradigmas da modernidade a partir de dois grandes pilares: a regulação e a emancipação. O pilar da regulação social é constituído pelos: princípio do Estado, “que consiste na obrigação política vertical entre cidadãos e Estado” (Santos, 2001, p.50); princípio do mercado, que consiste na obrigação política horizontal individualista e antagônica entre os parceiros do mercado, e o princípio da comunidade, que consiste na obrigação política e horizontal solidária entre membros da comunidade e entre associações. O pilar da emancipação consiste nas três lógicas da racionalidade: a racionalidade estético-expressiva das artes e literatura; a racionalidade instrumental-cognitiva da ciência e tecnologia, e a racionalidade moral-prática da ética e do direito. O equilíbrio pretendido entre regulação e emancipação seria obtido pelo desenvolvimento harmonioso de cada um de seus pilares e das relações dinâmicas entre eles.

À medida que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação se fortaleceu às custas do pilar emancipatório, gerando desequilíbrios dentro dos dois pilares.

No pilar da emancipação, a racionalidade da ciência e tecnologia se desenvolveu em detrimento das outras e as colonizou. A hipertrofia dessa mesma racionalidade acarretou a transformação da ciência positivista como epistemologia hegemônica. No pilar da regulação, houve a hipertrofia do pilar mercado em detrimento do Estado e ambos em detrimento da comunidade.

Segundo Santos, “o princípio da comunidade e a racionalidade estético-expressiva são as representações mais inacabadas da modernidade ocidental” (Santos, 2001, p.73) e, por isso, seriam os princípios que poderiam colaborar para a construção de um novo pilar emancipatório. O princípio da comunidade é “o mais bem colocado para instaurar uma dialética positiva com o pilar da emancipação” (Santos, 2001, p.75) e, segundo o autor, consiste em dimensões fundamentais: participação e solidariedade. Essas dimensões foram muito parcialmente colonizadas pela ciência moderna e continuaram a ser uma competência não especializada e indiferenciada da comunidade.

Esses princípios seriam, então, os fundamentos das epistemologias emergentes, e que podemos analisar como sendo o centro da racionalidade proposta no princípio da integralidade do SUS, o qual propõe superação da lógica hegemônica do sistema de saúde – curativo, individualista, fragmentado, positivista, biologista – através da proposição de outra lógica ou racionalidade. Mas essa superação não poderia ser realizada pelos agentes da racionalidade hegemônica – profissionais da saúde – cuja práxis está ordenada pelos paradigmas dominantes. Foi preciso incorporar, literalmente, a comunidade, cuja práxis não está colonizada pelos paradigmas dominantes e, por isso mesmo, contém os paradigmas emergentes, criando a possibilidade de transformação. Seus agentes são os Agentes Comunitários de Saúde.

Nas equipes de saúde, estruturadas de forma a operacionalizar os objetivos previstos na ESF, os agentes comunitários de saúde atuam como o ‘elo’ entre a comunidade e equipe técnica da saúde da família. Originalmente, a atuação dos ACS na rede do SUS ocorreu por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, instituído pelo Ministério da Saúde em 1991. Contudo, a atuação desse profissional na história da saúde coletiva no Brasil apresenta algumas características peculiares, como o fato de que, apesar da criação do PACS ter ocorrido em 1991, seis anos depois é que são definidas as atribuições dos ACS, com a publicação da Portaria nº 1.886/1997 (Brasil, 1997)<sup>4</sup>, e, posteriormente, com o Decreto nº 3.189/1999 (Brasil, 1999), são fixadas as diretrizes para o exercício da atividade dos ACS. Ainda mais tardiamente, a regulamentação da profissão ocorre em 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507 (Brasil, 2002).

Ou seja, apesar da ESF ser apontada em diferentes cenários e debates como o modelo privilegiado de concretização da proposta do SUS, garantindo universalidade do acesso e deslocando o foco da atenção hospitalocêntrica, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde, a efetiva concretização dessa política ainda encontra dificuldades operacionais básicas, a exemplo das incertezas em torno da consolidação profissional de um ator importante da equipe da saúde da família: os agentes comunitários.

Somem-se a isso, as formas diferenciadas de seleção e contratação desses profissionais experimentadas pelos municípios brasileiros, o que acaba conformando um perfil próprio e singular de profissionais. A esse respeito, um aspecto significativo que caracteriza a maioria, se não todas, as equipes de saúde existentes no país, é o fato de a maioria dos ACS ser do sexo feminino.

Tal aspecto foi objeto de atenção e reflexão por parte da equipe que atuou em um projeto de extensão envolvendo a temática de educação permanente em

<sup>4</sup> Revogada pela Portaria n. 2.488/2011 (Brasil, 2011).

saúde junto a equipes do PSF existentes em um município de pequeno porte da Zona da Mata de Minas Gerais. Durante a execução desse projeto, percebemos que, nas equipes de saúde onde atuávamos, todas as ACS eram mulheres. Em uma avaliação mais aprofundada, levantamos que, dentre as quinze equipes existentes no município, de 84 profissionais trabalhando, 93% eram do sexo feminino. Esses achados são corroborados por outros estudos que demonstram que, no Brasil, o perfil da força de trabalho em saúde e na ESF tem predominância feminina (Silva, Mota, Zeitoune et al., 2010; Fernandes et al., 2009; Rocha et al., 2009).

Esse cenário nos motivou a pensar a equipe a partir de uma perspectiva de gênero, onde esse conceito não se refere a homens ou mulheres, mas à relação entre os sexos. Então, gênero não está ligado ao sexo, mas, sim, a uma construção social. Segundo Weeks (2000, p.56), "[...] gênero não é uma simples categoria analítica, ele é, como as intelectuais feministas têm crescentemente argumentado, uma relação de poder". Esse autor ainda argumenta que as relações de poder atuam através de mecanismos complexos e, muitas vezes, contraditórios, que têm como produção a dominação e as oposições. Para a historiadora Joan Scott, a definição de gênero repousa sobre duas proposições: "gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder" (Scott, 1995, p.86).

Assim, procuramos refletir sobre os aspectos que favorecem e fortalecem a presença feminina nesse espaço. Também procuramos refletir sobre como são construídas as identidades das agentes comunitárias de saúde, e como as relações hierárquicas e de poder que permeiam essa profissão se relacionam a essa identidade. Enfim, para fins desse trabalho, esse grupo profissional nos interessa, já que é sobre ele que incide a possibilidade de realização do projeto da integralidade da atenção à saúde.

### **Questões de gênero permeiam a profissão de agente comunitária de saúde?**

Na concepção do sujeito do iluminismo, a mulher era vista como não sendo 'sujeito', ou seja, era tida como um ser inferior e não dotada de razão, um ser irracional (Hall, 2001), tanto que esse sujeito era descrito como masculino. Esse pensamento perpassou o mundo moderno criando e reforçando a oposição entre 'masculino' e 'feminino'. A expressão dessa oposição se dá em diferentes dimensões do tecido social, tais como a divisão de tarefas no mercado de trabalho (divisão social do trabalho), onde é reservado às mulheres o espaço privado (a casa, por exemplo), e, ao homem, o espaço público. Tal oposição é condição epistemológica e política da origem de desigualdades, materializadas, por exemplo, nas diferenças salariais, as quais persistem até os dias de hoje.

As desigualdades entre homens e mulheres e a supervalorização do primeiro em relação ao segundo podem ser mais bem explicadas por meio dos estudos da historiadora Joan Scott.

Na proposição de Scott (1995), utilizar gênero como categoria de análise histórica implica análise em dois níveis integrados: o gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os dois sexos; e gênero como forma básica de representar relações de poder, em que representações dominantes são apresentadas de forma natural e inquestionável. O conceito de gênero é, assim, utilizado para se compreender como o meio social determina as diferenças construídas, ressaltando que as características atribuídas a um e a outro sexo se caracterizam como relações de poder, designando as mulheres a posições subalternas. O conceito de gênero se refere à forma como as desigualdades operam entre os sexos e ordenam as relações de poder, refere-se, assim, aos domínios.

Para Kofes e Piscitelli (1997), adotar gênero como categoria de análise implica não apenas dizer que as experiências são marcadas pelo gênero, mas, sim, em mostrar como o gênero opera, como essa operação marca as experiências, bem como o que nelas se expressa. Essa orientação tem como objetivo alertar sobre a dificuldade de se sair de uma perspectiva descritiva e passar para uma perspectiva analítica. Manter-se numa perspectiva descritiva seria se ater à indicação de que o trabalho na saúde aloca homens e mulheres diferentemente, ou seja, os homens estariam 'naturalmente' nos cargos de administração e gestão e em algumas especialidades médicas com maior 'prestígio' técnico; e as mulheres estariam 'naturalmente' na maioria dos cargos de cuidado e em outras especialidades médicas

com maior 'prestígio' social. Essas análises são importantes enquanto dão visibilidade aos quadros de estratificação simbólica nos âmbitos social, político e econômico. Entretanto, ao permanecerem na descrição e quantificação, contribuem para fixar os papéis sociais ou, mesmo, as estereotipias sexistas, muito mais reificadoras do que problematizadoras.

Assim, não basta demonstrar que a profissão de ACS é eminentemente realizada por mulheres, confirmando a oposição entre mundo masculino e mundo feminino, operada, inclusive, no espaço do trabalho. A imagem da ACS, associada ao ato de cuidar, orientar, zelar pelo bem-estar físico e social de toda família, apesar de referenciado na legislação que cria a profissão e define suas atribuições, é o fator que acaba por desvalorizar a profissão, porque é vista como uma profissão feminina.

Segundo Hall (2001), o sujeito se constitui no mundo, ou seja, não há uma interação entre o 'eu' e a sociedade, recebendo, assim, interferência do meio, mas, sim, nos 'fazemos' na pluralidade das relações, o que envolve identificações, contradições, diferenças e outras dinâmicas relacionais no tecido social das subjetividades. Considerando tal afirmação, pode-se dizer que é durante as visitas domiciliares, durante a prática profissional das agentes de saúde, que essa identidade vai se construindo e se modificando. Nesses espaços, em que há a troca de saberes, a troca de experiências, o contato direto com a comunidade, é que as relações se estabelecem e os vínculos se formam e se fortalecem (ou não), produzindo a pluralidade das identidades das ACS.

Entretanto a condição feminina atravessa o exercício de seu ofício, quando as ACS assumem diversas posturas devido à operacionalização do seu trabalho, que se dá em trânsito pelo bairro, permitindo-as serem mães, amigas, ouvintes, cunhadas, ao mesmo tempo em que são 'profissionais de saúde'. Trabalhar no próprio bairro onde mora e ter de estabelecer uma relação formal e, ao mesmo tempo, íntima com as pessoas/usuários é a condição que induz a tais performances. Assim, a racionalidade que o princípio da integralidade carrega precisou incorporar esse 'novo elemento' (ACS) e as potencialidades que o mesmo sinaliza enquanto possibilidade de fortalecimento dos elementos comunidade e emancipação. Entretanto, a mudança de paradigmas envolve relações de poder e não se faz fora do jogo de forças da história. A relação entre a racionalidade dominante (verticalidade, curativo, individualista, científico) e a racionalidade emergente (horizontal, comunitário, solidário, subjetivo, preventivo) se realiza, nesse caso, através dos binarismos que convergem para a desvalorização do trabalho das ACS. Quando integrado à equipe da ESF, o trabalho das ACS tem se mantido, no mínimo, como um anexo, sendo aquele que alça a integralidade, mas que não efetiva sua racionalidade para dentro do atendimento por permanecer à margem. Nesse cenário, a ACS assume um lugar de fronteira, citado por Anzaldúa (2005), como o lugar que se configura no sentido de ter conhecimento e de não ter conhecimento, aqui traduzidos como 'saber biomédico' e 'saber popular'. Como tal binarismo está ordenado pelo gênero, não se apresenta com força política suficiente para oxigenar a racionalidade dominante. Assim, a integralidade não se efetiva: se mantém aprisionada, como uma *dobra*, um lugar de diferença.

### **A inter-relação entre o saber científico e o saber popular**

De forma geral, tende-se a se caracterizar a agente comunitária de saúde como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade. Contudo, o perfil profissional que assume é diferente dos demais profissionais, o que acaba por hierarquizar as relações nas equipes de saúde, ficando a ACS subordinada às outras categorias profissionais. Um elemento fundante de tal hierarquia é a dicotomia existente entre o saber biomédico/científico e o saber popular, que, por sua vez, define as próprias hierarquias entre os saberes e que não apenas valoriza o primeiro em detrimento do segundo, mas cria, também, polaridades e oposições.

Nesse contexto, os discursos sociais, que, segundo Foucault (1999), são dispositivos de poder e são resultados de diversos sistemas de controle, resultante de diversas práticas restritivas, são outros elementos que reforçam a delimitação dos espaços hierárquicos entre os profissionais. No caso das agentes de saúde, esses discursos acabam valorizando o saber científico e acabam gerando a hierarquização das relações. A prática discursiva constrói relações de poder, que são tidas como verdades, influenciando a produção das subjetividades. Sendo assim, o discurso é tido como força, uma

verdade que é apoiada no discurso científico. Então, quando há a incorporação da norma a partir da internalização dos discursos, o poder se instaura.

Assim sendo, pode-se perceber a fragilidade dessa profissional frente aos demais integrantes da equipe de saúde (profissionais de nível superior e/ou técnico), por não dominar tão eficientemente o saber biomédico, por não possuir uma formação específica ou, mesmo, por não precisar da formação técnica para atuar como agente de saúde, diferentemente do/a médico/a, enfermeiro/a ou técnico/a de enfermagem. Essa condição se revela ainda mais crítica quando se compara o seu salário com o dos outros profissionais da equipe. Todos esses fatores contribuem para que esse/a profissional sinta-se inferiorizado/a e fragilizado/a em relação aos demais membros da equipe de saúde, e essa desvalorização se faz, fundamentalmente, pelo princípio do conhecimento técnico-científico sexista.

Já em relação à importância da função educativa da ACS, esta é quem está mais próxima dos/as usuários/as, a exemplo dos momentos em que realiza as visitas domiciliares, e, por isso, as experiências e a constante troca de informações são importantes meios para a construção do conhecimento coletivo em saúde. A partir dessa troca também acontece o aperfeiçoamento do saber popular e científico em um processo educativo, onde não se exclui um saber pelo outro. Assim, as ACS realizam a função de mediadoras entre o saber científico e o saber popular, construindo, de forma coletiva e participativa com a comunidade, tais saberes. Nesse processo, as ACS realizam um trabalho de educação em saúde, ao mesmo tempo em que as relações afetivas com a comunidade se fortalecem e aperfeiçoam.

Valla, Guimarães e Lacerda (2006) aproximam o trabalho de ACS ao dos pastores da igreja, em suas práticas cotidianas e comunitárias, próximas da perspectiva da Educação Popular. Interessante que, ao invés de entendê-lo ou aproximá-lo do trabalho dos profissionais da saúde e de suas práticas hegemônicas, o aproximam de outra lógica de acolhimento e escuta.

A disponibilidade para a escuta permite dar a devida atenção às demandas dos pacientes. Desse modo, conforme discutido por Silva et al. (2004), as ACSs não seriam apenas elos com a população, no sentido de ser um veículo de comunicação, mas, sim, laços quando a relação predominante é fundamentada no respeito e no diálogo. Por meio da escuta ampliada, os conteúdos do conhecimento são construídos e reconstruídos de acordo com as situações do cotidiano.

A experiência desse lugar de *doença* é destacado por Ferreira et al. (2009) ao mostrar que o trabalho das ACS se expressa em sentimentos contraditórios, pois, ao mesmo tempo que são qualificadas pelo conhecimento popular, afeição e laços com a comunidade, vangloriam-se de pertencer ao PSF, pois o conhecimento biomédico que recebem na formação lhes permite diferenciar o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular. Os autores ainda analisam que os saberes e práticas desse conhecimento biomédico, que informam o modo de agir dos ACS, reproduzem o modelo hegemônico, pois tais saberes estão constituídos no paradigma dominante, específico das profissões de saúde.

Assim, enquanto a comunidade se inscreve em uma ordem que fortalece o pilar emancipatório, operando-o a partir do conhecimento popular que detém e dá garantia de direitos básicos (como o da saúde); a equipe de saúde, por outro, reforça a prática hegemônica da saúde em que a racionalidade da ciência e da tecnologia é a lógica privilegiada. Tal situação produz um tensionamento que se projeta no sujeito que está no centro dessa dinâmica, a agente comunitária de saúde.

### **Oposições entre os espaços: público e privado/doméstico**

Outra dicotomia que permeia a constituição da profissão de ACS é a que se refere às oposições público e privado/doméstico onde, segundo Pateman (1993, p.24), “esta é uma dicotomia que reflete a ordem da divisão sexual na condição natural, e que é também uma diferença política”. Ainda, segundo Pateman (1993), a esfera privada – feminina (natural) – e a esfera pública – masculina (civil) – são contrárias, contudo, uma só adquire significado a partir da outra.

De acordo com Okin (2008), o que se mostra como fundamental para essa dicotomia é a divisão sexual do trabalho, onde os homens são vistos como responsáveis pela esfera econômica e política (esfera pública), enquanto as mulheres são vistas como responsáveis por ocupações referentes à esfera privada (associada ao doméstico, ao universo feminino), sendo impróprias para a esfera pública.

No trabalho desempenhado pelas ACSs, vários elementos e suas características são qualificados positivamente pelo feminino: o cuidar, a atenção, a escuta, o entendimento da comunidade, a inter-relação com vizinhos, conhecidos e parentes, a paciência com as conversas, com o banal, com o cotidiano. A reprodução social no sentido da unidade familiar é apropriada e ressignificada como trabalho público da ACS, semelhante ao ordenado pela professora primária no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX. São necessárias qualidades psicológicas como afeição, paciência, todas inerentes a tal natureza feminina, já que as faculdades cognitivas superiores seriam dadas aos cientistas, atarefados com o conhecimento científico, árduo em sua lógica e racionalidade técnica. No caso das ACS, a essencialidade feminina continua, sendo que, ao invés da sua natureza maternal, biológica, é sua natureza social, cotidiana, de cuidado no cotidiano; a maternagem é deslocada do educativo para o social e comunitário: aquela que cuida de todo mundo.

Nessa perspectiva, considera-se que há, na profissão de ACS, o jogo de poder, o jogo político, afirmamos isso baseando-nos no pensamento de Laqueur (2001). Então, pode-se dizer que essa profissão é desvalorizada não por ser ocupada quase em sua totalidade por mulheres, mas, sim, por ser um trabalho visto como feminino, ligado ao doméstico, e essa diferenciação é acarretada pela desigualdade de gênero. Esse fator acaba por aproximar as mulheres dessa profissão que se mostra tão feminilizada. Essa é uma condição historicamente construída de desigualdade de gênero, associando a mulher aos cuidados familiares e domésticos e à condição de subordinação.

Nesse sentido, Scott (1995), ao falar de gênero, o traz como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e menciona quatro elementos/eixos que se inter-relacionam: o aspecto simbólico, o normativo, as instituições e organizações, e a identidade subjetiva. Todos esses eixos contribuem, de alguma forma, para decodificar e compreender as diferenças existentes entre os sexos.

De modo muito sintético, podemos dizer que, no trabalho das agentes de saúde, o aspecto simbólico envolve o referente da mulher que cuida, zela e ampara, sendo esses referenciais e representações hegemônicas do feminino. O eixo normativo estaria na definição da profissão de cuidadora na saúde, organizada pelos procedimentos e conhecimentos definidos pela ciência médica – positivista –, assim como pelas boas práticas e por padrões de dedicação ao trabalho. As instituições e organizações se referem tanto à socialização formal e informal dessas mulheres ACS, que as coloca como vocacionadas para esse trabalho, como, também, às relações de saber/poder das unidades de saúde que organizam, classificam e hierarquizam as práticas cotidianas. Esses eixos articulados entre si funcionam como discursos de verdade para que os símbolos possam organizar formas de pensar as diferenças entre os sexos. Sobre o aspecto da identidade subjetiva, Scott (1995) defende que se deve analisar como essa é construída ao longo da trajetória de vida e que a identidade de gênero é resultado das tensões produzidas durante essa trajetória. Scott ainda cita que nenhum desses quatro elementos pode operar separadamente, sem, necessariamente, um ser reflexo do outro.

Assim, apesar do trabalho de ACS permitir a emancipação desses sujeitos através do acesso de mulheres ao trabalho e à atuação no espaço público, a condição de trabalhadoras assalariadas (gênero e classe) as mantém aprisionadas ao universo – tanto simbólico quanto de práticas – feminino, ilustrando as sutilezas e estratégias que garantem as reproduções sociais e reafirmam os lugares de homens e mulheres na sociedade, possibilitando, ainda, a reprodução de desigualdades de gênero em diferentes espaços.

### **Associação entre o bairro como espaço doméstico e local de trabalho**

Com relação à dicotomia doméstico/bairro, é de grande relevância destacar o cotidiano do trabalho, sobretudo as visitas domiciliares, uma vez que é no bairro onde moram que suas relações se estabelecem e se fortalecem, pois é onde se localizam seus vínculos afetivos e, até mesmo, suas desavenças. Esse espaço que é, ao mesmo tempo, público, por se tratar do bairro, da rua, da sua comunidade, é, também, privado, por ser uma área de reconhecimento de seu cotidiano, o que possibilita a livre circulação durante o horário de trabalho. Apesar de terem a família como unidade de

cuidado e a visita domiciliar como tática de acompanhamento, o trabalho não se caracteriza como 'invasão' de privacidade, pois os/as usuários/as estão dialogando com alguém que faz parte de suas relações pessoais.

A singularidade de se dever, obrigatoriamente, morar no bairro para exercer a profissão, coloca as ACS em uma certa 'zona de conforto'. Então, é um ambiente já conhecido e onde as relações, na maioria das vezes, já estão constituídas.

São mulheres, com nível médio de escolarização, que encontram, nessa atividade, uma oportunidade de trabalho no seu próprio bairro, junto a pessoas que conhecem e que, muitas vezes, são mesmo seus familiares. Essas características são facilitadoras da administração das tarefas domésticas, enquanto espaço de dupla jornada para mulheres, além de permanecerem na 'zona de conforto' que é a comunidade. Tais elementos também são apontados por Barbosa et al. (2012), que relatam, como vantagem do trabalho de ACS, estar perto de casa, podendo conciliar as atribuições do trabalho remunerado com os cuidados com a casa e os filhos, sendo esse um dos principais argumentos apresentados pelas ACS para a permanência no emprego, quase sempre mal remunerado e precário.

Assim, apesar de estarem trabalhando 'fora', esse fora é a própria vizinhança, a escola dos filhos, a parentalia. Muitas delas têm, no PSF, seu primeiro trabalho remunerado. A escolha tem como referência o perfil do trabalho e as percepções sobre a 'natureza' feminina ou 'cultura' de mulheres, que, para muitas, permite se projetar como adequada ao trabalho proposto pela ESF.

Então, pela associação da mulher ao ambiente doméstico, o trânsito dessa profissional ao interior das residências é facilitado por causa de suas relações já estabelecidas no bairro, permitindo-as adentrar as casas dos/as usuários/as e tratar de assuntos da ordem da intimidade das famílias. É no espaço familiar, doméstico, remetendo ao privado, que as agentes de saúde vão construindo suas redes sociais e assumindo diversas identidades, onde, ao mesmo tempo em que se apresentam como conhecidas, há um distanciamento para que possam executar o trabalho como agentes de saúde.

## Considerações finais

A profissão de agente comunitário/a de saúde reproduz históricas desigualdades sociais, sendo que o fato de se aproximar de uma prática 'de mulheres', ligada ao doméstico, opera as desigualdades de gênero, associando a mulher ao cuidado (com o outro, com a família, com o doméstico) e à condição de subordinação. A categoria analítica gênero permite introduzir a relação de poder 'crivada' pela desigualdade para explicar a complexidade do princípio da integralidade e dos impactos do trabalho das ACS enquanto sujeito de pertencimento de gênero/classe. Conforme a perspectiva hegemônica, sendo mulher seria mais afeita a relações solidárias, e sendo portadora de um capital cultural e social, pelo pertencimento de classe, permitiria que essa subjetividade fosse apropriada pelo SUS para 'resolver' o princípio da integralidade.

Entretanto, a integralidade, como expressão de uma racionalidade emergente, é desvalorizada pela racionalidade técnica e científica hegemônica; assim, tanto o pertencimento de gênero quanto o de classe são rejeitados pelo conhecimento técnico e científico da saúde. Isso se expressa na própria dificuldade de incorporação desse princípio na operacionalização da ESF. Na medida em que o cumprimento do princípio da integralidade não questiona o discurso médico-científico hegemônico e permanece na *dobra* das ACS, refazem-se as dicotomias e, com elas, a racionalidade dominante. O que mantém a dimensão de gênero não são as mulheres – ou homens – agentes comunitários, mas a relação de poder que engendra a dinâmica e o significado do trabalho das agentes comunitárias na ESF para o cumprimento do princípio da integralidade.

Assim, a Agente Comunitária de Saúde foi idealizada como subjetividade que integra sujeito/prática ou como prática encarnada, que cria possibilidades de atuação democratizante da saúde pela descentralização e pela incorporação de: subjetividades, cultura, conhecimento popular, horizontalidades, afetos. Porém, na medida em que está encerrada na fronteira e tratada como expressão dos binarismos de gênero, configura-se como subjetividade que refaz relações não igualitárias no âmbito capilarizado das relações cotidianas. Nessas, a prática e o conhecimento do senso comum são

desqualificados pelo ponto de vista do discurso médico; afetividade e solidariedade são consideradas aspectos dispensáveis e irrelevantes. Enfim, no modo como a subjetividade da ACS está engendradora, refaz-se a hegemonia da perspectiva curativa da saúde.

### Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

### Agradecimento

As autoras agradecem à Secretaria Municipal de Saúde do município de Viçosa-MG, em especial às/aos agentes comunitárias/os de saúde do Programa Saúde da Família, pela parceria na realização do trabalho; e ao apoio financeiro recebido da FAPEMIG (Edital 3/2011, Processo: TEC-PPM-00446-11 e Edital 9/2010, Processo CDS-APQ-03234-10).

### Referências

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p.39-52, 2004.

ANZALDÚA, G. La conciencia de la mestiza: rumo a uma nova consciência. **Estud. Fem.**, v.13, n.3, p.704-19, 2005.

BARBOSA, R.H.S. et al. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. **Interface (Botucatu)**, v.16, n.42, p.751-65, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde Da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. 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 União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002. Seção 1, p.1.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 1999. Seção 1, p.1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do programa de agentes comunitários de saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção 1, p.11.

FERNANDES, J.S. et al. Perfil dos enfermeiros das equipes saúde da família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. **Anais...** Brasília, 2009. p.6210. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/01888.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01888.pdf)>. Acesso em: 7 maio 2013.

FERREIRA, V.S.C. et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saude Publica**, v.25, n.4, p.898-906, 2009.

- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- KOFES, S.; PISCITELLI, A. Memória de histórias femininas, memórias e experiências. **Cad. Pagu**, n.8/9, p.343-54, 1997.
- LAQUEUR, T. Da linguagem e da carne. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos à Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. p.41-88.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.
- OKIN, S.M. Gênero, o público e o privado. **Estud. Fem.**, v.16, n.2, p.305-32, 2008.
- OLIVEIRA, R.M. Tecnologia e subjetivação: a questão da agência. **Psicol. Soc.**, v.17, n.1, p.56-60, 2005.
- PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86.
- PATEMAN, C. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.
- ROCHA, B.S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.2, p.229-33, 2009.
- ROCHA, N.H.N.; BEVILACQUA, P.D. **Educação permanente em saúde e a Estratégia Saúde da Família: instrumentalização para a prática reflexiva**. Viçosa: UFV, 2012. (Relatório Técnico Científico, PROBIC-FAPEMIG).
- SANTOS, B.S. **Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- SCOTT, J.W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educ. Real.**, v.20, n.2, p.71-99, 1995.
- SILVA, R.V.B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.75-90.
- SILVA, V.G.; MOTTA, M.C.S.; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletron. Enferm.**, v.12, n.3, p.441-8, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>>. Acesso em: 8 maio 2013.
- VALLA, V.V., GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. A busca da saúde integral por meio do trabalho pastoral e dos agentes comunitários numa favela do rio de janeiro. **CS&R**, v.8, n.8, p.139-54, 2006.
- WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G.L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p.37-82.

ROCHA, N.H.N.; BARLETTTO, M.; BEVILACQUA, P.D. Identidad de la agente comunitaria de salud: el tejido de racionalidades emergentes. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013.

Analizamos la identidad de la agente comunitaria de salud (ACS) a partir de la categoría género en diálogo con las categorías espacio público y privado/doméstico y saberes populares y científicos. Indicamos que la profesión de ACS es desvalorizada no por ser ocupada casi totalmente por mujeres, sino por ser un trabajo considerado femenino, condición que está históricamente señalada por la desigualdad de género, asociando a la mujer a los cuidados familiares y domésticos y, consecuentemente, a la subordinación. Esa profesión refleja posiciones de género hegemónicas en la sociedad y la definición de su identidad se realiza en el cotidiano, en la convivencia con el equipo de salud y la comunidad, repleta de conflictos y afectos, y en las prácticas cotidianas marcadas por jerarquías. Al mismo tiempo, lleva consigo la posibilidad de un horizonte social y político de emancipación, definido en la creación del trabajo comunitario y ordenado para el cumplimiento del principio de la integralidad.

*Palabras clave:* Patriarcado. Sistema de género. Relaciones de producción. Integralidad. Trabajo en salud.

Recebido em 11/06/12. Aprovado em 05/09/13.

