

Gênero e trabalho em Saúde:

um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde*

Regina Helena Simões Barbosa¹
Clarissa Alves Fernandes de Menezes²
Helena Maria Scherlowski Leal David³
Vera Joana Bornstein⁴

BARBOSA, R.H.S. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012.

The findings from an interdisciplinary study on the work of community health agents (CHAs) are presented. A critical gender-based approach was used to understand the intertwining of gender socialization and professional qualification in a precarious type of work that makes use of poor women's labor in peripheral countries. An understanding was sought among the CHAs regarding the relative advantages of this work (which allows them to reconcile productive and reproductive tasks) and the exploitation issues to which they are subjected. Gender socialization delineating the ideology of the "caring woman" was used, which is appropriate for this type of work. The data revealed that the CHAs made efforts to try, with their own precarious resources, to respond to the enormous demands and social needs of their communities. This generated stress, distress and related illnesses, in addition to their long working days with low remuneration and precarious labor contracts.

Keywords: Gender identity. Healthcare work. Community health agents.

Apresentam-se resultados de uma pesquisa interdisciplinar sobre o trabalho da/o agente comunitária/o de Saúde (ACS). Adotou-se uma abordagem crítica de gênero para se compreenderem os entrelaçamentos entre socialização de gênero e qualificação profissional em uma modalidade de trabalho precarizado, que se apropria da força de trabalho de mulheres pobres em países periféricos. Buscou-se captar, entre as ACS, tanto as vantagens relativas deste trabalho, que permite conciliar tarefas produtivas e reprodutivas, quanto os aspectos de exploração a que estão sujeitas, utilizando-se da socialização de gênero que delinea a ideologia da 'mulher cuidadora', apropriada por esta modalidade de trabalho. Os dados revelaram que as ACS se empenham para tentar responder – com os precários recursos de que dispõem – às enormes demandas e carências sociais de suas comunidades, o que gera estresse, sofrimento e doenças relacionadas, além de extensivas jornadas de trabalho, com baixa remuneração e vínculo precário.

Palavras-chave: Identidade de gênero. Trabalho em saúde. Agentes comunitários de saúde.

* Elaborado com base em David et al. (2010); pesquisa aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UERJ e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Os TCLE foram apresentados, explicados, esclarecidos e assinados por todos os informantes da pesquisa, que tiveram total liberdade para participar ou não do estudo.

¹ Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Praça Jorge Machado Moreira, 100, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21.941-598. reginacasa@gmail.com

^{2,4} Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

³ Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Introdução

Este trabalho integra o projeto de pesquisa interinstitucional "Abordagem Interdisciplinar das Novas Relações e Processos de Trabalho em Saúde: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde"⁵, que vem elaborando uma análise interdisciplinar das relações entre trabalho e saúde cujo objeto é o trabalho do/a Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas variadas, complexas e múltiplas dimensões: materiais e simbólicas, objetivas e subjetivas, macro e microestruturais.

A escolha desta/e profissional justifica-se pela posição singular e contraditória que ocupa no processo de trabalho em saúde: por um lado, é membro da comunidade onde atua e, como tal, usuária/o dos serviços públicos de saúde; portanto, conhece e enfrenta, como membro da classe trabalhadora, as mesmas dificuldades de acesso e resolutividade que perpassam o sistema público de saúde. Por outro, torna-se integrante, nem sempre legitimada/o, de uma equipe de saúde que, de formas também contraditórias, reproduz as relações sociais hierarquizadas presentes em nossa sociedade (David et al., 2010).

A abordagem interdisciplinar proposta combina desde análises de caráter macroestrutural, tais como as políticas internacionais de saúde associadas a estas estratégias de atenção à saúde destinadas aos países periféricos, até as formas precárias que esta modalidade de trabalho assume no contexto brasileiro, com especial ênfase sobre os impactos e repercussões que estes processos acarretam tanto na saúde do/a trabalhador/a ACS quanto em suas relações sociofamiliares e laborais, abordados através de uma ótica conceitual e metodológica que considera os entrelaçamentos entre as esferas da produção e da reprodução. Este artigo irá apresentar os resultados relativos ao eixo de análise que explorou a dimensão de gênero no trabalho do/a ACS (David et al., 2010).

A dimensão de gênero no trabalho de ACS

O eixo de gênero proposto adotou um referencial crítico e dialético que buscou captar e compreender os significados objetivos e subjetivos desta modalidade de trabalho tipicamente feminina, buscando explorar os conflitos, tensões e contradições que uma injusta divisão social/ sexual do trabalho, amalgamada no/pelo sistema capitalista, ocasiona para a vida e saúde das/os trabalhadoras/es.

A elaboração do conceito de gênero, historicamente gestado no bojo dos movimentos de mulheres nas lutas por direitos, articulou dialeticamente, desde sua origem, teoria e prática, sujeito e objeto de conhecimento, identificando, na teorização, uma ferramenta para se compreender, denunciar e/ou transformar a situação de opressão e exploração das mulheres (Simões-Barbosa, 2001). O enfoque dialético aqui adotado assume que as relações sociais entre os sexos são uma dimensão das relações sociais, sendo que estas, por seu lado, não perdem sua dimensão sexuada. Postula-se, portanto, a transversalidade do gênero na classe social, na raça/etnia e em outras dimensões identitárias que se entrelaçam, configurando situações particulares em contextos socio-históricos específicos (Kergoat, 2009; Giffin, 2002; Simões-Barbosa, 2001; Brito, 2000; Castro, 1992; Saffioti, 1992).

Para a análise do objeto desta pesquisa, partiu-se do princípio de que o trabalho de ACS é uma modalidade intrinsecamente associada ao trabalho doméstico feminino do 'cuidado'. Em uma sociedade onde persistem arraigados valores patriarcais, as mulheres (ainda) são, por 'natureza', vocacionadas para o cuidado do 'outro', o que justifica e sustenta a permanência de uma injusta divisão social e

⁵ As instituições participantes do projeto integrado são: Escola de Enfermagem da UERJ (Coordenação Geral), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da UFRJ, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz e ICICT/Fiocruz. O projeto recebeu apoio da Faperj (Edital Prioridade Rio 2007) e do CNPq (Edital Universal 2009).

sexual do trabalho, que acarreta, entre outras consequências, uma sobrecarga de trabalho - produtivo e reprodutivo - para a maioria das mulheres, especialmente as da classe trabalhadora. Há que se considerar que o trabalho doméstico feminino, ideologicamente significado como 'vocação', é socialmente desvalorizado, não sendo considerado, na maioria das sociedades capitalistas, uma modalidade de trabalho essencial e indispensável   reprodução social (Santos, 2010; Kergoat, 2009; Hirata, Kergoat, 2007; Hirata, 2002; Giffin, 2002; Simões-Barbosa, 2001; Brito, 2000; Neves, 2000; Saffioti, 1992).   através desta 'ideologia de g nero' que o trabalho remunerado feminino vem sendo intensivamente explorado, particularmente nos países periféricos, alocando a maioria das trabalhadoras nos setores mais explorados, mal remunerados e precarizados do processo produtivo, com preocupantes repercussões sobre sua vida e saúde (Giffin, 2002; Hirata, 2002; Simões Barbosa, 2001; Brito, 2000; Laurell, 2000; Berman, 1997).   este marco conceitual crítico que estará aqui analisando o trabalho de ACS.

Considerando um cenário político internacional e nacional que circunscreve e configura as diversas formas como esta modalidade de trabalho está sendo realizada nos países periféricos (Laurell, 2000), a pesquisa buscou apreender, através das percepções e experiências das/os ACS, como se estabelecem as conexões entre g nero e trabalho no contexto neoliberal, e como essas trabalhadoras se percebem e se posicionam frente a estas quest es⁶. Buscamos explorar, nas oficinas e grupos focais realizados, as seguintes questões: i) como o modelo de trabalho (objetivo e subjetivo) de ACS se apropria das características 'naturalizadas' como femininas com a finalidade de explorar uma forçá de trabalho composta majoritariamente por mulheres, que devem 'cuidar' da saúde do 'outro' (da família e, agora, também da comunidade); ii) as implicações destas representações ideológicas e, correlatamente, desses processos de trabalho, sobre a saúde física e mental destas profissionais; e, por fim, iii) na medida em que o trabalho reprodutivo feminino, por causalidades históricas, não   visível e nem socialmente valorizado, como as próprias ACS, além dos demais profissionais de saúde e da população assistida, atribuem valores e sentidos  ticos e políticos a este trabalho profissional; e, caso afirmativo, quais são, ou seja, como se percebem enquanto 'trabalhadores/as', no sentido de um *ethos*, uma identidade de classe (David et al., 2010).

Na perspectiva interdisciplinar proposta, a temática de g nero dialoga com os demais eixos do projeto ao postular que o trabalho de ACS está articulado a políticas sociais, nacionais e internacionais, que se apropriam da forçá de trabalho feminina dos países periféricos para a execução do trabalho (de baixo custo e valor social) da reprodução social, naturalizado como 'vocação materna'⁷ (Santos, 2010; Giffin, 2002; Brito, 2000; Laurell, 2000; Neves, 2000). Decorrente desta questão, os vínculos precários e instáveis de trabalho, característicos do 'emprego feminino' nestes contextos, não permitem uma demarcação nítida entre horário de trabalho contratado e vida sociofamiliar, o que gera sobrecarga de trabalho para estas/es trabalhadoras/as, com possíveis repercussões sobre sua saúde (Brito, 2000; Oliveira, 2000). Há que se considerar ainda que trabalhar e viver em um mesmo espaço dilui sobremaneira os limites entre vida privada e espaço de trabalho, fazendo com que o trabalho real seja exponenciado em relação ao trabalho prescrito (Schmidel, 2009).

Para melhor contextualizar o tema da pesquisa, apresentaremos uma análise do trabalho feminino através de uma abordagem crítica de g nero e, posteriormente, um panorama internacional e nacional das políticas de saúde que influenciam e/ou conformam as origens e a finalidade desta modalidade de trabalho no bojo das políticas de saúde neoliberais.

⁶ O trabalho de ACS surge historicamente como uma modalidade de trabalho destinada às mulheres. Portanto, embora não se exclua a importância de se pesquisar a visão e a experiência masculina sobre esta modalidade de trabalho, esta pesquisa focou exclusivamente as trabalhadoras ACS.

⁷ A análise das relações deste modelo assistencial com as políticas internacionais, embora fundamental, não será aqui aprofundada. O eixo "O ambiente internacional e a proposta de políticas de Atenção Básica de saúde no Brasil", que compõe o projeto integrado (David et al., 2010), está desenvolvendo esta temática, que será oportunamente publicada.

O trabalho feminino em uma abordagem crítica de gênero

Aquino et al. (1995) ressaltam que, desde muito cedo, as mulheres são socializadas para o papel doméstico e familiar na reprodução social, e que esse processo de qualificação será substantivamente útil para o capital. As autoras apontam que “[...] a docilidade, a paciência, a resistência para o trabalho monótono e repetitivo são qualidades pretensamente naturais das mulheres, que resultam, na verdade, desse longo processo de qualificação para o trabalho” (Aquino et al., 1995, p.286).

Esta ‘qualificação de gênero’, por constituir-se como ‘vocação natural’, como expressão do ‘amor materno’, é socialmente desvalorizada, sendo essa uma das razões pelas quais as trabalhadoras continuam a receber menores salários, apesar dos discursos ‘celebratórios’ que alçam as mulheres a uma situação de poder e igualdade.

Decorrente deste estereótipo feminino socialmente construído, inúmeras profissões associadas ao trabalho do cuidado e da assistência se constituíram em verdadeiros guetos femininos, como é o caso dos/as trabalhadores/as da enfermagem, cujo trabalho

[...] tem forte conteúdo relacional no cuidado de outras pessoas em situações de dor e de sofrimento, envolvendo especificidades que se ajustam perfeitamente bem às qualidades de destreza, paciência, interesse em ser útil e dedicação, características ‘tipicamente femininas’ em nossa e em outras sociedades. (Aquino et al., 1995, p.285)

Recentes estudos sobre a saúde das trabalhadoras em ocupações tipicamente femininas, tal como as teleoperadoras (Nogueira, 2006) e as professoras (Brito, 2000), entre outras, mostram que, sob o neoliberalismo, as ocupações e profissões que trazem marcas ou características do trabalho doméstico não só permanecem, como se intensificam em condições de maior precariedade. É o que nos leva a supor que *a precarização tem rosto de mulher*, mesmo considerando que os homens também estão submetidos aos vínculos precários.

As condições de trabalho das ACS também traz essa marca de precariedade: a remuneração está em torno de R\$ 725,00⁸; a jornada de trabalho é intensiva e, geralmente, excede o estipulado contratualmente (como será visto adiante); os contratos são precários - através de Organizações Sociais (OS) - sendo a instabilidade a marca característica da profissão.

Aquino et al. (1995, p.283), com base em estudos realizados em diversos países, apontam que

[...] a influência do papel da mulher na reprodução social é tão grande, que a própria escolha e a manutenção do emprego, da extensão das jornadas e dos turnos de trabalho profissional incluem entre os critérios a possibilidade de conciliação com o cuidado da casa e dos filhos.

Estudos têm revelado que a proximidade entre casa e local de trabalho é um dos critérios fundamentais de escolha de emprego para as mulheres, mesmo em detrimento de outros fatores, como o salário e a satisfação profissional (Aquino et al., 1995). Estar próxima dos filhos é uma das principais justificativas para manterem empregos precários e mal remunerados.

⁸ Salário médio até o final de 2011, segundo informação obtida em fevereiro de 2012 junto à direção do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDACS).

No que diz respeito à (injusta) divisão sexual do trabalho, o acúmulo de trabalho – produtivo e reprodutivo - é tido como ‘vantajoso’ pelas trabalhadoras, o que confirma quanto a ideologia de gênero, que associa a identidade feminina à função materna, perpassa o trabalho remunerado feminino. Além disso, uma ineficiente e insuficiente infraestrutura de serviços públicos de apoio, tais como creches e escolas em horário integral, contribui para reforçar ainda mais a dupla ou tripla jornada de trabalho das trabalhadoras, que devem conjugar o cuidado dos filhos e de outros membros da família com o trabalho assalariado. No caso das ACS, como veremos adiante, acrescenta-se o cuidado com a comunidade em que vive, o que geralmente extrapola, em muito, o horário contratado de trabalho.

No neoliberalismo, com a redução dos gastos do Estado em saúde (assim como nas demais políticas sociais), torna-se útil a contratação de mulheres a baixo custo para exercerem um trabalho assistencial que repassa, às famílias, as tarefas de cuidado com a saúde, o que desonera o Estado de promover políticas públicas universais e de qualidade. Rocha e Ferreira (2005, p.67) apontam para este aspecto contraditório do PSF, que tem “[...] um impacto singular sobre as mulheres, historicamente responsabilizadas pelo cuidado com a saúde da família”. Não queremos, com essa análise crítica, negar a importância do PSF e PACS na assistência à saúde da população, assim como o fundamental papel que desempenham as ACS em suas comunidades. Em um cenário de encolhimento das funções do Estado, qualquer modalidade assistencial, mesmo quando precária e/ou insuficiente, torna-se fundamental. Mas cabe identificar e denunciar a exploração desta modalidade de trabalho, de forma a contribuir para sua valorização e reconhecimento.

A feminização do mundo do trabalho

Nas últimas décadas, o Brasil passou por profundas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, que marcaram a trajetória da saúde pública. Tais transformações inserem-se em um contexto global de: enxugamento dos gastos sociais dos estados, privatização dos serviços públicos, focalização das políticas públicas nos estratos mais pauperizados da população, flexibilização e precarização das relações de trabalho, e a correlata redução de direitos sociais e trabalhistas, além de uma persistente taxa de desemprego. É neste contexto sócio-histórico, marcado pela extrema concentração da renda e de intensificação das desigualdades sociais, que ocorre a entrada maciça de mulheres casadas e com filhos menores na força de trabalho, bem como um aumento do número de famílias chefiadas por mulheres (Giffin, 2002), conformando a chamada ‘feminização da pobreza’ (Brito, 2000).

A conjugação destes distintos fatores se insere no que vem se denominando ‘ajustes neoliberais’, ou ‘neoliberalismo’. Estudos apontam que, em um contexto de crescente flexibilização e precarização das relações de trabalho, ocorre um incremento da inserção da força de trabalho feminina no mercado de trabalho e maior vulnerabilidade das trabalhadoras diante da precarização das relações laborais (Nogueira, 2006; Antunes, 1999). Este processo teria como objetivo uma reorganização do sistema produtivo internacional, que se aproveita dos baixos salários e da frágil regulamentação do trabalho em países em desenvolvimento, com uma clara tendência de otimizar a superexploração da força de trabalho feminina, tal como apontado por Brito (2000).

De acordo com Rocha e Ferreira (2005, p.66), na América Latina, a maioria dos países tem “passado por mudanças administrativas na estrutura do Estado, implantadas com a supervisão ditatorial do Banco Mundial, nas quais as reformas no setor saúde passaram a ganhar proeminência nos discursos mais recentes”.

Na esfera das políticas de saúde, tais reformas apontam na direção da redução das almeçadas “[...] políticas universalistas e redistributivas em políticas focalizadas, destinadas aos segmentos mais vulneráveis dentro dos vulneráveis” (Rocha, Ferreira, 2005, p.66). Nota-se, no discurso dessas agências, uma preocupação com as ‘famílias’, o que embasa, por exemplo, a criação do Programa de Saúde da Família que, não coincidentemente, recebeu apoio do Banco Mundial (Simões-Barbosa, 2010).

É neste contexto que a atenção básica de saúde passa a ser prioridade do governo, tanto no Brasil como em outros países da região. Concomitantemente, os processos assistenciais mais complexos, necessários à integralidade na atenção à saúde, são reduzidos na rede pública e consideravelmente transferidos para os setores privados (Rocha, Ferreira, 2005).

É neste cenário internacional e nacional que surge o/a profissional ACS, uma nova modalidade de trabalhador/a de saúde *atípico* ou *sui generis* (Lima, Cockell, 2009; Nogueira et al., 2000), que recruta, preferencialmente, mulheres pobres de países periféricos, sem profissionalização formal e moradoras das comunidades onde irão atuar, para, através de um contrato precário e remuneração irrisória, prestarem algum nível de assistência (precária) à saúde das populações empobrecidas de áreas rurais e, posteriormente, das periferias urbanas brasileiras. Esta nova modalidade de trabalho se insere na prestação de serviços públicos de saúde, porém, sem vinculação com o emprego público, sendo a contratação efetuada pelos distintos governos municipais, por meio de contratos temporários de trabalho, com intermediação de 'terceiros' (ONGs criadas para esse fim e, mais recentemente, as Organizações Sociais).

O trabalho de ACS inicia-se no Brasil nos anos 1990, a partir de um estudo-piloto do Ministério da Saúde no estado da Paraíba, onde foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Souza (2002 apud Bornstein, Stotz, 2008, p.260), a criação do PACS recuperou diversas e diferentes experiências no país, sendo que a do Ceará foi a que, "com pioneirismo e abrangência estadual", mais contribuiu para o desenho da execução nacional do programa. Esta experiência, que se desenvolveu a partir de 1987, é inicialmente destacada, conforme publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2002), como uma 'frente de trabalho' diante da conjuntura de seca, em que um grupo composto, sobretudo, por mulheres passou a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão do Ceará.

Atuam hoje, no Brasil, mais de duzentos mil ACS. No Estado do Rio de Janeiro, são 9.922, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2008). As/os ACS estão se organizando em associações e sindicatos municipais, federações estaduais, bem como em uma entidade nacional, a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs).

Desenho metodológico da pesquisa

O projeto integrado foi formulado com base na triangulação metodológica originalmente proposta por Denzin (1973), aproximando-se da proposta de combinação de métodos de Samaja (1992), que propõe ampliar o olhar sobre um determinado fenômeno por meio de técnicas diversas e em postura colaborativa, buscando superar a ideia de saberes hierarquizados.

Do ponto de vista epistemológico, aposta-se na possibilidade de construção compartilhada de conhecimentos, onde a comunidade de pesquisadores, em interação dialógica com a população estudada, incorpora seus saberes e questões relevantes para investigação, produzindo, assim, um conhecimento 'alargado' (Carvalho, 2007; Simões-Barbosa, Giffin, 2007, 2005).

No campo qualitativo e, especificamente, no eixo de gênero aqui apresentado, foram utilizados: técnicas de observação participante, oficinas reflexivas problematizadoras e grupos focais, orientados por roteiro semiestruturado, explorando-se a temática gênero/ trabalho em saúde/ trabalho de ACS.

Para campo empírico do estudo, foram escolhidas duas Áreas Programáticas do Rio de Janeiro (AP 4.1 e AP 5.2), com características sociodemográficas e geográficas distintas, o que permitiu abordar uma diversidade de processos de trabalho de ACS. A escolha dessas duas áreas obedeceu a critérios de diferenciação territorial e política: uma localiza-se na zona oeste do município e combina características urbanas e semiurbanas. A outra situa-se no complexo de favelas da Tijuca, o que traz à tona toda a problemática da violência urbana da cidade.

A primeira etapa do projeto teve por objetivo sensibilizar, mobilizar e envolver os/as ACS na proposta de pesquisa. Para tal, foram realizadas duas oficinas em cada área programática, onde se explorou, com os/as ACS, os vários sentidos de seu trabalho, possibilitando tanto a expressão dos aspectos positivos e gratificantes, como os negativos, geralmente associados à precariedade do vínculo, à baixa remuneração e ao não-reconhecimento do valor deste trabalho pelo Estado, pelos gestores e serviços de saúde. Nos quatro encontros realizados, participaram, em média, noventa ACS, sendo a maioria mulheres.

Para disparar a reflexão e o debate nas oficinas, promoveram-se dinâmicas de grupo sobre temas ligados ao cotidiano de trabalho dos/as ACS, utilizando temas disparadores, tais como o sentido do

trabalho de ACS e as identidades e relações de gênero, que possibilitaram reflexão crítica e trocas entre os/as participantes, fortalecendo o processo de grupalização, potencializando a expressão de sentimentos, opiniões, percepções e relatos de experiências das/os trabalhadoras/es, facilitando a identificação de questões comuns, e, como decorrência, o reconhecimento de uma identidade coletiva.

Na etapa específica do eixo temático de gênero, foram realizados dois grupos focais, um em cada AP, onde a dimensão de gênero que perpassa o trabalho de ACS foi explorada através dos seguintes temas: o sentido de ser ACS; vantagens e desvantagens desta modalidade de trabalho; valores atribuídos e percebidos sobre o trabalho; reivindicações e anseios de mudança. Foram feitas as seguintes questões disparadoras: como vocês percebem o seu trabalho? Quais as vantagens e as desvantagens desse trabalho? Como conciliam o trabalho e os cuidados com a casa e a família? O que mudariam neste trabalho/profissão? Participaram dos dois grupos focais 24 ACS mulheres, sendo 12 em cada AP.

Resultados: tecendo-se os vínculos entre gênero, trabalho e saúde no trabalho de ACS

As oficinas

As duas oficinas realizadas, uma em cada AP estudada, tiveram a participação total de noventa ACS de ambos os sexos (com predomínio absoluto de mulheres). As questões disparadoras versaram sobre os sentidos simbólicos e práticos do trabalho de ACS, deixando-se os participantes livres para se colocarem sobre os diversos aspectos – positivos e negativos – relacionados ao trabalho. Já neste momento, emergiram alguns depoimentos e relatos de experiências que insinuavam os entrelaçamentos entre as questões de gênero e trabalho, evidenciados na questão do 'cuidado' e na articulação entre esfera produtiva/reprodutiva, tal como nas falas:

“É impossível não atender a um chamado de alguém que está sofrendo ou precisando de ajuda”.

“A minha experiência de vida ajuda muito no meu trabalho [...] o cuidado de mãe que eu tenho com meus filhos, a minha educação, eu consigo introduzir no meu trabalho [...] Eu sento, converso, passo horas orientando e conquistando aquela pessoa [...]”.

“[...] a vantagem de ser ACS é trabalhar perto de casa e, dessa forma, poder cuidar da casa e dos filhos ao longo da jornada diária de trabalho”.

Ao analisarem criticamente seu trabalho, as/os participantes pontuaram, em muitos momentos, um profundo incômodo com o não-reconhecimento do valor deste trabalho, tanto pelos serviços e gestores de saúde quanto pela sociedade em geral. Porém, apesar dos baixos salários e do vínculo precário, sentiam-se gratificados pelo reconhecimento e gratidão da população assistida, o que os recompensava e motivava a prosseguir. A fala abaixo expressa esses sentimentos contraditórios:

“Tem muita frustração neste trabalho, de não se poder fazer nada, e que o ACS não tem sábado e domingo e nem feriado, é uma profissão que não tem espaço e nem limite, mas que é uma ação gratificante, que possibilita aprender muitas coisas, principalmente que as pessoas estão muito sozinhas e que o ACS pode ser, e é, uma referência, o suporte destas pessoas, já que este ser não tem mais ninguém, nenhuma outra referência a não ser o ACS. Então, o ACS tem que ser criativo [...] tendo de usar muito mais do que foi aprendido ali com sua supervisora, tem que buscar outros conhecimentos criativos, que geram alegria, geram satisfação, que traga um pouco mais de felicidade para que este possa sair da rotina controladinha”.

A este respeito, podemos sinalizar que a solidariedade pelo próximo, pela comunidade, é, em nossa cultura, uma qualidade moral associada ao feminino, ao sentimento materno, ao cuidado do outro (Tronto, 1997). Neste sentido, percebe-se que o trabalho de ACS, majoritariamente realizado por mulheres, está fortemente calcado na promoção destes sentimentos e valores, que levam esses/as trabalhadores/as a permanecerem no emprego, mesmo em condições tão desvantajosas e precárias. As falas de duas ACS expressam esta questão:

“Muitas vezes a gente até chora, né, de ver aquela família pobre, perto da nossa casa, e a gente quer ajudar aquela família. A gente até fala ‘você tem que procurar um emprego, estudar’, mas muitas famílias não ouvem”.

“O agente comunitário vai de casa em casa, pega quilo de comida, pega coisas pra outros não morrerem de fome. Cansei de pegar em famílias que passavam FOME! e crianças chorando porque não tinha comida pra comer, não tinham nada pra comer!”.

Outra questão relevante identificada nas oficinas foi a diferenciação, sinalizada pelas próprias ACS participantes (com presença de alguns ACS do sexo masculino), entre as diferentes posturas trabalhistas de ACS homens e mulheres: para os primeiros, ser ACS é um trabalho **profissional**, enquanto para as segundas, é uma **vocação**. Essa representação expressou-se na fala de uma participante: “ACS homem é profissional, ACS mulher é amiga!” Decorrente desta diferenciação, os trabalhadores do sexo masculino, com mais frequência que as mulheres, costumam estabelecer limites para suas jornadas de trabalho - ou seja, não ficam inteiramente disponíveis fora dos seus turnos - e colocam esses limites de forma assertiva e objetiva para a população assistida. A fala de um ACS homem ilustra a questão:

“Todos falaram da vivência do ACS na comunidade, de ser a ‘pessoa’. Mas eu sou o ACS e o XXX [seu nome] da comunidade. E eu me coloco como ACS das 7 as 16h ou das 8 as 17h; depois disso, sou o XXX [seu nome]. E as pessoas da ‘comunidade’ [idosos] acham que eu sou ACS 24 horas. Isto é bonito mas, para mim, tem que separar, tem que separar, é o meu ponto de vista!”.

Já as trabalhadoras ficam mais disponíveis, inclusive nos fins de semana. Segundo os depoimentos de algumas participantes desta oficina, ‘é impossível não atender a um chamado de alguém que está sofrendo ou precisando de ajuda’. Nas palavras de uma ACS:

“E que o Agente não tem sábado, domingo e nem feriado. Então é uma profissão que, pra ele, né, não tem esse espaço, esse momento, esse limite, mas que é uma ação muito gratificante e que possibilitou aprender muitas coisas, né?”.

Esta constatação confirma a hipótese inicial de que essa modalidade de trabalho explora, preferencialmente, a força de trabalho feminina, apropriando-se de valores de gênero.

Os grupos focais

Foram realizados dois grupos focais com aproximadamente 12 ACS em cada grupo, sendo um grupo de cada área estudada. O roteiro instigou a reflexão das participantes sobre as vantagens e desvantagens deste trabalho e possíveis associações com o ‘feminino’, o que possibilitou a emergência das questões de gênero. Da análise deste material, emergiram seis categorias empíricas, apresentadas e discutidas a seguir.

“O ACS homem é ‘profissional’ e a ACS mulher, é uma ‘amiga’ [...]”

Esta representação, que perpassou os depoimentos das ACS que participaram dos grupos focais, confirmam os pressupostos teóricos do estudo que pontuam quanto este sistema social se apropria dos

atributos de gênero para explorar o trabalho produtivo e reprodutivo feminino, particularmente para as tarefas da reprodução social. Desta forma, foi possível identificar as seguintes questões:

a) existem marcantes diferenças de gênero na delimitação entre tempo de trabalho/ tempo doméstico, evidenciando a extensa jornada de trabalho da maioria das ACS, sem reconhecimento de hora-extra e, portanto, sem recompensas na remuneração. Os depoimentos abaixo evidenciam o quanto as ACS 'naturalizam' e, em certo limite, aceitam essa situação:

"O meu horário de trabalho, eu costumo dizer, é o dia todo".

"Nas minhas férias, eu nem tirei férias [...] paciente me parava na rua... eu trabalho na rua onde eu moro. Tinha dias que [...] 7 horas da noite, paciente tava na minha porta [...]".

"Não tem como não levar os problemas do trabalho para casa. A gente não é robô, é ser humano. Não tem como não se envolver. O ACS mora na comunidade. Após o seu horário de trabalho, o ACS continua a encontrar os pacientes e não é igual ao médico e enfermeiro, que vão embora. O ACS acaba trabalhando mesmo não estando no horário do serviço. Os pacientes batem na sua casa".

b) os valores de gênero - solidariedade, compromisso, cuidado, afeto, apego, envolvimento - estão fortemente associados ao trabalho de ACS, dando sustentação ao acúmulo de encargos extratrabalho, tais como: o cuidado de crianças/jovens em situações de risco social, idosos que vivem sozinhos, doentes e deficientes que demandam cuidados especiais etc. Alguns depoimentos exemplificam essas questões:

"A gente vê a mudança na vida da pessoa. Isso é uma alegria".

"Eles fazem parte da alegria da gente. Isso é incrível. É como se fossem da nossa família, entende?".

"A pessoa vem doente. Do corpo e da alma. A pessoa já vem cheia de problema. Pelo menos um pouco de carinho, um pouco de respeito".

"Hhiii, acho que esperam que [os ACS] resolvam todos os problemas! A responsabilidade da família passou a ser nossa. [...] Eu durmo com os problemas deles, entendeu? Você se vê envolvida".

"E a pobrezinha da velhinha... coitado do esposo, não tem condição de ficar segurando. Então, quem vai dar banho? Banho... era todo dia eu pra dar banho nela".

"A vantagem desse trabalho é estar perto de casa e poder cuidar da casa e dos filhos"

Este foi um dos principais argumentos das ACS entrevistadas para justificar sua permanência neste trabalho mal remunerado e precário. Como decorrência das prementes necessidades de sobrevivência dessa parcela da população, essas mulheres (e alguns homens) submetem-se a esta modalidade de emprego. Buscam garantir o sustento de suas famílias e o cuidado dos próprios filhos, de forma que estes tenham sorte diferente de tantos outros que ficam à mercê do 'destino' enquanto seus pais estão na luta pela sobrevivência. Essa questão coloca em evidência:

c) a naturalização da (injusta) divisão sexual do trabalho;

d) a manutenção/reprodução de modalidades precárias e exploradas de trabalho feminino, ancorado nas necessidades objetivas de sobrevivência de mulheres pobres de periferias urbanas.

Os depoimentos a seguir ilustram essas questões:

"O que me faz continuar é que eu tô aqui perto da minha casa, é a facilidade de passar mais tempo com minha filha".

“Pra mim é bom, porque eu to na comunidade, estou também de olho nela [filha de 10 anos], entendeu?”.

“Pela flexibilidade do trabalho. Eu tenho 3 filhos pequenos e eu tava precisando trabalhar”.

“Eu gosto do meu trabalho porque vejo que posso ajudar as pessoas da minha comunidade”

Apesar de todas as dificuldades, as/os ACS atribuem valores altamente positivos ao trabalho, fortalecidos pelo reconhecimento e gratidão expressos pela população assistida, o que fortalece sua autoestima e dignidade enquanto trabalhadores/as, confirmando um *ethos*/identidade de classe que confere sentido ao trabalho e dignidade ao/à *sujeito* trabalhador/a. Alguns depoimentos evidenciam essas questões:

“O que eu mais gosto é o retorno do meu trabalho. Eu sei que o trabalho é muito difícil, mas quando eu vejo a mulher, que não fazia o preventivo, fazer, ela descobrir algo e fazer ela se curar e acompanhar o tratamento, é a maior gratificação. E é saber que meu trabalho é importante”.

“O que eu mais gosto de fazer é poder lidar com a comunidade. Ela é muito boa, ela te abraça como sendo da família, eles [te] defendem mesmo”.

“O que eu gosto é... às vezes você chega numa casa e eles não tem nem o que comer, mas querem te dar um lanchinho, tudo pra te agradar. A gente faz parte da vida deles. Quando ele [paciente] não me vê, fica me procurando, me caçando, liga até pro posto”.

“Eu tenho uma senhora [usuária] que ela fala assim: [...] ‘ai, mais quantas filhas eu ganhei... Ela fica numa alegria porque, na casa dela, ninguém dá importância pra ela”.

“Depois que você entra pra essa profissão, você muda você também. Porque além de você tentar, pelo menos, mudar a vida das outras pessoas. A sua também vai ter que mudar. Eu (me) transformei [...]”.

“Nosso trabalho é muito importante, mas não é reconhecido. O salário é uma vergonha!”

Esta constatação, que emergiu nas falas de muitas ACS, aponta para uma emergente consciência coletiva da exploração desta modalidade de trabalho, expressa nos baixos salários, nos vínculos precários e sem proteção social, evidenciando o seu não-reconhecimento pelo Estado, pela sociedade e pelos próprios serviços/profissionais de saúde. Os depoimentos abaixo ilustram isto:

“Simplesmente, só o governo não percebe isso [a importância deste trabalho]. Saber da importância... o meu trabalho é salvar vidas e prevenção é salvar vidas!!!”.

“O que eu não gosto realmente é do salário. Tudo que eu queria era que aumentasse o salário. Eu gosto do que faço, mas, com 2 filhas, o que a gente recebe não dá... Eu trabalhava também sábado e domingo em outro lugar, sem carteira assinada, mas não tava conseguindo ver as minhas filhas. Então, eu saí”.

“O ACS é o elo de ligação entre a comunidade e a equipe, mas na prática, isso não acontece. O ACS aprende que deve estimular que o cidadão exerça sua cidadania, mas os governos não reconhecem a profissão regularizada, não existe o cargo de ACS no município. Em contrapartida, os colegas da equipe (médico, enfermeiro) tem cargos na prefeitura, mesmo sendo o principal da equipe. Os ACS exercem funções que não são deles”.

“Por causa da desvalorização da profissão, não reconhecimento do ACS na rede de saúde, a minha auto-estima vai lá pra baixo”.

“Mas eles mesmos falam (gestores): ‘se você não quiser, tem dez querendo a sua vaga’. Eles só querem estatística, nós somos números. E outra coisa: quando querem montar um evento, nós fazemos até vaquinha e outras coisas [...] vai fazer um evento de escovação é muito difícil, não tem escova, não tem nada”.

“É um serviço gratificante, que você ajuda as pessoas. Mas nós não somos muito valorizados”.

“Poderia ter, assim, uma maior valorização do nosso trabalho. Ser mais reconhecido entendeu? Ser até um pouco mais divulgado”.

“Como fica o cuidado com a saúde de quem cuida da saúde dos outros?”

Essa indagação emergiu de forma contundente, como a fala a seguir demonstra:

“É um absurdo a gente lutar tanto pela saúde dos outros e não ter quem cuide da nossa. Nós não temos tempo (para se cuidar) e nem facilidade (de acesso) nos serviços, e não pagam nem um plano de saúde pra gente”.

Este depoimento explicita a contradição entre serem trabalhadoras de saúde - empenhadas em garantir um mínimo de assistência para suas comunidades - e não receberem atenção à sua própria saúde, o que, mais uma vez, evidencia o vínculo precário desta modalidade de trabalho, como expresso em algumas falas:

“Nós recebemos muitos problemas [da população]... Nós precisamos de atendimento [psicológico] de 3 em 3 meses, ou de 4 em 4 meses. Precisamos ser ouvidas também”.

“Todo mundo [ACS] com problema de coluna. O trabalho não fornece calçado adequado”.

“Porque eu ia para casa, ia fazer as visitas, eu via cada coisa!! aquilo me deixava aflita. Aí, eu chegava em casa e, ao invés de me desligar, eu ficava pensando: ‘mas aquela senhora, sozinha em casa, será que ela comeu?’ [...] Eu acho que toda agente de saúde tem que ter apoio psicológico”.

“Outro enfrentamento é que o ACS nunca tem ‘nada’ [ironizando]. Se você reclama de uma dor, você tá ‘armando’, porque quer ir para casa”.

“Se eu trabalhar andando, à noite eu sinto muito dor”.

“O ACS está se preocupando muito com os problemas dos outros. Já tive que tomar até remédios controlados”.

As barreiras de gênero que dificultam a participação das ACS na organização sindical

“A gente não consegue ir nas reuniões dos ACS (sindicais) porque não dá tempo. Geralmente marcam no sábado, no domingo, e a gente não pode porque é dia de lavar, arrumar a casa, cuidar das crianças...”.

Esta afirmação evidencia as barreiras de gênero para a organização das trabalhadoras na luta por melhores condições de trabalho e vida. Este importante tema, que não foi explicitamente abordado, emergiu espontaneamente nas falas de algumas participantes, e o deixamos sinalizado para ser melhor explorado em pesquisas futuras.

Considerações finais

Os dados revelaram quanto a socialização de gênero envolve as esferas produtiva e reprodutiva da vida das mulheres, especialmente as da classe trabalhadora, o que, aliado aos vínculos precários que caracterizam o trabalho de ACS, conforma a intensificação da exploração do trabalho feminino. Esta questão confirma a importância, particularmente na análise do trabalho em saúde, de se considerar a superposição trabalho remunerado e não remunerado, produtivo e reprodutivo, para perpetuação dos mecanismos de exploração das mulheres. Também pudemos evidenciar quanto a ideologia de gênero e, correlatamente, a naturalização da divisão sexual do trabalho, obscurece a consciência dessas trabalhadoras sobre a exploração a que estão submetidas.

No que diz respeito ao trabalho precário, pode-se perceber quanto esta modalidade de trabalho apropria-se do gênero para promover uma função de cuidado que torna-se bastante eficaz na reprodução de um sistema social que promove e aprofunda as desigualdades sociais em todos os níveis, ainda mais em um contexto de redução das funções sociais do Estado.

Considerando a situação de extrema pobreza em que vive a maioria da população, a significativa ausência de políticas públicas que amparem os mais pobres e, correlatamente, os processos de desfiliação em curso (Castel, 1994), que fragilizam as redes de apoio sociofamiliares, podemos antever o aumento de demandas de várias ordens sobre as/os ACS, sem contrapartida salarial e suporte profissional. Destacamos que várias ACS criticaram o fato de não receberem nenhuma assistência psicológica que as ajudasse a suportar e lidar com tanto sofrimento e dores das pessoas que recorrem a elas cotidianamente, e para as quais não têm soluções nem respostas satisfatórias e resolutivas a oferecer.

Por fim, no campo da Saúde Coletiva, confirmamos quanto o vínculo conceitual 'gênero, trabalho e saúde' é essencial para se abordar a saúde das mulheres de forma crítica, ampliada e integral, considerando-se a dialética entre trabalho produtivo e reprodutivo, e tornando visível a dinâmica saúde-trabalho e seus impactos objetivos e subjetivos sobre a vida e a saúde das mulheres.

Colaboradores

Regina Helena Simões-Barbosa contribuiu substancialmente na concepção e realização da pesquisa, na estruturação e redação final do artigo. Clarissa Alves Fernandes de Menezes contribuiu significativamente na elaboração conceitual e na redação do rascunho. Helena Maria Scherlowski Leal David e Vera Joana Bornstein contribuíram significativamente na revisão crítica do conteúdo.

Referências

- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. Saude Publica**, v.11, n.2, p.281-90, 1995.
- BERMAN, R. Do dualismo de Aristóteles à dialética materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: JAGGAR, A.; BORDO, S. (Orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.241-75.
- 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. **Cienc. Saude Colet.**, v.13, n.1, p.259-68, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação** - competência Dezembro/2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Reunião dos coordenadores dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em Saúde da Família**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série D, Reuniões e Conferências) Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/03_0035.htm>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saude Publica**, v.16, n.1, p.195-204, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100020&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M.R.A. Bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. **Cad. Pesqui.**, n.110, p.67-104, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- CARVALHO, M.A.P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.91-102. (Serie B, Textos Básicos de Saúde).
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação - precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura**. São Paulo: Hucitec, 1994. n.4., p.21-48.
- CASTRO, M.G. Alquimia de categorias sociais na produção de sujeitos políticos. **Rev. Estud. Fem.**, p.57-73, 1992.
- DAVID, H.M.S.L. et al. **Abordagem Interdisciplinar das novas relações e processos de trabalho em saúde**: o caso dos Agentes Comunitários de Saúde. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação, FE/UERJ, IESC/UFRJ, EPSJV/Fiocruz, Icict/Fiocruz, 2010.
- DENZIN, N.K. **The research act**. Chicago: Aldine Publishing Company, 1973.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saude Publica**, v.18, supl., p.103-12, 2002.
- HARVEY, D. **A condição pós moderna**. Rio de Janeiro: Loyola, 1992.
- HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cad. Pagu**, n.17-18, p.139-56, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332002000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2012.

- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cad. Pesqui.**, v.37, n.132, p.595-609, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Trad. Vivian Aranha Saboia. In: HIRATA, H. et al. (Orgs.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Ed. Unesp, 2009. p.67-75.
- LAURELL, A.C. Globalización y reforma del Estado. In: COSTA, A.M.; MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. (Orgs.). **Saúde e equidade de gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília: Abrasco/Alames/Unb, 2000. p.35-9.
- LIMA, J.C.; COCKELL, F.F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. **Trab. Educ. Saude**, v.6, n.3, p.481-502, 2008/2009.
- NEVES, M.A. Reestruturação produtiva, qualificação e relações de gênero. In: ROCHA, M.I.B. (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. Campinas: Abep; Nepo/Unicamp; Cedeplar/Ufmg, 2000. p.171-85.
- NOGUEIRA, C.M. **O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.
- NOGUEIRA R.P.; SILVA F.B.; RAMOS Z.V.O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Textos para discussão 735, 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4208&catid=170&Itemid=2>. Acesso em: 17 fev. 2012.
- OLIVEIRA, E.M. Corpos saudáveis e corpos doentes na nova organização social do trabalho. In: ROCHA, M.I.B. (Org.). **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios**. Campinas: Abep; Nepo/Unicamp; Cedeplar/Ufmg, 2000. p.237-56.
- ROCHA, S.; FERREIRA, V. Reformas do estado e seguridade social: o caso da saúde. In: VILELLA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Abrasco; Unfpa, 2005. p.63-70.
- SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p.183-215.
- SAMAJA, J. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. **Educ. Med. Salud**, v.26, n.1, p.1-34, 1992.
- SANTOS, M.M. Igualdade nas relações de gênero na sociedade do capital: limites, contradições e avanços. **Katálysis**, v.13, n.1, p.11-9, 2010.
- SCHMIDEL, J.P.C. **Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2009.
- SIMÕES-BARBOSA, R.H. A 'teoria da práxis': retomando o referencial marxista para o enfrentamento do capitalismo no campo da saúde. **Trab. Educ. Saude**, v.8, n.1, p.9-26, 2010.
- _____. **Mulheres, reprodução e Aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+**. 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.
- SIMÕES-BARBOSA, R.H.; GIFFIN, K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.11, n.23, p.549-67, 2007.
- _____. Juventude, saúde e cidadania: uma pesquisa-ação com jovens da Maré. **Cad. Saude Colet.**, v.13, n.3, p.649-72, 2005.

TRONTO, J.C. Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A.; BORDO, S. (Orgs.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.186-203.

BARBOSA, R.H.S. Género y trabajo en Salud: una mirada crítica sobre el trabajo de agentes comunitarias/os de Salud. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012.

Se presentan resultados de una investigación sobre el trabajo de Agentes comunitarios/as de Salud (ACS). Se ha adoptado un foco crítico de género sobre esta modalidad de trabajo, para entender los entrelazamientos entre socialización de género y cualificación profesional que se apropia de la fuerza de trabajo de mujeres pobres en países periféricos. Se buscó captar y comprender tanto las ventajas relativas de este trabajo, que les permite conciliar y acumular las tareas productivas y reproductivas, como los aspectos de explotación que resultan de una socialización de género que se apoya en la ideología de la "mujer cuidadora", apropiada en esta modalidad de trabajo. Los datos revelaron que las ACS intentan resolver, con sus precarios recursos, las enormes demandas y carencias sociales de sus comunidades, lo que causa estrés, sufrimiento y enfermedades relacionadas, además de extensas jornadas de trabajo, con baja remuneración y vínculos precarios.

Palabras clave: Identidad de género. Trabajo en salud. Agentes comunitarios de salud.

Recebido em 30/08/11. Aprovado em 11/02/12.