

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Robson Oliveira Costa Júnior

**Divisão Sexual do Trabalho, Qualificação e Memória
de Agentes Comunitárias de Saúde**

Vitória da Conquista
Janeiro de 2014

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Robson Oliveira Costa Júnior

**Divisão Sexual do Trabalho, Qualificação e Memória
de Agentes Comunitárias de Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre Em Memória: Linguagem e Sociedade.

Orientadora: Ana Elizabeth Santos Alves

Vitória da Conquista
Janeiro de 2014

C8233m Cota Júnior, Robson Oliveira

Divisão sexual do trabalho, qualificação e memória de agentes comunitárias de saúde; orientador Ana Elizabeth Santos Alves, Vitória da Conquista, 2014.
96 f.

Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade).
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2014.

1. Trabalho em Saúde. 2. Divisão Sexual. 3. Agentes Comunitárias de Saúde. 4. Memória. 5. Qualificação Profissional I. Alves, Ana Elizabeth Santos. III. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. IV. Título.

Título em inglês: Sexual division of labor, and memory skills of community.

Palavras-chave em inglês: Health Work Sexual division. Community Health Workers Discursive. Memory. Professional Qualification.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves (orientadora), Profa. Dra. Lia Tiriba (membro titular), Prof. Dr. Cláudio Eduardo Félix do Santos (membro titular), Profa. Dra. Ana Palmira Bittencourt Santos Casimiro (suplente), Prof. Dr. Manoel Nelito Matheus Nascimento (suplente).

Data da Defesa: 30 de janeiro de 2014.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

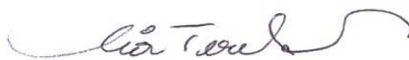
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves (UESB)
(Orientadora)



Prof. Dr. Cláudio Eduardo Félix dos Santos (UESB)



Profa. Dra. Lia Tiriba (UFF)

SUPLENTES

Profa. Dra. Ana Palmira Bittencourt Santos Casimiro (UESB)

Profa. Dra. Manoel Nelito Matheus Nascimento (UFSCar)

Local e Data: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista, 30 de Janeiro de 2014.

Resultado: aprovado

*Às minhas filhas Sofia e Valentina e a minha
esposa Susana, dedico.*

AGRADECIMENTOS

A sensação que tenho ao terminar esta etapa de minha vida parece ser análoga a de um alpinista que ao término da escalada contempla a vastidão do mundo. Certamente, durante a sua contemplação já imagina quais serão as próximas montanhas que irá desafiar. Quanto mais altas e íngremes, mais interessantes se tornam pelos desafios que oferecem. Chego ao final destes quase dois anos com a percepção que não existiria analogia mais apropriada. Pedras, eu encontrei aos montes. Por muitas vezes me senti sozinho, cansado, parei olhei para trás vi o caminho escalado e o quanto ainda haveria de escalar. Vendo o abismo já ultrapassado e as enormes pedras pela frente, continuei. Não lembro ao certo quantas vezes pensei em desistir, ou quantas me perguntaram o que estava fazendo ali. De concreto tenho a certeza que as ferramentas que utilizei foram de excelente qualidade. Ferramentas como a persistência, a superação, o desprendimento e a paciência. Não seria justo agora que ao contemplar a vastidão, do alto do cume, esquecesse as pessoas que me motivaram a chegar lá.

Certamente não me lembrarei de todos, contudo registro aqui os que me veem a mente neste momento. A cada uma dessas pessoas a minha eterna gratidão.

À minha orientadora Ana Elizabeth Santos Alves, agradeço pelo conhecimento. Contudo, seria injusto de minha parte resumir apenas ao conhecimento. Ensinou-me a pensar de modo crítico. Durona, quando precisava ser, e muito afetuosa quando das minhas quedas e tropeços. Agradeço por ter me acolhido e compreendido durante o momento mais difícil da minha vida até aqui, o nascimento de minhas filhas. Tenho a certeza que neste momento ela conseguiu construir muito além que mais uma dissertação de mestrado, como tantas outras. Ajudou a construir um homem que agora pensa.

Aos colegas do mestrado que me acolheram e ajudaram tanto, agradecimentos sinceros e aos meus professores que me apresentaram um mundo vasto de possibilidades cognitivas.

Aos servidores do programa de mestrado sempre cordiais e solícitos.

As professoras Lívia Diana R. Magalhães e Maria Conceição Fonseca-Silva que me ajudaram muito quando tive que me afastar por conta de minhas filhas.

A Tânia Maria Rodrigues da Rocha sempre solícita a me ajudar.

A minha grande amiga Érica Tremura Barbosa minha incentivadora e que me deu muita força para ingressar e continuar no mestrado em memória. Sem a sua ajuda talvez não tivesse sequer iniciado no programa.

A Marcos Vinicius, grande amigo que tantas vezes realizou parte do meu trabalho na clinica e prefeitura para que pudesse estudar.

Aos profissionais da Atenção Básica do município de Vitória da Conquista, sempre solícitos em ajudar.

As Agentes Comunitárias de Saúde que participaram da pesquisa, e em especial as entrevistadas, pois sempre cordiais e pacientes. A estas profissionais dispenso grande admiração, pois compõe a força que move a Atenção Primária do Sistema Único de Saúde.

Aos colegas da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica onde trabalho. Passei noites em claro estudando e escrevendo, e em muitos momentos ajudaram-me em minhas tarefas para que tivesse mais tempo para estudar.

Aos meus pais, Robson Oliveira e Marinalva M^a Sacramento, pois me deram grande riqueza, a busca incessante pelo conhecimento.

Aos meus familiares que sempre me ajudaram e em muitos momentos possibilitaram as condições para que pudesse estudar.

As mulheres de minha família, pois a cada texto que lia sobre a mulher, revisitava a minha memória a imagem das mulheres fortes que tenho em minha família.

As minhas filhas Sofia e Valentina Pimenta Costa, embora sua chegada ao mundo tenha sido repleta de dificuldades me proporcionou ambiente ideal para compreender o que é superação. Após aprender o significado de superação com minhas filhas, bati a poeira levantei a cabeça e continuei a subida.

Para encerrar retorno a analogia do alpinista. Quando as pedras apareceram defronte a mim durante a escalada, tive duas alternativas: ou entregar-me ao abismo e desistir, ou encarar todas as pedras a minha frente e tentar vencer. A segunda foi a opção escolhida. E ao chegar ao cume, percebi não estar sozinho. Comecei então a vasculhar para saber o que tinha levado até ali, quando achei um dos bolsos uma foto da família e um papel com uma lista com o nome de todos aqueles que me incentivaram a realizar a subida. Ao olhar para o lado, recebo um sorriso daquela que esteve sempre

ao meu lado nesta sofrida escalada, Susana, a minha esposa. Fico feliz ao contemplar a vastidão ao seu lado, pois sei que parte desta escalada pertence a ela, que ao menor sinal de desistência, quando minha cabeça fraquejava, tratava logo de me dar ânimo novo e não me deixar desistir. Depois de subida tão difícil, felicidade, realização e sensação de dever cumprido.

A Deus e a todos os mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender a divisão sexual do trabalho e as qualificações "naturais" masculinas e femininas das Agentes Comunitárias (ACS) no dia a dia de trabalho, tendo em vista a construção de uma memória social acerca das experiências vivenciadas, partilhadas e articuladas entre as mulheres e os homens. O desenvolvimento da pesquisa partiu dos seguintes questionamentos: como podemos compreender a construção da memória na divisão sexual do trabalho e na qualificação de mulheres Agentes Comunitárias de Saúde? Como as qualificações para o trabalho são guardadas na memória do grupo? Como as qualificações construídas socialmente no cotidiano de vida e de trabalho são partilhadas e articuladas entre as mulheres e os homens? Para responder a essas questões utilizamos a memória como ferramenta de análise. O campo de estudo da pesquisa foi composto pelas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Atenção Básica (AB), localizadas em diferentes áreas da cidade de Vitória da Conquista, BA. Metodologicamente, o estudo sequenciou-se em duas fases com o intuito de manter um rigor na coleta dos dados da pesquisa. Utilizamos uma abordagem qualitativa, com amostra não probabilística, de cunho intencional. Após a observação dos sujeitos no campo de estudo aplicou-se questionários para delimitação da amostra e escolha de 7 (sete) ACS participantes de entrevistas semiestruturadas. Como resultados dos depoimentos percebeu-se que as qualidades "naturais" femininas estão relacionadas ao trabalho das ACS e são utilizadas em seu dia a dia. Foi observada também a forte influência que a experiência de vida tem na formação de um arsenal de conhecimentos que potencializa o fazer cotidiano das ACS. A relação entre a experiência de vida e as qualidades "naturais" femininas também foi outro ponto detectado como presente nas atividades das ACS, estando estas relacionadas pela existência de uma memória social construída ao longo da vida e revisitadas cotidianamente. Por fim, além do trabalho das ACS, esta pesquisa nos proporcionou entender melhor como as memórias do trabalho em saúde são construídas, ficando claro que a memória do trabalho em saúde em vários momentos é a própria memória do trabalho feminino.

PALAVRAS-CHAVE

Divisão sexual do trabalho. Memória Social. Qualificação. Cuidar. Trabalho em saúde.

ABSTRACT

This study aims to understand the gender division of labor and the Community Agents' (CHA) "natural" male and female qualifications in the day-by-day work in order to build a social memory about shared and articulated experiences between women and men. The development of the research started from the following questions: how can we understand the construction of memory in the gender division of labor and in the qualification of women Community Health Agents? How are the qualifications for the job stored in the group memory? How are socially constructed qualifications in everyday life and work shared and articulated between women and men? In order to answer these questions we use memory as an analysis tool. The study field of the research was composed of the so-called Family Health Units (FHU), which are linked to the Primary Care (PC) and located in different areas of the city of Vitória da Conquista, BA. Methodologically, the study was sequenced into two stages in order to keep the rigor in the collection of the research data. We used a qualitative approach with a nonprobabilistic sample, of the intentional kind. After observing the subjects in the study field, questionnaires were applied in order to define the sample and the selection of 7 (seven) CHAs taking part in semi-structured interviews. From their statements, one noticed that the "natural" feminine qualities are related to the work performed by the CHAs and are used in their everyday life. One also noticed the strong influence that life experience plays in shaping a supply of knowledge which enhances the CHAs' daily life. The relationship between life experience and female "natural" qualities was also another point detected as being present in the CHAs' activities and interrelated by the existence of a social memory which is built throughout life and revisited every day. Finally, besides the work performed by the CHAs, this research has enabled us to better understand how labor memories in the health field are built; thus making it clear that at several times healthcare labor memory is the very memory of women's labor.

KEYWORDS

Gender division of labor. Social Memory. Qualification. Housework. Healthcare labor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1.METODOLOGIA	19
1.1.1.Delimitando o estudo	20
1.1.2.Delimitando o campo de estudo	20
1.1.3 Considerações em torno da memória dos agentes comunitários de Saúde -ACS	23
2. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE A CATEGORIA TRABALHO	28
3. PARA COMPREENDERMOS O QUE É DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO	46
3.1. AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO	48
3.2. AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E A JORNADA DE TRABALHO	52
3.3. A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A REALIDADE DAS ACS	54
4. COMO ENTENDEMOS A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIFICAÇÃO	58
4.1. O TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DAS ACS	63
5. NOTAS SOBRE O CUIDAR: A ALMA DO TRABALHO EM SAÚDE?	67
5.1. AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E O TRABALHO DOMÉSTICO	69
5.2. TENTANDO ENTENDER O TRABALHO EM SAÚDE	33
5.3. NOTAS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE	38
5.4. O TRABALHO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE	40
5.5. O TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: COM A FALA AS PRÓPRIAS ACS	71
6. DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO EM SAÚDE, QUALIFICAÇÃO E AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: QUAL A MEMÓRIA?	75
CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS	85
APENDICES	

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência a Saúde

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve início no final da década de 1980 como resultado de vários movimentos sociais. Sua configuração atual é fruto dos movimentos sociais e de reforma sanitária surgido nas décadas de 1970 e 1980. Tais movimentos aglutinavam especialistas em saúde e movimentos sociais com a pretensão de estabelecer um sistema universal de assistência a população. Com a reforma política na constituição de 1988 ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde - (SUS) como resultado das propostas surgidas pelos movimentos iniciados nas décadas anteriores. Eventos como a 8ª Conferência de saúde em 1986 marcaram a participação popular na confecção do sistema que seria adotado em 1990 com a lei nº 8.080. Como princípios doutrinários foram estabelecidos a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência a população do sistema, na busca por garantir o acesso e a participação popular no seu funcionamento. Buscava-se garantir mais globalidade na oferta dos serviços pautados na promoção da saúde e proteção da vida.

As primeiras experiências do Programa de Agente Comunitário em Saúde (PACS) aconteceram por volta de 1988 no Estado do Ceará, sendo institucionalizado pelo Ministério da saúde em 1991. Esse programa foi pensado como uma estratégia de transição para outra ação mais abrangente: o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 (MARQUES E PADILHA, 2004). O PSF surge como forma de organizar os princípios básicos do SUS da universalidade de acesso, da integralidade no atendimento ao indivíduo, da equidade da assistência e do controle social. Como apontam Marques e Padilha (2004, p.346), as “duas estratégias constituíram-se caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança do modelo de atenção à saúde”. A requalificação da atenção básica é pensada através do Programa de Saúde da Família (PSF), gerando as condições para maior resolutividade ao redesenhar a gestão de recursos humanos e proporcionar maior integração das ações e serviços de saúde para suplantam a precarização do trabalho. Isso, enquanto melhora a atenção e relação dos principais interessados no processo de produção da saúde, os gestores, usuários e os profissionais (JUNQUEIRA et al, 2010).

O PACS em conjunto com o PSF, passa a constituir base importante para a reorganização do modelo de saúde até então vigente no país. Contudo, somente no final da década de 1990 foram fixadas as primeiras diretrizes para o exercício das atividades dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com o Decreto Federal nº 3.189/99. A profissão de ACS foi criada somente com a Lei federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 (MARQUES E PADILHA, 2004). A legislação que regulamenta a atividade dos ACS atualmente é a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a qual delimita as atividades dos ACS e Agentes de endemias. Estabelece os principais critérios para ocupação do cargo e as atividades fundamentais para a execução das suas ações. Tal normativa traz como pontos indispensáveis para a realização da atividade do ACS três exigências, sendo elas: residir na área aonde trabalhará; ter concluído o ensino fundamental; e, participar de curso de formação inicial e continuada para Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2006).

Os ACS surgiram em uma época marcada por desregulamentação geral das condições de trabalho, perda de direitos, flexibilização e precarização do trabalho, no início da década de 1990, resultado do processo de reestruturação produtiva e das políticas neoliberais no Brasil. Ao contrário da maioria das categorias profissionais, os ACS não perderam benefícios e direitos, pois não existiam enquanto profissão. Contudo, nascem desprotegidos em relação aos direitos e garantias gerais como trabalhadores do SUS (NOGUEIRA, SILVA E RAMOS, 2000).

Em pesquisa realizada por Nogueira, Silva e Ramos (2000, p.15), o perfil dos Agentes Comunitárias de Saúde foi caracterizado como o de “mulheres que têm nesta função sua primeira oportunidade de um trabalho remunerado em pequenos e médios municípios”. Tais autores apresentam ainda que “dado o perfil de renda da população brasileira em geral, ganhar um ou um pouco mais de um salário-mínimo é uma condição econômica que os distingue de seus vizinhos”. Os ACS desde o início da atividade profissional passaram a conviver com uma realidade bastante comum aos trabalhadores em saúde: a realidade da precarização e flexibilização das relações de trabalho. Além disso, iniciam as suas atividades em situação bem delicada, por não possuírem formação técnica prévia que os equipare aos demais membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), e por não possuírem ainda um corpo de saberes técnicos delimitados para a realização das atividades.

Segundo a portaria que delimita as suas atribuições, o lócus de atuação desses profissionais concentra-se junto à comunidade. A potência das suas ações está justamente no transcender o campo da saúde como pode ser percebido pela fala de Nogueira, Silva e Ramos (2000, p.6):

A ideia de que o ACS é um trabalhador genérico pode ser entendida tanto no sentido de que se trata de um não profissional quanto no de que suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem bem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial.

O ACS é definido como um profissional que atua segundo um conjunto de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, por meio de atividades educativas e de acompanhamentos a indivíduos, grupos e famílias, mobilizando práticas de promoção à vida em coletividade e através do desenvolvimento de interações sociais (MENDONÇA, 2004). Interpõe-se entre os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, servindo como elo. Vivencia dois universos de saberes, o conhecimento técnico dos profissionais da equipe de saúde e o conhecimento da comunidade na qual está inserido.

A memória nesse processo de trabalho tem um papel fundamental. Funciona como potencializador do trabalho do ACS.

A memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção, que se faz a partir daquelas, por certo, mas em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura (SÁ, 2007, p. 291).

Desta forma, o ACS dentro de seu campo de atuação e contexto onde está inserido, tem na memória ferramenta importante para a execução de seu trabalho. Sua participação em grupos distintos mobilizando conhecimentos de diversas fontes tem forte potencialidade na construção/reconstrução das experiências vivenciadas e compartilhadas pelos grupos.

Halbwachs (2006), afirma que cada indivíduo é membro de diversos grupos, participa de diversos pensamentos sociais, e tem o olhar mergulhado sucessivamente em vários pensamentos coletivos. Com esta dimensionalidade de olhares o ACS pode apoderar-se da memória como ferramenta potencializadora de suas ações.

A potencialidade das ações do ACS talvez se encontre justamente no ponto de contato com as suas experiências adquiridas ao longo da vida e a utilização destas nas suas intervenções junto à comunidade. Para Mendonça (2004, p.359):

Diante da ausência de um saber instituído, o profissional ACS em função de sua experiência de vida e do seu perfil social, guarda identidade com o grupo/comunidade a que pertence. Esses fatos não são generalizáveis, já que cada comunidade tem uma cultura própria, tem uma singular trajetória de ocupação do território e de organização solidária.

O conhecimento adquirido pelo ACS fora das instituições formais de ensino proporciona ângulo de visão peculiar em relação aos demais membros da equipe. O coloca como possuidor de arsenal diferenciado, pois as suas possibilidades extrapolam a área de saúde, o que em uma abordagem integral, como preconizada no modelo de assistência proposto pelo SUS, é de vital importância.

Vale ressaltar que todo indivíduo possui bagagem de conhecimentos produzidos ao longo da vida, em outros trabalhos, nas relações sociais e em diversas experiências. Relações, experiências e vivências que foram sendo construídas no dia a dia ao longo da vida e do trabalho, criando laços afetivos de solidariedade, de compromisso, de responsabilidade, de confiança, de cumplicidade entre as famílias e o ACS. Conhecimentos que vão contribuir com a formação de uma subjetividade solidária, e a instituição de uma nova ética no modo de fazer saúde (FERREIRA et al, 2009).

Esse conjunto de conhecimento assistemático pode ser denominado como “conhecimento tácito”, "saber tácito" (BIANCHETTI, 1999), “qualificação tácita” ou "qualificação socialmente construída" (LEITE E POSTHUMA, 1996). São entendidos como aqueles conhecimentos construídos e adquiridos pelo trabalhador durante o processo de trabalho e nas suas experiências sociais de um modo em geral, desenvolvidos como processo contínuo e essencial ao andamento do dia a dia do trabalho e da vida. Ao mesmo tempo, esses conhecimentos também são interpretados como construção sociocultural "natural" e não são adquiridas em instituições de ensino ou treinamento profissional, geralmente são desenvolvidas no espaço doméstico ou em outros espaços sociais. Podemos situá-los como um conhecimento assistemático, adquirido fora dos ambientes formais de ensino, porém, não menos importante ou útil no dia a dia dessas pessoas. Vale ressaltar que o conceito “natural” é o compreendido

como um processo que se espera pertencer aos homens e mulheres envolvidos no mundo do trabalho e no qual mobilizam diversos tipos de conhecimentos.

Com os ACS não acontece de modo diferente, no conjunto de conhecimentos mobilizados para o desenvolvimento do trabalho podemos apontar saberes tácitos ou "qualidades" tidas como "naturais" preexistentes para a ação das suas atribuições. O saber "tácito" pode ser compreendido nas palavras de Kuenzer (2001), como "síntese de conhecimentos esparsos e práticas laborais vividas ao longo de trajetórias que se diferenciam a partir das diferentes oportunidades e subjetividades dos trabalhadores". E em relação ao caráter de produção deste conhecimento a autora afirma que "estes saberes não se ensinam e não são passíveis de explicação, da mesma forma que não se sistematizam e não identificam suas possíveis relações com o conhecimento teórico".

Podemos perceber que o saber "tácito", é de difícil codificação, tornando complexo a sua sistematização, porém é extremamente dinâmico, estando presente em, praticamente, todos os processos de trabalho conhecidos no capitalismo (ARANHA,1997). Para Kuenzer (2002), o saber "tácito" é derivado da articulação entre saberes diversos e experiência, ou conhecimento de senso comum, onde ciência e ideologia se mesclam, de conhecimento teórico.

Assim, observamos que a expressão "tácita" está vinculada a saber, a conhecimento e a qualificação. Neste sentido, este estudo opta por abordar a expressão "tácita" relacionada à qualificação, por entender este conceito como uma construção mais próxima e mais relacional à expressão qualificações "naturais" femininas e masculinas. O problema de pesquisa desta dissertação está relacionado com as relações sociais de sexo e as qualificações ditas "naturais" femininas e masculinas, conforme Kergoat(2002).

A categoria qualificação possui uma multiplicidade de conceituações pela diversidade de delineamentos teóricos para quem interessa estudá-la. Ao observarmos pela perspectiva das "qualificações socialmente construídas", podemos considerar a distinção entre as qualidades "naturais" inseridas no contexto das relações sociais de sexo, como características masculinas e femininas. As características atribuídas ao trabalho das ACS e tidas como importantes em suas qualificações "naturais" são reconhecidas como femininas, quase sempre são vinculadas ao gênero feminino ou relacionadas, principalmente, com o trabalho doméstico (cuidados corporais, afetivos com os filhos, casa, família).

Todos os trabalhos relacionados às qualidades femininas são constantemente tidos como desqualificados, e segundo Kergoat(2002, p. 52) “o valor atribuído ao trabalho de uma mulher é sempre inferior àquele atribuído ao trabalho de um homem”.

Os ACS encontram-se, portanto, em encruzilhada que os colocam numa situação bastante complexa quando observamos as suas características de trabalho e contexto social.

Como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, as ações das ACS funcionam de modo amplo e complexo, extrapolando a área da saúde e agindo também como mobilizador social. O perfil das suas atividades tem ações relacionadas às características de atividades domésticas, vez que se associam com a “produção de seres humanos” (COMBES E HAICAULT, 1986) e todos aqueles trabalhos relacionados à manutenção da vida. Como dito, inserem-se no ambiente doméstico, ou ambiente privado, historicamente correlacionado ao trabalho da mulher. Este universo, encravado nas relações sociais de sexo e as suas ações, é considerado como desqualificado por ser trabalho do sexo feminino. Para Pierre Naville (1956 apud KERGOAT, 2002, p. 52):

É o valor socialmente atribuído a um trabalho que, em parte, fundamenta a qualificação: Obviamente quanto mais o trabalho for resultado de uma aquisição mais aparece como qualificado. Quanto mais ele for o efeito de capacidades que podemos chamar de naturais, menos é qualificado.

O trabalho de características domésticas embora tenha a função de prover a produção de homens e mulheres e manutenção da vida, ocupa sempre segundo plano no mundo do trabalho. É pouco valorizado, sendo associado sempre este tipo de atividade ao trabalho feminino de características desqualificadas.

O trabalho doméstico ou trabalho de característica privada, está sempre vinculado às qualificações “naturais” femininas, uma vez considerado como “natural” as mulheres e as qualidades de cuidar dos filhos, da casa, da alimentação da família e a tudo que remete ao “cuidar” de pessoas.

Segundo Dominique Fougeyrollas-Schwebel (2009, p. 257), o trabalho doméstico pode também ser entendido como “conjunto de tarefas relacionadas ao *cuidado das pessoas* (grifo nosso) e que são executadas no contexto da família – domicílio conjugal e parentela – trabalho gratuito realizado essencialmente por mulheres”. O cuidar aparece como a expressão do trabalho de características privadas e

de trabalho doméstico. É também associado às atividades realizadas em áreas específicas como a área da saúde, educação e todas aquelas que possuam perfil relacionado às qualificações “naturais” femininas.

Historicamente, o trabalho feminino foi relacionado com as atividades de cuidar, adequadas às atividades maternas e cuidados com a casa. Neste sentido, o conjunto de atividades que se assemelham ao trabalho feminino passa a relacionar-se de modo entrelaçado a atividades mal remuneradas, quando remuneradas, e de caráter precarizado. Assim, pressupomos que o vínculo entre área de saúde, “o cuidado com as pessoas” e perfil de trabalho feminino acaba por fixar-se na memória social da sociedade como “naturais” ao sexo feminino. Como o trabalho doméstico segue vinculado ao trabalho com qualificações “naturais” femininas, o “cuidar” é relacionado ao trabalho doméstico, tornando-se inseparável de toda construção que aborde a construção das qualificações “naturais” ditas femininas.

A perpetuação, dessa memória do trabalho feminino, na sociedade atual estimula questionamentos sobre como se estabeleceu a relação entre o trabalho feminino e a produção do “cuidado de pessoas”, objeto central do trabalho na área da saúde.

O Sistema Único de Saúde busca formar os ACS como um todo, levando em consideração durante a realização de suas práticas a dinâmica existente em cada grupo assistido pelos serviços de saúde. A contínua construção/reconstrução das experiências e da memória de um grupo pode ser fator importante em intervenções que inicialmente aparentem uma necessidade somente biológica. Uma visão integral dos indivíduos passa pela sua história e como chegou até aquele momento. Deste modo, podemos inserir essas reflexões no campo multifacetado da memória, conforme Gomes, Oliveira e Sá (2008):

Buscar acessar a memória e as representações sociais dos diferentes grupos sociais que aí interagem e, de certa forma, reconstruem o SUS no cotidiano dos serviços de saúde, pode ser um caminho profícuo para a compreensão dos aspectos psicossociais que se somam aos tantos outros elementos, resultando no sistema corporificado dos serviços de saúde.

Compreender como esses processos de construção social da memória sobre o trabalho em saúde, e em especial o trabalho feminino, influência a produção do cuidado de pessoas torna-se importante para a própria definição do que é trabalho em saúde.

A memória social comumente associa a ação da mulher em áreas ditas

adequadas às qualificações "naturais" femininas. Sempre identificadas com o desenvolvimento de determinados tipos de trabalho, vinculados geralmente às mesmas ações de reprodução direcionadas ou condicionadas a áreas como a da saúde, cuidado com crianças, idosos, creches, trabalho em casas de família, ou seja, áreas associadas ao cuidar de pessoas. Combes e Haicault (1987, p. 38,) explicam que:

Os aspectos concernentes à saúde ilustram bem esse fenômeno: a privação dos *savoir-faire* característicos ao parto, à educação das crianças, aos cuidados cotidianos, ao envelhecimento e à morte – transformados em serviços mercantis ou não mercantis – tornou as mulheres cada vez mais dependentes da mercadoria capitalista e da hierarquia masculina, simultaneamente. Sabe-se a esse respeito até que ponto o serviço da saúde é dominado por um sistema sócio-político de tipo patriarcal, em seu funcionamento interno como em suas relações com a clientela.

O trabalho dos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) possui grande vínculo com o trabalho doméstico, visto que aglutinam em si as características como “o cuidar” e pela “produção dos seres humanos”. Esta nítida relação traz para tal, relações de trabalho precarizado e desvalorizado, principalmente pelo fato de possuir similaridade com as qualificações “naturais” femininas. Vale ressaltar que embora seja preconizado processo formativo que estabeleça um conhecimento formal básico do Agente, as suas qualificações socialmente construídas não devem ser descartadas, pois passa a constituir grande potencialidade em suas ações. No entanto, o que parece ser grande ferramenta para reforçar a sua prática, acaba por ser também rotulado como desqualificado por não ser estruturado segundo um modelo padrão das profissões reconhecidas.

Tais características, inerentes aos ACS em suas qualificações “naturais” são relacionadas com trabalho de cunho reprodutivo, e por conseguinte, quase sempre vinculado ao gênero feminino. Não que seja estabelecido formalmente e intencionalmente através de portaria ou decreto, contudo as funções atribuídas ou constituintes do perfil destes profissionais relacionam-se as características descritas.

Considerando o perfil dos profissionais a que se pretende estudar, constatamos que a maioria é composta por mulheres. Estaria desta forma clara a relação estipulada entre perfil e as qualificações inerentes a suas práticas? Deste modo, cremos ser importante a compreensão de forma mais pormenorizada e mais clara das inter-relações entre as qualificações, a experiência e o gênero dos ACS com sua prática profissional. O ponto de partida deste estudo surgiu por meio de questionamentos sobre

o trabalho desse profissional, que ao serem contextualizados trazem categorias bem complexas de análise.

Inicialmente veio à tona as questões inerentes às qualificações necessárias para a realização do trabalho enquanto Agente comunitário. Como não é exigida qualificação formal prévia de conteúdo específico que qualificação ou qualidades são consideradas importantes para a execução de tais tarefas? Este trabalho toma como base a experiência tácita? O que se espera de qualificação inerente a esses sujeitos?

Em segundo plano, observamos o aspecto da natureza do trabalho. A base de ação é delimitada dentro de um território, do qual o agente faz parte como morador, e o lócus mais central de tais ações é a residência da família acompanhada. Neste aspecto, o “chão da fábrica” do agente comunitário passa a ser o ambiente doméstico dele e daqueles que são de sua responsabilidade “cuidar”. Deste modo, há um imbrincamento expressivo entre o trabalho do ACS e o trabalho doméstico. Considerando-se esta relação, vale ressaltar a intensificação de outra relação, à de que o trabalho doméstico e o trabalho em saúde sejam trabalhos associados ao gênero feminino.

Buscamos também, analisar a relação entre as qualificações inerentes (pré-existentes) aos sujeitos, o aspecto do trabalho e às relações de gênero na execução desse trabalho. Tal perspectiva teve como foco principal estabelecer as relações entre qualificação do trabalho do ACS e o trabalho do gênero feminino sob uma perspectiva da memória social.

Sendo assim, buscamos no desenvolvimento da pesquisa dialogar acerca das qualificações necessárias aos ACS para a execução das suas atividades e como estas qualificações sofrem influências da memória social. As qualificações são características femininas? É trabalho doméstico? São inerentes ou cultivadas pelos sujeitos?

Essas reflexões buscam embasar as análises sobre o conjunto de práticas e atividades de trabalho exercidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) ¹, tendo como ponto de partida a seguinte questão: Como podemos compreender a construção da memória na divisão sexual do trabalho e na qualificação de mulheres Agentes Comunitárias de Saúde? Como as qualificações para o trabalho são guardadas na

¹ Tendo em vista que a maioria dos ACS é composta por mulheres, optamos neste estudo compreender o trabalho das Agentes.

memória do grupo? Como as qualificações construídas socialmente no cotidiano de vida e de trabalho são partilhadas e articuladas entre as mulheres e os homens?

Apresentamos como objetivo geral compreender a divisão sexual do trabalho e as qualificações "naturais" masculinas e femininas das Agentes Comunitárias no dia a dia de trabalho, tendo em vista a construção de uma memória social acerca das experiências vivenciadas, partilhadas e articuladas entre as mulheres e os homens. Como objetivo específico buscamos: Analisar de que modo as qualificações "naturais" femininas e masculinas interferem no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde – ACS; Discutir como a experiência prévia de vida interfere no trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde – ACS; Analisar como a experiência prévia de vida e as qualidades "naturais" são utilizadas pelas ACS na composição do seu trabalho; e, Compreender como a memória social influencia a experiência e as qualidades "naturais" femininas e masculinas dos ACS no seu processo de trabalho.

Este estudo está dividido nas seguintes partes. Uma introdução, que busca apresentar ao leitor o objeto de estudo, definição do problema e objetivos de pesquisa. Em seguida, apresentamos a delimitação metodológica, pois para analisar a relação entre trabalho, memória, qualificação e divisão sexual do trabalho na área da saúde necessita-se uma sistematização que permita ir além da pura constatação de fatos isolados e enumeração de dados quantitativos. Deste modo, a utilização do método que valorize a construção e análise das categorias inseridas em seu contexto social e das estruturas de classes sem negligenciar o processo histórico. Em sequência, abordamos a categoria trabalho em seus aspectos conceituais, e a correlação deste com os aspectos sociológicos; o trabalho em saúde e a divisão sexual do trabalho; neste último ponto, segue como subdivisão discussões sobre qualificação, centrando nas qualificações socialmente construídas e nas qualificações ditas “naturais” do sexo feminino. A discussão sobre a memória permeia de modo contínuo as demais categorias, deste modo, pretendemos vincular as categorias estudadas, criando uma interação mais natural das mesmas com os resultados das entrevistas.

1.1. METODOLOGIA

1.1.1. Delimitando o estudo

Segundo Minayo et al (1992, p. 42-43), a metodologia de uma pesquisa é “mais que uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as opções e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico”. Para a resolução das questões levantadas buscamos construir um corpus teórico que embasasse as discursões acerca das categorias analíticas mobilizadas durante a pesquisa.

As categorias, para Minayo (2007, p.178), “constituem-se como termos carregados de significação, por meio dos quais a realidade é pensada de forma hierarquizada”. Ao considerar o pensamento dialético como base, a autora explica que “as categorias não são entidades, são construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social”. A percepção e interpretação do que esperamos apreender sobre as categorias de análise tiveram como prisma perceptivo a memória social para a compreensão de como acontece essas relações na área da saúde.

As categorias de análise que permeiam este estudo consistem no trabalho em saúde, na divisão sexual do trabalho, com destaque para o trabalho doméstico e qualificação, especificamente as qualificações “socialmente” construídas. Como modo de abordagem a presente pesquisa caracteriza-se como qualitativa, conforme Minayo e Sanches (1993, p. 244):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos, o estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica e de campo. Como base de sustentação teórica optamos pela utilização de um referencial pautado nos estudos da sociologia do trabalho, tendo como princípio fundante a linha do materialismo histórico. O método de análise dos resultados encontrados, após a coleta junto aos informantes, foi construído tendo por base a dialética, pois como aborda Minayo et al (1992, p. 77) “neste método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida”.

1.1.1. Delimitando o campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Vitória da Conquista – Bahia. Segundo dados coletados no site do Portal do Ministério da Saúde (MS) (2012), na Sala de Apoio à Gestão Estratégica, o município de Vitória da Conquista foi fundado em 1840, possui população de 315.883 habitantes, tendo densidade populacional de 92,75 hab./km². Localizado na Região Sudoeste do Estado com clima semiárido, área total de 3.405,58 Km², altitude de 923 metros em relação ao nível do mar. Apresenta 152.226 habitantes do sexo masculino e 163.658 do sexo feminino.

O campo de estudo da pesquisa foi composto pelas Unidades de Saúde da Família (USF) vinculadas à Atenção Básica (AB) da cidade, localizadas em diferentes áreas da cidade. O município, apresenta 36 unidades de saúde da família, cobrindo um total de 39, 32% da população total. Em relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde a página do Ministério da Saúde mostra a existência de 522 Agentes, distribuídos nas equipes de saúde da família do município (zona urbana e zona rural), com cobertura total de 300.150 habitantes, totalizando 98,02% da população. A pesquisa foi realizada em sete Unidades de Saúde da Família (USF) com 10 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em bairros diferentes da cidade (Portal do Ministério da Saúde – MS, 2012).

Na fase exploratória da pesquisa seguimos critérios bem delimitados para a estruturação da coleta dos dados empíricos. A fase de coleta foi subdividida em duas etapas. Inicialmente, aplicamos 18 questionários as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com o objetivo de selecionar um pequeno grupo de informantes para a realização de entrevistas. Esta etapa visou caracterizar melhor os informantes da pesquisa e servir de base para escolher número de indivíduos conveniente. Esse instrumento foi dividido em duas partes: A primeira constou com as seguintes informações: com uma identificação pessoal, área em que trabalham, idade, e há quanto tempo realizavam a atividade. A segunda parte compunha de três questões: a primeira sobre as qualidades que os ACS consideravam necessárias para a realização da atividade, sendo de múltiplas escolhas com a possibilidade de marcar várias alternativas; a segunda, sobre se possuíam atividade complementar a de ACS e qual era essa atividade; e, a última, quais as atividades que os mesmos realizavam após o trabalho, sendo também de múltiplas escolhas com a possibilidade de marcar várias alternativas.

Para a operacionalização da pesquisa inicialmente foi aplicado questionário² em uma unidade com 18 (dezoito) ACS, a fim de avaliar a necessidade de correção dos possíveis erros metodológicos ocorridos na construção do instrumento. Após a adequação e correção do instrumento, foram aplicados mais 54 (cinquenta e quatro) dos questionários³ corrigidos. O instrumento foi aplicado em horários agendados diretamente com os informantes, nas reuniões de equipes e geralmente no local de trabalho dos ACS. Não foi utilizado todo o corpo de profissionais do município por entender que em uma pesquisa qualitativa o mais importante são as análises e interpretações das “falas” dos informantes e não apenas a produção de dados numéricos.

Na etapa seguinte, foram escolhidos para participarem de uma entrevista semiestruturada 7 (sete) ACS. Foi preservada a heterogeneidade em relação ao perfil socioeconômico e de localização geográfica de acordo com as unidades participantes. Optamos por selecionar apenas mulheres Agentes Comunitárias de Saúde por considerar que, historicamente, a prática em saúde e em especial, as atividades desta categoria profissional desde a sua gênese a maioria é do sexo feminino⁴.

A escolha das entrevistadas foi realizada de acordo com o perfil encontrado nos questionários aplicados. Optamos por elencar pessoas com variados níveis de escolaridades, formação, faixas etárias, tempo de atuação como ACS, possuir mais de um vínculo profissional e pelas respostas contidas nas questões sobre o comportamento na atividade como ACS e convivência social. Para seleção dos depoentes e a formação de grupo representativo buscamos uma heterogeneidade nas respostas dos questionários com o intuito de compor amostra mais representativa do total de ACS. Após a delimitação dos informantes, foi construída uma entrevista semiestruturada com o resultado do questionário aplicado as agentes selecionadas. Na delimitação tentamos selecionar quantidade de indivíduos representativa das várias áreas do município, respeitando a proporcionalidade a diversidade em termos de idade, área onde vive tempo de atividade como agente comunitário, perfil de atividades realizadas e realização de jornada de trabalho complementar à renda⁵. Na análise dos dados seguimos aspectos

² Disponível no Apêndice A

³ Disponível no Apêndice B

⁴ Em relação à forma de tratamento das ACS, embora não existam critérios estabelecidos em relação a regras gramaticais será sempre referido a estes profissionais como “as agentes comunitárias em saúde”, embasado nos trabalhos Duarte, Silva e Cardoso (2007) e de Marzari, Junges e Selli (2011).

⁵ Os quadros estão disponíveis no Apêndice C e D.

metodológicos no sentido de manter a impessoalidade e anonimato dos informantes selecionados.

Acreditamos que para melhor compreensão do trabalho das ACS, torna importante a análise desse trabalhador em seu campo de atuação através das categorias analíticas delimitadas no presente estudo. Na realização das entrevistas⁶ interpelamos os sujeitos sobre as características tópicos como: O que é trabalho, o que é o trabalho do ACS, que atividades realizam em seu ambiente doméstico, a diferença entre trabalho de homem e trabalho de mulher, características que os mesmos consideravam pertinentes terem para exercer a atividade de ACS, como os mesmos percebem a relação entre conhecimento adquirido na equipe em contraposição ao conhecimento adquirido na comunidade, e, o que é cuidar. Para a compreensão de como as experiências prévias influenciam o trabalho da ACS questionamos como as atividades exercidas anteriormente pelas mulheres contribuem com a execução da atividade de ACS e como o saber transmitido pelos familiares influenciam nas suas ações como ACS.

1.1.2. A memória como ferramenta de análise do trabalho dos ACS

A memória encontra-se na encruzilhada dos diversos caminhos do conhecimento, torna-se então categoria complexa e de difícil definição. Segundo Celso Pereira de Sá, (2007, 290) “a memória tem sido tema intensamente explorado pela filosofia e hoje é um conceito maior das ciências da cognição, das neurociências e da informática”. A memória para Fentress e Wickham (1992, p.17), “penetra em todos os aspectos da nossa vida mental, dos mais abstratos e cognitivos aos mais físicos e inconscientes”.

Para melhor compreensão dessa multiplicidade necessitamos de uma delimitação inicial do que seja memória. Para Castanho (2011, p.11) “A memória é algo mais substantivo, tanto do ponto de vista do objeto quanto do sujeito”. A memória é o que se lembra, entre fatos, impressões, emoções, e tudo o mais que passou pelo campo perceptivo dos indivíduos e da sociedade, sendo ora retido por um e por outra, e devolvido de acordo com a necessidade (CASTANHO, 2011). Para Alves e Oliveira (2011, p.134) podemos entender a memória como um fenômeno que sintetiza “as

⁶O roteiro da entrevista semi estruturada está disponibilizada no Apêndice E.

recordações, ora retendo, ora excluindo informações, e que ocorre no exercício de seleção, correlação e sintetização de imagens de acontecimentos, sentimentos e sensações pretéritas”. Sá (2007, p. 291) explica que a memória humana:

Não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção, que se faz a partir daquelas, por certo, mas em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura.

A memória social, segundo Sá (2007, p.291), seria um termo mais amplo que contemplaria todos os fenômenos sociais relacionados à memória, como um tema guarda chuva, abarcando sob ele uma gama maior de campos de estudo da memória. A memória coletiva restringiria os processos da memória a grupos delimitados, tendo, deste modo, uma abrangência menor do que o termo memória social.

Considerando que lembrar é ato eminentemente individual, por muito tempo descuidou-se da base social da memória e, só há muito pouco tempo, as ciências sociais dedicaram maior atenção a este assunto (PERALTA, 2007). Refletindo sobre a delimitação dos termos social ou coletivo podemos delimitar os dois pontos segundo uma lógica baseada na amplitude de cobertura de seus conceitos. Sendo, a memória social de maior amplitude que a coletiva.

De acordo com Fentress e Wickham (1992, p. 41), podemos compreender em princípio a “memória social como expressão da experiência coletiva: a memória social identifica um grupo, conferindo sentido ao seu passado e definindo as suas aspirações para o futuro”. A nosso ver, esta seria uma forma mais que apropriada de correlacionar estas duas perspectivas de abordagem da memória. É neste sentido que pretendemos compreender a memória da divisão do trabalho em saúde.

Em relação à memória coletiva o seu principal pensador e cunhador do termo, foi o francês Maurice Halbwachs (1875-1945). O mesmo focou seus estudos no campo da memória dos grupos. A amplitude de sua obra extravasa os limites das linhas teóricas servindo de base para vários pensadores da memória coletiva que vieram depois dele. Segundo Peralta (2007, p. 5) “é Halbwachs que, acusando a influência de Durkheim, viria a inaugurar uma conceptualização da memória enquanto fenômeno eminentemente coletivo, introduzindo este conceito nos léxicos das ciências sociais”.

A importância dos grupos é preponderante sobre a memória do indivíduo. O grupo possui uma ascendência sobre os processos mnemônicos individuais, mesmo

considerando que este possui importância no processo de reconstrução do seu passado (HALBWACHS, 2006). Contudo, Halbwachs (2006) não desconsidera a existência de uma memória individual, mas situa esta em um panorama maior inserido em um contexto social. Fentress e Wickham (1992, p. 20) não atribuem esta soberania do grupo em relação ao indivíduo, mas coloca as duas em um mesmo nível, pois considera que “normalmente, as nossas recordações estão misturadas e têm ao mesmo tempo um aspecto social e outro pessoal”.

A participação nos grupos, segundo o pensamento Halbwachiano age de modo significativo na formação do indivíduo. Contudo, para que o grupo atue sobre indivíduos de modo importante prescinde sua materialidade, ou melhor, a presença do contato com aqueles que compõem determinado grupo não é necessária para que este se mantenha na sua memória. Entretanto, há a necessidade da existência de um sentimento de coesão do grupo para que sua memória exista:

Todavia, quando dizemos que o depoimento de alguém que esteve presente ou participou de certo evento não nos fará recordar nada se não restou em nosso espírito nenhum vestígio do evento passado que tentamos evocar, não pretendemos dizer que a lembrança ou parte dela devesse subsistir em nós da mesma forma, mas somente que, como nós e as testemunhas fazíamos parte de um mesmo grupo e pensávamos em comum com relação a certos aspectos, permanecemos em contato com esse grupo e ainda somos capazes de nos identificar com ele e de confundir o nosso passado com o dele. (HALBWACHS, 2006, p. 33)

O contato com o grupo ao qual está ligada uma determinada memória, como dito, é fator importante para a existência da mesma e o afastamento do indivíduo deste grupo, implica no esquecimento das memórias existentes. Importante ressaltar, que embora haja uma determinação coletiva das memórias, é o indivíduo que lembra, havendo desta forma tantas percepções quantos indivíduos houver.

A manutenção do contato com o grupo e o entrelaçamento das informações contidas em cada indivíduo permite reconstruir e compor as memórias do grupo do qual este faz parte. O próprio Halbwachs afirma que:

É preciso que esta construção funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e também no dos outros, porque elas estão sempre passando destes para aquele e vive-versa, o que será possível somente se tiverem feito parte e continuarem fazendo parte de uma mesma sociedade, de um mesmo grupo (HALBWACHS, 2006, p. 39).

A importância do grupo seria tanta para Halbwachs, que, para que haja um aproveitamento das memórias dos demais componentes, não é necessário além da simples escuta de depoimentos, é necessário haver muitos pontos coincidentes na memória destes indivíduos para que o grupo seja capaz de reconstruir o passado sobre uma base de lembranças em comum (HALBWACHS, 2006).

Para distinguir entre os processos de reconstrução do passado de origem individual e coletivo, Halbwachs, chega a delimitar dois tipos de memórias. Como pode ser observado quando afirma que:

Haveria, portanto motivos para distinguir duas memórias, que chamaríamos, por exemplo, uma interior ou interna, a outra exterior – ou então uma memória pessoal e a outra, memória social. Mas exatamente ainda (e do ponto de vista que terminamos de indicar), diríamos memória autobiográfica e memória histórica (idem, 2006, p.73).

Como pontuado por Halbwachs para a construção e reconstrução da memória é preciso que ocorra a convergência das experiências e lembranças entre os indivíduos do grupo:

Para que a memória dos outros venham assim a reforçar e completar a nossa, como dizíamos, é preciso que as lembranças desses grupos não deixem de ter alguma relação com os acontecimentos que constituem o meu passado. Cada um de nós pertence ao mesmo tempo a muitos grupos, mais ou menos amplos (idem, 2006, p.98).

A temporalidade da memória não obedece ao tempo cronológico artificial para Halbwachs (2006, p.119), pois, o tempo em sua concepção “não passa de uma criação artificial, obtida por soma, combinação e multiplicação de dados tomados de empréstimo às durações individuais e somente a estas”. O tempo passa de modo diferente para cada grupo, cada coletividade tem a sua própria duração e sua representação de tempo. Em contraponto, Halbwachs aponta que um indivíduo vivencia uma diversidade de tempos, pois pertence a igual diversidade de grupos. “Cada um é membro de diversos grupos, participa de diversos pensamentos sociais, seu olhar mergulha sucessivamente em vários pensamentos coletivos (idem, p.153)”. Para Halbwachs “o tempo só é real na medida em que tem um conteúdo, ou seja, na medida em que oferece ao pensamento uma matéria de acontecimentos” (idem, p. 156).

Em sua concepção, o espaço é duração. “A estabilidade da habitação e sua aparência interior não deixam de impor ao grupo a imagem pacificante de sua continuidade” (idem, 2006, p.159). A delimitação do grupo, deste modo, possui aspectos diferentes quando se aborda o binômio espaço/tempo. O tempo estando relacionado mais as necessidades do grupo e sua temporalidade depende dos acontecimentos importantes para os seus constituintes. No entanto, o espaço possui caráter fixo ancorando este grupo a um *locus* deixando claro a sua definição material. “Quando inserido numa parte do espaço, um grupo o molda a sua imagem, mas ao mesmo tempo se dobra e se adapta a coisas materiais que a ela resistem. O grupo se fecha no contexto que construiu (idem p. 159).” De modo muito simples podemos afirmar em relação à construção dos espaços que “Há tantas maneiras de representar o espaço quanto grupos (idem, p.188)”.

Em nossa compreensão, a memória revela-se como ferramenta de análise da configuração do trabalho dos ACS. Para além dos grupos, a organização societal na qual as mulheres Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) estão inseridas, é para nós fator preponderante para a compreensão do trabalho feminino, dos processos de trabalho em saúde e das qualificações socialmente construídas.

2. CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS SOBRE A CATEGORIA TRABALHO

O trabalho na sua determinação ontológica é entendido como uma ação de homens e mulheres para transformar a natureza, processo fundamental para a humanização, pois, o que nos distingue dos primatas mais evoluídos é a utilização das mãos para tarefas mais complexas, tal como criação de utensílios e sua aplicação de modo racional (ENGELS, 1999). “É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem” (idem, p.4). O trabalho passa a centralidade da vida humana do seu aspecto individual ao coletivo, aglutinando em torno de si as engrenagens que movem a sociedade. Considerando o conceito delimitado por Marx (1985, p.149) em O capital, podemos afirmar que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza.

Em seus estudos sobre o trabalho, Marx, aborda o homem como ser genérico e universal não distinguindo homem e mulher. Segundo o autor:

O homem é uma criatura genérica, não só na acepção de que faz objeto seu, prática e teoricamente, a espécie (tanto a sua própria como das outras coisas), mas também - e agora se trata apenas de outra expressão para a mesma coisa - no sentido de que ele se comporta diante de si mesmo como a espécie presente, viva, como um ser universal, e portanto livre (MARX, 1985, p. 115).

O trabalho constitui deste modo, a natureza modificada pelo homem para a realização das suas necessidades. Homens e mulheres encontram-se inseridos em um ambiente social e suas ações dentro e fora do trabalho estão balizadas pelas relações sociais por meio do trabalho. Ocupam posição de destaque em relação aos demais seres pela sua complexidade de organização e pensamento crítico perante a natureza,

relacionada pelo trabalho ou direcionadas a ele. A diferença básica entre as formações mais complexas e estruturadas construídas por diversos animais e a engenhosidade humana encontra-se no fato de que mesmo os animais com maior destreza ainda prescindem de algo inerente à natureza humana, o raciocínio. O planejamento prévio do que se pretende construir, o trabalho como resultado de uma razão racional prévia, ou melhor, uma ação teleológica. A distinção entre o pior arquiteto e a melhor abelha é a ação de arquitetar de forma mental antes da construção em cera. O trabalho final já existia desde o início na imaginação do trabalhador (MARX, 1985).

O trabalho humano adquire características singulares. Distancia-se dos animais ao possuir componente teleológico que o conduz a um fim determinado. O entendimento do processo de produção, com complexidade mais acentuada difere o trabalho humano. O domínio do corpo para uma ação puramente prática passa antes pelo planejamento e estruturação do trabalho cognitivamente tornando-se mais importante que o executar sem base teórica.

A cooperação entre a mão, cérebro e órgãos de linguagem, na sociedade e em cada indivíduo, fizeram os homens aprenderem a executar operações paulatinamente mais complexas, galgando objetivos cada vez maiores (ENGELS, 1999).

O trabalho, para além, de inerente ao ser humano, deste modo, pode ser considerado como criador do próprio ser humano. Mais que isso, é condição essencial para a existência. Como criador de valores de uso de trabalho útil, independente das formas de sociedade, é perene a necessidade natural de mediação do metabolismo entre o homem e a natureza (idem, p.172).

As formas diferentes como os homens e mulheres se organizam para o trabalho e a produção de bens suscitaram diferentes concepções sobre o que é trabalho e seus significados. A própria etimologia da palavra trabalho possui variadas origens. Do latim, *Tripalium*, instrumento utilizado para tortura, ou mesmo, labor, ação associada ao sofrimento e ato de ESforçar-se. Uma visão muito clara na Idade Média era vincular o trabalho à redenção dos pecados e alcance da redenção perante Deus. Com a reforma protestante o trabalho foi observado não mais como forma de espionar os pecados, mas de conseguir as benesses que a graça divina poderia lhe proporcionar (ALBORNOZ, 1988). A autora produz bom exemplo do que seria o significado da palavra trabalho ao afirmar que:

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, o seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura. É o homem em ação para sobreviver e realizar-se, criando instrumentos, e com esses, todo um novo universo cujas vinculações com a natureza, embora inegáveis, se tornam opacas (idem, p. 9).

A dinamicidade que possui o trabalho ao longo da história o coloca em posição central na evolução da sociedade. Podemos compreender essa historicidade do trabalho por meio das sociedades de organização pré-capitalistas e capitalistas.

Nas formas primordiais de organização social humana existiam as comunidades primitivas onde a propriedade dos meios de produção era comum, com a terra ocupando a posição de recurso principal, existindo desenvolvimento incipiente das forças produtivas que estabeleciam uma divisão do trabalho pelo sexo e idade e apropriação coletiva da terra. Dentro deste contexto, a ocorrência de excedente de produção era remota, e quando existia, constituía-se como excedente social (CASSIN, 2009).

Contudo, com a apropriação privada da terra e a diferenciação das relações entre a necessidade de produção e a acumulação do excedente produzido, ocorreram mudanças no universo do trabalho e na sociedade de modo geral. Poucos passaram a ter a posse de bens e estruturas, como a terra, muitos outros, a possuir apenas a própria força de trabalho, gerando as primeiras relações de dominação e estratificação social. Para Cassin (2009, p.65):

O desenvolvimento das forças produtivas possibilita a criação de excedente na produção, a apropriação privada dos meios de produção favorece o aparecimento das classes sociais e as relações de dominação e de exploração das classes proprietárias dos meios de produção sobre as classes não proprietárias dos meios de produção, sendo estes últimos propriedades (escravos) dos primeiros.

Ponto crucial na tese marxiana é a distinção clara entre aqueles que detêm os meios para produção de mercadorias, e o trabalhador que necessita trocar sua força de trabalho como mercadoria de subsistência. Marx (1985, p. 50), aponta que:

Numa sociedade cujos produtos assumem, genericamente, a forma de mercadoria, isto é, numa sociedade de produtores de mercadorias, desenvolve-se essa diferença qualitativa dos trabalhos úteis, executados independentemente uns dos outros, como negócios

privados de produtores autônomos, num sistema complexo, numa divisão social do trabalho.

É imprescindível observar como foi construído e em que época foi observada as relações de dominação e estratificação, pois, estas se vinculam ao seu quadro social e contexto histórico, entendendo mulheres e homens como seres sociais formados pelo trabalho.

Para pensarmos sobre o funcionamento e estruturação do capitalismo ou a lógica de funcionamento do capital, recorremos a Mézàros (2002) no qual explica o sistema de metabolismo social do capital como originário da divisão social do trabalho, estabelecendo duas formas de mediações, sendo uma de primeira ordem e outra de segunda ordem. Na primeira, a preservação das funções vitais e a reprodução da vida. Possui como características definidoras a compreensão de que os seres humanos são parte da natureza e não podem viver de modo instintivo não mediado com a natureza como os outros animais. A instituição das funções de mediações entre os homens são necessárias para a reprodução de sua existência enquanto organização societal, as mediações são estabelecidas pelas relações ontologicamente singulares ao ser humano pelo trabalho (MÉSZÁROS, 2002).

As condições básicas para as mediações primárias abrangem as relações para a reprodução da vida segundo uma margem de ação sócio histórica. Mézàros (2002, p. 212) afirma que:

Em consequência dessas condições e determinações ontológicas, os indivíduos humanos devem sempre atender às inevitáveis exigências materiais e culturais de sua sobrevivência por meio das indispensáveis funções primárias de mediação entre si e com a natureza de modo geral.

Essas condições podem ser descritas como: a reprodução da atividade reprodutiva biológica; a regulação dos processos de trabalho; a organização de relações adequadas de troca; organização, coordenação e controle da reprodução sócio-metabólica das comunidades humanas; a alocação racional de recursos humanos e materiais; e, publicação e administração das normas de organização societal. Como visto nenhuma dessas condições estão pautadas numa hierarquização estrutural de dominação e subordinação (MÉSZÁROS, 2002). Como pontua Mézàros (2002, p.213),

“as determinações opressivas dos modos hierárquicos de controle da reprodução surgem de outras raízes no curso da história”.

Por sua vez, as mediações de segunda ordem são aquelas que necessitam de hierarquias estruturais de dominação e subordinação para funcionar. As mediações de segunda ordem de períodos específicos da história atingem a realização de qualquer uma das funções de mediação de primeira ordem. Tais acontecimentos tornam irreconhecíveis as bases de funções das mediações de primeira ordem, isto para ajustarem-se as necessidades de crescimento do sistema de segunda ordem feitichizante e alienante do sistema sociometabólico (MÉSZÁROS, 2002).

Para o estabelecimento do capital e que suas mediações de segunda ordem se instalem é conveniente a subordinação de todas as atividades reprodutivas sociais à expansão do capital. Para Mézàros (2002, p.213) a total:

Subordinação das necessidades humanas à reprodução de valor de troca – no interesse da auto realização ampliada do capital – tem sido o traço marcante do sistema do capital desde o seu início.

As mediações de segunda ordem possuem como condições necessárias: uma lógica de controle sobre reprodução, inclusive de ordem biológica; a opressão e as diversas formas “enganadores” do dinheiro; a separação e alienação do trabalhador aos meios de produção; os objetivos feitichizantes da produção submetendo à satisfação das necessidades humanas a lógica do capital; a imposição de uma dominação sobre os trabalhadores; a personificação do capital; a personificação do trabalho reduzindo o indivíduo as suas funções (MÉSZÁROS, 2002). Antunes (1999, p. 22) sobre a relação entre as mediações de primeira ordem e as de segunda ordem comenta:

Assim, cada uma das formas de mediação de primeira ordem é alterada e subordinada aos imperativos de reprodução do capital. As funções produtivas e de controle do processo de trabalho social são radialmente separadas entre aqueles que produzem e aqueles que controlam.

De modo mais simples, podemos afirmar que o capital adquiriu um traço marcante desde o seu início, a total subordinação das necessidades humanas, mediações de primeira ordem, à reprodução do valor de troca na busca da auto ampliação do capital (MÉSZÁROS, 2002).

Os caminhos para a compreensão do que seja trabalho, embora tortuosos e complicados, nos conduzem para um maior entendimento das relações sociais. Constitui categoria central na trajetória humana, sendo, desta forma capaz de clarear grande parte dos processos históricos que culminaram com a formação das sociedades atuais.

2.1 TENTANDO ENTENDER O TRABALHO EM SAÚDE

Com a pretensão de superar um modelo centrado no trabalho do profissional médico, na especialização exacerbada e nos processos biológicos de saúde/doença. Surge a necessidade de uma nova concepção de saúde buscando uma compreensão do indivíduo onde houvesse a relação dos fatores biológicos, sociais e econômicos para a manutenção e promoção da saúde de forma integral. Sendo assim, uma nova perspectiva de formação e atuação dos profissionais para esse campo de trabalho passa a ser exigida. Os profissionais em saúde até o momento da criação do SUS não possuíam uma formação que estimulasse, ou pelo menos proporcionasse o contato com uma visão mais integral dos indivíduos e dos processos de saúde. Iniciou-se o estímulo formal para que o profissional em saúde compreendesse o indivíduo como parte de um meio e resultado das relações sociais que constrói ao longo de sua vida.

A busca por novas perspectivas na produção dos serviços em saúde que contemplem o indivíduo como um todo, esbarra atualmente em alguns nós críticos do sistema, como a formação e as contradições em relação a permanência de modelos de saúde hegemônicos antagônicos. Embora o SUS estimule uma atuação pautada na promoção da saúde e proteção da vida, o processo de formação encontra-se pautado no modelo biomédico com forte apelo pela especialização. O indivíduo é estratificado e dicotomizado segundo uma linha de montagem de modelo Taylorista-Fordista. Em paralelo a esta percepção se encontram os princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) que buscam abordagem mais completa dos indivíduos reconhecendo-o como ser complexo. As mudanças que surgiram fruto de movimentos sociais e de trabalhadores engajados em promover uma perspectiva de atuação mais holística na abordagem do indivíduo. Buscaram fugir de uma perspectiva de atuação fragmentada e centrada na especialidade médica. A lógica esperada, para o sistema é centrada no cuidado integral ao indivíduo e não na visão especializada e isolada dos demais contextos.

Nas entrevistas com as participantes da pesquisa podemos perceber este direcionamento de atenção integral ao indivíduo em relação ao processo de saúde e doença a entrevistada Esmeralda aponta:

Pra mim, o trabalho em saúde voltado para minha área, é trabalhar o bem estar físico, mental e social dos moradores. Porque, às vezes, ele esta bem fisicamente como eu te falei, só que, espiritualmente, ele não tá bem, porque, às vezes aqui tem muito problema com violência com drogas.

A reflexão iniciada busca contextualizar este estudo acerca do processo histórico e quais modelos hegemônicos encontram-se vigentes nas políticas públicas de saúde no Brasil. O trabalhador de saúde inserido em tal contexto transita em realidades diferentes ao considerarmos que está inserido no setor público e no privado, em sua maioria possui mais de um vínculo que o coloca em situações diferenciadas.

O entendimento do trabalho em saúde de uma forma mais ampliada pode ser observado como Ramos (2007, p. 54) considera que:

Visto pelo prisma ontológico, a atenção em saúde poderia ser compreendida como a ação humana destinada ao cuidado do com o outro. Se, por esse sentido, o trabalho não é uma mercadoria, mas a mediação primeira na produção da existência humana, o trabalho em saúde seria o meio pelo qual a existência é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social.

A reprodução das necessidades de saúde e a construção do trabalho em saúde precisam ser compreendidas em suas ligações históricas e de produção da existência. Ao assumir caráter de mercadoria conforme o modo de produção capitalista, o trabalho em saúde passa a produtor de bens seguindo os padrões estipulados pelo capital. Desse modo, o ser humano “coisifica-se”, tem sua força de trabalho transformada em fator de produção, assim, é diminuído em sua humanidade (RAMOS, 2007).

No momento em que o trabalho em saúde não se rende a lógica de produção do capital, redireciona seu foco a função primordial da manutenção da vida. Neste, sentido como afirma Ramos (2007), “o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, pois a atenção integral em saúde se volta para as necessidades do ser humano como sujeito e não como objeto do capital”.

No setor privado, o trabalhador expõe-se as leis de mercado em um modelo incrustado pelo capital e subsumido a ele. No setor público encontra-se em um modelo hegemônico que propõe princípios voltados para o bem estar dos indivíduos em uma

perspectiva de assistência integral ao usuário, contudo, nem sempre funcionando desta maneira. Em relação ao trabalhador em saúde o que se vê é submissão do aparato de Estado as mazelas oferecidas pelo capitalismo e que sorrateiramente expropriam os trabalhadores. Desta forma, encontram-se abarcados pela flexibilização das relações e dos contratos de trabalho, salário baixos, péssimas condições de trabalho e lógica de mercado pautada em um grande exercito de reserva na maioria das profissões.

Para Baraldi et al. (2009, p. 544):

No setor saúde, a flexibilização das relações de trabalho também tem proporcionado condições variáveis de trabalho, multiplicidade de vínculos e leque variável do gozo de direitos trabalhistas. Embora haja relatos de maior liberdade no tocante a negociações entre empregado-empregador, com respeito a salário, carga horária e direito a férias, é sabido que esta situação depende da demanda e oferta de profissionais.

Tendo o Estado como principal empregador no setor de saúde no Brasil o processo de flexibilização dá-se de duas formas: pela ausência de concursos públicos; e, pela contratação através de organismos internacionais, Organizações Não Governamentais, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (ONCIP's), cooperativas entre outras (BARALDI et al., 2009). Estas formas de contratação apresentam maior intensidade na precarização quando se aborda a questão da estabilidade no vínculo do trabalhador.

Mesmo considerando o Estado como principal empregador dos profissionais da saúde, não se deve esquecer que o sistema de saúde é susceptível as interferências do mercado, seja considerando a parcela de serviços privados ou mesmo os investimentos em formação e qualificação de mão de obra gerados nas redes de ensino particular. Ao se considerar este último ponto, Albuquerque e Giffin (2009, p.520) ao dialogarem sobre a formação destes profissionais, apontam que “os aspectos biológicos e o desenvolvimento técnico-científico são privilegiados nos currículos em detrimento das questões de ordem social, política e ética”.

Para Gil (2005, p. 490):

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um

novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Embora o modelo de saúde pretendido na reforma sanitária busca assistência mais integral pautado numa visão que promova a prevenção e proteção da saúde, o sistema por vezes acaba por se colocar susceptível a influência do modelo biomédico ao qual buscou superar. Para Campos (1997 Apud Ribeiro, Pires e Blanck, 2004, p. 440-1) “o trabalho das equipes sofre influência da linha taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o conjunto total do trabalho”.

Ao refletirmos sobre o trabalho em saúde surgem os questionamentos acerca do que seria o produto deste trabalho? Como enquadrá-lo no mundo do trabalho e da produção? O trabalho em saúde possui características bastante peculiares. Caracterizá-lo nos levará a diferentes caminhos. Pensando de uma forma centrada apenas nas ciências biológicas podemos afirmar que o mesmo possui como foco central a manutenção da vida dos indivíduos. Independente do modelo de saúde utilizado, pensando-se a partir do tratamento da doença ou a partir do evitar o adoecimento, o ser humano é ponto central. Buscamos extrapolar a centralidade dos aspectos biológicos para uma análise das relações constituídas pelo indivíduo em seu ambiente social, familiar, de lazer e trabalho entre outras. Segundo Merhy e Franco (2006 a, p. 281) é perceptível o direcionamento final do trabalho em saúde, pois este:

Deve pautar-se pelo ‘referente simbólico’: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado. Em última instância, a finalidade que advogamos para as práticas de saúde é a de visar à produção social da vida e defendê-la.

A produção em saúde guarda então a peculiaridade de apresentar um produto não necessariamente palpável como resultado final. Como podemos conferir em Marx (1985, p. 153):

O processo de trabalho, [...] é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais.

O processo de trabalho em saúde encontra assim foco teleológico na manutenção ou melhora de um estado biopsicossocial, que em última análise pode ser entendida como a geração de um valor de uso. Ao considerarmos como se dará as relações de produção no capitalismo poderá ser extraído mais valia a depender de como aconteça a relação entre trabalhador e o detentor dos meios de produção. Para Marx (1985), todo trabalho produzido em uma relação capitalista pertence a quem contrata a força de trabalho do trabalhador, neste caso o capitalista ou quem detém os meios de produção.

O produto do trabalho em saúde pode ser considerado como o seu próprio trabalho. A produção do trabalho em saúde realiza-se no trabalho vivo em ato, o trabalho é realizado e executado determinando a produção do cuidado em um mesmo momento (MERHY E FRANCO, 2003). Assim, o fazer em saúde toma importância teleológica, unindo processo e fim proposto na produção de um resultado esperado, o cuidado integral. Para o Trabalhador, ao abordar o paciente de forma integral, tal como o artesão, possui em suas mãos o resultado da sua produção como um todo trabalhado. No momento em que passa para a pura reprodução de técnica fragmentada, o indivíduo verte o seu trabalho em lógica Taylorista-fordista, afastando do seu trabalho, o todo do resultado final. A sua força de trabalho é a mercadoria comprada pelo detentor dos meios de produção, considerando que o sentido do seu trabalho antes de tudo é o próprio trabalho, pois o processo é a própria finalidade. O cuidado que acaba por produzir mais cuidado, como seria capaz de uma abordagem pautada em um cuidado integral ser realizada em uma lógica fracionada?

Seguindo este pensamento, a centralidade do trabalho em saúde encontra-se no ato de "cuidar" e sua busca por manter e proteger a vida. Desse modo, enquadra-se na esfera da supressão das necessidades básicas e de manutenção da vida. Direciona-se novamente para o trabalho reprodutivo ou de características de trabalho doméstico. Compreender o que significa e qual o seu resultado torna-se importante para definir como se dá a relação do trabalhador com sua força de trabalho e a apropriação do produto produzido pelo mesmo. Como vimos, produto do trabalho em saúde é o próprio trabalho, ou melhor, o ato de cuidar, o qual passa a centralidade do processo de produção em saúde. Assim, o cuidado será o próprio resultado.

Para a modificação desta perspectiva de seguir as lógicas impostas por um mercado, é preciso pensar em um modelo de organização do trabalho que busque

impactos na qualidade da assistência e considere ao mesmo tempo um trabalho interdisciplinar e integrador das riquezas das variadas formações em saúde (PIRES, 1997).

2.2 NOTAS SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado tem sido historicamente vinculado às mulheres. Alguns ofícios e profissões são relacionados ao ato de cuidar ou a função de ajuda, com o significado de uma atribuição. As profissões que são mais incluídas nesta perspectiva são as da área de saúde (WALDOW, 2008). Assim, é indispensável à compreensão do que seja cuidar para o entendimento do trabalho em saúde.

Segundo Pinheiro (2006, p. 110) em sua definição, afirma que o “Cuidar deriva do latim cogitare que significa ‘imaginar’ ‘pensar’, ‘meditar’, ‘julgar’, ‘supor’, ‘tratar’, ‘aplicar’ a atenção, ‘refletir’, ‘prevenir’ e ‘ter-se’. Cuidar é o ‘cuidado’ em ato”. O cuidar possui origem no espaço privativo, particular do ambiente doméstico. Desde a antiguidade é exercido no interior das famílias. Geralmente pelas mulheres, com atribuições como o cuidar dos filhos e afazeres domésticos. Historicamente, possui caráter de produzir um saber construído na prática do dia a dia (PINHEIRO, 2006).

Há um atrelamento do saber produzido desta forma e as profissões ditas de mulheres e para mulheres. Na área da saúde temos principalmente a enfermagem como profissão que mais absorveu esta prática. Em decorrência disso, a prática do cuidar está ligada ao feminino, histórica e culturalmente, pois, ao longo dos anos, esta permaneceu conectada aos caminhos percorridos pelas mulheres nas sociedades ocidentais. No entanto, pesquisa foi mais relacionada ao universo masculino, evidenciando uma expressão da divisão sexual e social do trabalho, quando acontece um enquadramento de campos para a operação de homens e mulheres em terrenos distintos e específicos a cada um (PINHEIRO, 2006).

Nesta perspectiva podemos entender o cuidado em saúde como aborda Pinheiro (2006, p. 112) “não apenas como um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’”. Esse ‘direito de

ser' pode ser entendido como a garantia de cada sujeito em ter as suas diferenças respeitadas, sejam étnicas, de raça ou gênero, possuindo não apenas deficiências ou doenças, mas de necessidades específicas (idem, 2006).

Assim, é preponderante a compreensão do indivíduo para o foco deste “cuidado” em toda a sua integralidade, abordando-o em seus aspectos físicos e também sociais. Para a produção deste cuidado em saúde de modo integral, é necessária atuação com uma perspectiva multidisciplinar, sendo para a sua execução é necessário à conjunção de vários conhecimentos profissionais (MERHY E FRANCO, 2006 b). A construção dessa ação ou prática passa pela interação de pessoas que possuem além de conhecimentos específicos vivências específicas, e que através da interação desses saberes produzirão não somente um atendimento ao indivíduo, mas também um novo conhecimento. Fortemente ligado a um saber tácito, historicamente, produzido na prática diária, o cuidado em saúde, possui este saber como característica idiossincrática. Desenvolvido através da interação de homens e mulheres em um contexto social podemos, pois colocar os frutos desse saber como qualificações socialmente construídas. Entendemos que “a importância da vida cotidiana na produção do ‘cuidado’ está na oferta de múltiplas questões específicas que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam” (PINHEIRO, 2006, p. 110). Na visão de Pinheiro (2006, p. 113) onde afirma que:

O ‘cuidado’ é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do saber profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

Entendemos que o cuidado em saúde é a alma do processo de trabalho em saúde. Este possui forte relação com as qualidades ditas “naturais” femininas. Ao vincularmos a memória a estas duas categorias, acreditamos em um entrelaçamento tão forte que podemos afirmar que a memória do trabalho em saúde, por suas características, confunde-se com a história do trabalho feminino.

Durante a realização das entrevistas surgiu de modo recorrente a palavra cuidar. Quando então perguntamos as depoentes sobre o que seria cuidar, obtivemos bem próximas em termos de conceitos.

Podemos exemplificar tal assertiva com a entrevista de Nefrita, onde aponta “*cuidar pra mim não é só vim aqui passar medicação e voltar, cuidar pra mim é saber*

a história daquela pessoa. Ter conhecimento e buscar desde o início". Outra entrevistada, Ônix, traz o cuidado como expressão do vínculo estabelecido entre a ACS e aqueles que elas assistem, para ela:

O cuidar, eu acho que é aquele vínculo que você tem com aquela família, e você passa a conhecer melhor a família. Você passa a conhecer melhor a família, você sabe o que ela está precisando, ali no momento, esse é o cuidar.

Aqui verificamos uma abordagem que se direciona para uma percepção mais integral do cuidado. Pinheiro (2006, p.111) corrobora tais perspectivas afirmando:

O 'cuidado' consiste em um modo de agir que é produzido como 'experiência de um modo de vida específico e delineado' por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em 'práticas' de 'espaço' e na 'ação' de 'cidadãos' sobre os 'outros' em uma dada sociedade.

Sobre o cuidar, Zafira, relata a sua relação com os indivíduos assistidos por ela e o resultado final do cuidado como prática constante:

Então quando eu cuido de alguém que está com dificuldade, a pessoa vai melhorando, vão melhorando, vai melhorando. Ali, você vai vendo que aquilo que você faz aquilo, aquela palavrinha que você falou surtiu efeito. Que ali foi virando um redemoinho que foi melhorando, foi melhorando, daqui a pouco a pessoa tá em pé de novo. Aquilo, aquela palavrinha que você falou surtiu efeito que aquilo ali, virou um redemoinho e daqui a pouco a pessoa tá de pé de novo.

Pinheiro (2006, p.111) sobre o cuidado como ato aponta que este é resultado da "prática do 'cuidar', que, ao ser exercido por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o 'outro'. O outro é o lugar do 'cuidado'".

O cuidado pode ser entendido de variadas formas. Compreendemos, contudo, a sua relação estreita como expressão final do trabalho em saúde. Relaciona-se de forma muito íntima também com o trabalho da mulher e de origem doméstica, daí a sua vinculação com as qualidades "naturais" femininas, sendo difícil a sua distinção.

2.3 O TRABALHO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE

O Sistema de saúde brasileiro é formatado para o funcionamento de uma rede de serviços que busca fornecer saúde para o indivíduo baseada nos princípios centrais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Para a efetivação de tais princípios foi criado inicialmente o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e posteriormente o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje aglutinados em uma única denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) surgiu entre o final da década de 1980 e o início da de 1990. A primeira experiência foi realizada no Estado do Ceará em 1987 com o intuito de gerar oportunidades de emprego para mulheres em áreas afetadas pela seca e combater a mortalidade infantil, focando as áreas de saúde da mulher e da criança (TOMAZ, 2002). Cerca de dois anos depois ocorreu à implantação das primeiras equipes do PACS em nível nacional, em 1994, o governo federal deu início ao Programa de Saúde da Família, estando inicialmente sob a supervisão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e em 1995 passam a ser responsabilidade da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) (BORNSTEIN E STOTZ, 2008).

O trabalho das ACS teve início em época marcada por transformações marcantes no mercado de trabalho e com crescente descentralização de políticas sociais e aumento de relações de trabalho caracterizadas como atípicas. Embora o trabalho das ACS apresentassem como pontos positivos uma grande autonomia e formação continuada, isso não era traduzido em segurança e acesso a direitos sociais e trabalhistas (LIMA e COCKELL, 2009).

O funcionamento de tal estratégia possui uma base territorial, onde o foco principal é a abordagem de um número delimitado de famílias dentro da área adstrita a unidade de saúde da família. Recomenda-se que estas famílias apresentem o perfil sócio demográfico mais homogêneo possível. A base territorial visa abordar o indivíduo dentro da sua realidade social, valorizando as suas experiências, relações familiares e em comunidade. O elo entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) formada pelos profissionais de saúde que são responsáveis pelas estratégias de saúde da área adstrita e a população é a Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esta constitui peça importante dentro da estratégia de funcionamento da Atenção Primária a Saúde (APS) do sistema único de saúde.

O Programa de saúde da família possui além de base de atuação territorial, um foco de trabalho multiprofissional. Iniciando suas atividades com equipe composta por médico e enfermeiro como profissionais de nível superior, técnico de enfermagem como nível médio e o agente comunitário de saúde como trabalhador sem formação específica. O entrelaçamento entre os dois programas toma corpo e importância nas estratégias de saúde brasileira, tanto, que para Tomaz (2002, p.2) o PACS e PSF “irão prover a atenção básica em saúde para toda a população, de acordo com os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS”.

A relação entre estes dois programas pode ser bem entendida ao pontuarmos o que aborda Durão, Morosini e Carvalho (2011, p. 119) sobre a importância do ACS em relação ao funcionamento do PSF, aponta:

Os ACSs são considerados pelas políticas atualmente em vigor trabalhadores de vital importância para a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), visto serem compreendidos como elemento de ligação entre as populações mais pobres ou “comunidades” – termo correntemente utilizado em documentos produzidos nos três níveis de governo e por parte da literatura acadêmica que trata do tema – e as políticas públicas.

A primeira normatização do PCAS e PSF data de 1997, através da portaria Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, que aprova as normas e diretrizes para a implantação dos referidos programas. A partir deste ponto várias normatizações seguiram-se na tentativa de circunscrever de forma mais adequada às necessidades que apareceram com o decorrer de sua evolução.

As atribuições do ACS só foram normatizadas no ano de 1999 pelo decreto nº 3.189 de 04 de outubro do mesmo ano. Tal normativa delimita, mesmo que de modo inicial, quais seriam as atribuições das ACS. Em seu artigo 1º versa que:

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (BRASIL, 1999).

A regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS) surge através da portaria 10.507 de julho de 2002, sendo esta, revogada e substituída pela lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Esta última mantém as atribuições iniciais das Agentes Comunitárias de Saúde e delimita, entre outras, as

exigências para a investidura no cargo. No artigo 6º estabelece três critérios para o exercício da atividade como: possuir residência na área pleiteada para a atuação; a conclusão de curso introdutório de formação inicial e continuada; e, haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006 a).

As próprias normativas formais para a investidura no cargo delimitam o contexto de trabalho do agente comunitário de saúde como peça interposta as áreas de saúde e ciências sociais. Relaciona estas áreas citadas ao estabelecer que suas atividades não somente relacionadas aos aspectos biológicos da produção da saúde no decreto nº 3.189/99 onde estabelece que “por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade” deva ser realizadas as suas atribuições de produção da saúde e prevenção da doença. Deste modo, a atividade da ACS toma corpo de complexidade significativa uma vez que para a execução das suas atividades necessitará de ferramentas de diversas áreas de conhecimento.

Como posto, nas atribuições delimitadas pela lei 11.350/11, o primeiro dos critérios definidores da investidura no cargo vincula a atuação da ACS a sua área de residência. Tal medida busca aumentar o vínculo da ACS com a comunidade a qual assiste. Sobre o papel das ACS Bornstein e Stotz (2008) afirmam que como “mediador é uma unanimidade, tanto no que se refere à mediação entre o serviço e a comunidade, como no que se refere à mediação entre diferentes saberes”.

Tal medida traz pontos facilitadores e dificultadores em suas ações. Como facilitador, está o vínculo com a comunidade, a compreensão melhor da realidade social na qual está inserido e a facilidade de comunicação com os moradores da área por conhecer a dinâmica de funcionamento daquele grupo. O acesso que é criado à equipe para o interior da casa dos indivíduos, pelo maior facilidade de criação de um elo entre o ACS e a família, potencializa as atividades propostas pela estratégia de saúde da família. No entanto, ponto dificultador encontramos o fato de a formação ser inespecífica e muitas vezes insuficiente. Sendo assim, induz a ACS a depender mais das suas qualificações “naturais” e das suas experiências, do que de um conhecimento propriamente formal.

Há indefinição de como caracterizar a ACS, há autores que as caracterizam como sendo da equipe de enfermagem, visto que tem com ponto principal o cuidado de

indivíduos ou como trabalhador genérico sem caracterização similar no quadro das profissões em saúde (Nogueira, Silva e Ramos, 2000). Mendonça (2004, p.357) reforça a questão da ligação entre o serviço ou equipe e a comunidade apontando como aspecto particular “seu pertencimento à comunidade como forma de garantir a vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade”. Porém, Fernandes (1992, p.138) considera que embora faça parte da comunidade e nela esteja inserido “os agentes podem ter uma participação passiva, assimilando o discurso dos técnicos de fora e reproduzindo-o de forma mais ou menos mecânica, impossibilitados de interagir ou se contrapor a esta ordem”.

Essa posição a coloca em situação complexa. Insere a ACS em uma equipe profissional onde existirão tensões entre as variadas classes componentes da equipe ou serviços de saúde, com a dinâmica que move a interação entre as classes que trabalha no PSF. Em outro aspecto, perante a comunidade adquire posição de referência expondo-se aos tensionamentos existentes dentro do grupo em específico. Contudo, quanto maior a identidade estabelecida entre a ACS e a comunidade a qual assiste, espera que mais favorável seja o seu trabalho.

Na ausência de um conhecimento instituído, a ACS opera em razão de sua experiência de vida e perfil social, guardando identidade com o grupo a que pertence (MENDONÇA, 2004). Surge de modo recorrente no movimento de tentar caracterizar o trabalho da ACS como pontos bem marcados, a necessidade da identidade com o grupo e das experiências vivenciadas por ele como potencializadores da ligação entre o trabalho proposto pelo serviço e as necessidades da comunidade. Para Pollak (1992) a identidade “é a construção de uma imagem que o indivíduo faz de si, para si e para o outro tendo como base as variadas experiências que vivenciadas ao longo da vida”.

A ACS encontra-se atrelado ao local onde trabalha até mesmo pela exigência legal de residir na área. Esta norma o coloca inserido em um grupo maior formado pelos sujeitos residentes naquele território, e sobre os quais ela possui a incumbência de cuidar. Surgem dois pontos interessantes: a territorialidade de suas ações vinculando-a a um grupo ou meio social; e a possibilidade da criação de um sentimento de identidade, visto, o seu vínculo também como residente no mesmo local. A criação de um sentimento de identidade pode potencializar as ações realizadas em grupo. Para Pollak (1992, p. 204):

Podemos portanto dizer que a memória é um elemento constituinte do sentimento de identidade, tanto individual como coletiva, na medida em que ela é também um fator extremamente importante do sentimento de continuidade e de coerência de uma pessoa ou de um grupo em sua reconstrução de si.

A ACS apresenta-se como uma personagem disposta entre vários grupos distintos, ora encontra-se no grupo formado pelos membros da Equipe de Saúde da Família (ESF), ora encontra-se em contato na comunidade a qual compõe novo grupo.

3. PARA COMPREENDER O QUE É DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

Para a compreensão da divisão sexual do trabalho, é necessário entender, como afirma Kergoat (2003, p. 55), que “as condições em que vivem homens e mulheres não são produtos de um destino biológico, mas, sobretudo, construções sociais”. Considerando, que homens e mulheres formam dois grupos sociais imersos em uma relação social delimitada: a relação social de sexo. Assim as relações estabelecidas em uma base material, que é o trabalho e a divisão social do trabalho, condicionando ao sexo são denominadas de divisão sexual do trabalho (KERGOAT, 2003). “A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade” (KERGOAT, 2003, p. 55).

Para compreensão do conceito de reprodução e produção na sociedade, podemos associar a produção a toda a produção social de bens e a reprodução a todas aquelas atividades relacionadas a uma produção social de seres humanos (COMBES E HAICAULT, 1985). Para Combes e Haicault (1985) compreende-se que “desta forma, a produção e a reprodução são indissociáveis. Não se pode pensar uma sem a outra; uma é condição da outra”.

Um fenômeno interessante a ser observado considerando um pensamento lógico e recomendado, seria a subordinação da produção à reprodução, onde a produção de bens serviria para garantir a perpetuação da espécie. Contudo, historicamente, percebemos que a reprodução é moldada de acordo com a necessidade da produção de bens (idem, p. 24-25).

Nessa divisão do trabalho em produção e reprodução, podemos verificar que:

Na verdade, a designação prioritária dos homens para a produção e das mulheres para a reprodução não data do capitalismo. Antes de tal modo de produção, e sob sua denominação, os homens e as mulheres participam em toda a parte de modo desigual da produção e da reprodução (COMBES E HAICAULT, 1985, p. 26).

Uma das consequências da designação das mulheres para as atividades de reprodução sempre foi o afastamento delas do campo sócio-político (idem, p. 26). Neste

contexto, podemos afirmar que as mulheres sempre foram relacionadas mais intensamente ao trabalho reprodutivo, executado no ambiente doméstico, estando vinculadas ao trabalho da esfera privada. Lamoureux (2009, p. 211) considera que:

O discurso das esferas separadas alimenta e se nutre de um discurso da diferença “natural” entre os sexos, que distribui os papéis sociais segundo a filiação sexual. O homem público obtém consideração; a mulher pública é objeto de escárnio.

As relações que acontecem entre a produção de bens e a reprodução não são de natureza diferentes, são sempre relações de dominação ideológica e política, colocando a mulher em posição de inferioridade e submissão em relação ao homem. Esta relação, porém, guarda peculiaridades, pois apresenta situação de antagonismo e ao mesmo tempo de aliança. Antagônica, porque pertencem a sexos diferentes que se posicionarão de forma oposta nas relações sociais de sexo, e de aliança, porque pertencem a uma mesma classe social que em algum momento os colocarão na mesma situação de exploração (COMBES E HAICAULT, 1985).

Para Antunes (1999, p. 109):

As relações entre gênero e classe nos permitem constatar que no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde os homens e as mulheres que trabalham são, desde a família e a escola, diferentemente qualificados e capacitados para o ingresso no mercado de trabalho. E o capitalismo tem sabido apropriar-se desigualmente dessa divisão sexual do trabalho.

Por mais óbvio que possa parecer manifestar que “a classe operária tem dois sexos” como Hirata e Kergoat (1994) ressaltam, ao explicar do que é usual nos textos sobre a classe operária, utiliza-se sempre a expressão no masculino para referirem-se as trabalhadoras.

Nas palavras dessas autoras podemos compreender que:

Trata-se também de afirmar que as práticas a consciência as representações as condições de trabalho e de desemprego dos trabalhadores e das trabalhadoras são quase sempre assimétricas e que raciocinar em termos de unidade da classe operária sem considerar o sexo social leva a um conhecimento truncado - ou pior falso do que e uma classe social. (idem, p. 95)

Desde meados do século XX, surgiram grandes provocações para a discussão de modo mais acentuado sobre as relações sociais de sexo. Segundo Hirata e Kergoat

(2007, p.599), “a divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos”. Possui moldagem histórica e social, caracterizando-se pela atribuição de ações produtivas ao gênero masculino e reprodutivo ao gênero feminino.

As divisões sempre constantes do trabalho como tendo características femininas e masculinas podem ser percebidas, como aponta Prisca Kergoat (2012, p. 52), ao afirmar que, “inegavelmente, a aprendizagem reforça os efeitos da divisão sexual do trabalho: cada vez menos mulheres nas especialidades masculinas, cada vez menos homens nas especialidades femininas”. Para Kergoat (2002, p.50) “o trabalho é, a nosso ver, o desafio das relações sociais de sexo. Não se trata aqui apenas do trabalho assalariado ou mesmo profissional, mas de trabalho enquanto ‘produção de vivência’”.

No entendimento de Alves (2013, p. 274):

A divisão sexual do trabalho, mediada por situações historicamente dadas entre pessoas de sexo oposto, fundamenta-se na ideia da relação antagônica entre homens e mulheres, mas também nas relações de exploração que sofrem os sexos.

O que se espera como “natural” à mulher e adequado às áreas de atuação profissional nas quais estão inseridas, mesmo que realizadas fora do domicílio, guardam grande características de trabalho doméstico por preservar em seu cerne as características ditas de trabalho reprodutivo. Há o reforço nesta divisão pelo estabelecimento de trabalho de homem e trabalho de mulher.

3.1 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO

As mulheres entrevistadas na pesquisa de campo apontam com certa naturalidade a divisão sexual do trabalho. Assinalam também uma maior valorização e adequação do trabalho da mulher a este tipo de atividade, indicando uma concordância com a ideia dos trabalhos com qualidades “naturais” femininas e qualidades “naturais” masculinas.

Uma das ACS, aqui chamada de Esmeralda, ao ser questionada se a atividade que ela realiza está mais relacionada com trabalho de homem ou de mulher, afirma que: “[...] especificamente para o trabalho do ACS, eu acho que a mulher é mais bem

vista do que o homem". Outra entrevistada, a ACS Ametista, defende a mesma ideia sobre o sexo do trabalho, ao relatar que “[...]no meu pensar, assim, eu acho que era mais para mulher”.

A ACS Esmeralda compreende que a ação da mulher irá ter mais eficiência na abordagem de assuntos relacionados à saúde da mulher. Geralmente, segundo ela, esses assuntos são tidos como tabus trazendo certo desconforto e possível perda da privacidade ao serem abordadas por um homem. Sobre este aspecto Esmeralda explica que: “*Muitas vezes, chega numa casa e tem uma senhora ou uma adolescente, pra ela passar suas necessidades. Para uma mulher é mais fácil do que pro homem*”.

Ou ainda, como aponta Ametista, “eu acho que elas confiam mais em falar para outra mulher a situação do que pra homem”. A entrevistada Opala também compartilha desta mesma opinião, “[...] *então é assim, eu creio que pra a mulher chegar até uma mulher é assim, e ela se abrir é bem melhor do que o homem em certos aspectos*”.

Concordamos como aborda Combes e Haicault (1985) que os homens e as mulheres participam tanto da reprodução quanto da produção. A entrevistada Ametista ao abordar o que é trabalho de homem e o que é trabalho de mulher deixa claro essa percepção, ao explicar que apesar dela considerar a função de ACS natural para a mulher, pondera “*que o homem também pode ser agente comunitário*”.

Utilizando novamente da visão desta autora, habitualmente é esperado que as relações sociais de sexo sejam abordadas na reprodução e as relações de classe sejam postas na produção de bens. Ao questionar a ACS, Zafira, sobre essa questão ela afirma que em sua opinião não tem diferença entre o que é trabalho de homem e de mulher, “*o que tiver pra fazer eu faço. Se eu tiver condição de fazer eu faço*”. Por exemplo, segundo a ACS entrevistada, Zafira, ao considerar a questão econômica há ainda uma justificativa mais forte para a não separação dos trabalhos pelo sexo, pois afirma: “*Principalmente se for pra economizar alguma coisa, eu faço. Hoje em dia é muito difícil uma mulher falar que ela só faz determinadas atribuições que cabe a ela*”.

Os depoimentos apresentados reforçam a visão de que há a perpetuação de uma noção vinculada ao trabalho doméstico de características reprodutivas, tidos como inerentes à mulher e pontuados como de qualidades “naturais” femininas como afirma Kergoat(2002). Porém, essa delimitação da mulher restrita ao campo da reprodução não

é regra fixa, homens e mulheres participam igualmente na produção de bens e reprodução.

Hirata e Kergoat (2007, p. 603) caracterizam, dentre várias possibilidades de relação homem e mulher nas relações sociais de sexo. “No ‘modelo tradicional’, papel na família e papel doméstico, são assumidos inteiramente pelas mulheres, e o papel de ‘provedor’ sendo atribuído aos homens”. Entretanto, o dia a dia de trabalho como ACS e em caso de uma entrevista rompe com esse modelo tradicional.

Depoimento bem representativo desta visão é o da entrevistada Opala, a qual relata:

De todas essas atividades, é eu creio que trabalho, é o trabalho de sustentar a casa da forma que eu faço, entendeu? Que eu tenho que trabalhar para fora, e fazer todo o sustento numa casa em tudo falando. Fora que tem que subir em telhado se tiver alguma coisa para consertar uma lâmpada para trocar, um chuveiro para trocar, porque nem tudo eu tenho condições de tá pagando para fazer. E eu faço isso por que se tiver que fazer. E de mulher? É ser mãe compreensiva, entendeu?

Como categoria central na organização social de homens e mulheres, o trabalho explicitado na fala desta última depoente, aponta para a ausência de uma demarcação dos trabalhos ditos de homem e de mulher. Para além das relações sociais de sexo ela posiciona-se mais na influência dos fatores financeiros que na divisão sexual do trabalho. Permeiamos depoimentos a influência de fatores econômicos e das necessidades materiais básicas para a sobrevivência. O sustento da família passa a ser fator de maior relevância na busca por qualquer trabalho remunerado, mais que uma divisão pautada no sexo.

Para melhor compreensão deste processo, podemos recorrer a Marx (1985), quando afirma que o trabalho é a ação humana sobre a natureza modificando-a. Deste modo, extrai dela as matérias necessárias para a realização de suas necessidades, tornando útil àquilo que é capaz de transformar. Instaura, deste modo, o trabalho como mediador da relação homem-natureza. Ao se reinterpretar tal conceito, surge uma segunda definição, na qual a interação homem-natureza gera relações sociais. Como aponta Hirata e Zarifian (2003, p. 66) sobre as relações Homem-natureza, estas “tendem a ser naturalizadas e fixadas como uma base imutável da produção da vida humana, enquanto as relações sociais – as condições sociais do trabalho – são historicizadas”.

Assim, compreendemos que a concepção de homem extrapola o ser biológico, podendo ser entendido como homens e mulheres de modo geral. Desta forma, relacionar homem e trabalho, seja em uma noção social ou somente natural traz também as noções sexo, gênero⁷ e suas relações com o trabalho (HIRATA E ZARIFIAN, 2003).

Na dinamicidade do metabolismo entre homem e natureza, o resultado final é o trabalho, percebemos que esse processo ocorre nas Esferas sociais de um modo geral, ou espaço público, e na Esfera privada, ou ambiente doméstico. Historicamente, o trabalho realizado no espaço público e no espaço privado, é relacionado respectivamente ao significado de trabalho de homem e trabalho de mulher. Tal diferenciação aponta na perpetuação da ideia que o trabalho da mulher é ligado ao trabalho doméstico, e consequente exclusão desta última da Esfera pública.

Em um dos depoimentos coletados, encontramos de forma bem clara essa distinção, e acrescido a isto a noção de transmissão da divisão das relações de sexo no ambiente familiar. A entrevistada, Nefrita, ao ser questionada sobre o trabalho de homem e o trabalho da mulher responde que:

O trabalho da mulher acontece desde quando a gente já começa a desenvolver a vida, já ajudando os pais. Você nem considera trabalho, pode ser que entra como trabalho, mas a gente já sabe que é obrigação da gente.

Daniéle Kergoat (2003, p. 55) entende que a divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho considerando as relações sociais entre os sexos. Afirma que a divisão social do trabalho pode ser compreendida como compostas por dois processos: o da separação, onde há trabalhos de homens e de mulheres; e, o da

⁷O termo gênero surge com o movimento feminista da década de 1970 para contrapor a noção vigente que considerava apenas o binômio homem mulher como categorias biológicas. Esse novo conceito influenciou as análises que traziam explicações acerca aspectos relacionais entre homem e mulher. Como pontua Perrot (1995, p.111), “por oposição ao sexo biológico, o gênero designa a “diferença dos sexos” em sua historicidade, expressão que, aliás, as filósofas tendem a preferir tanto a “relações sociais de sexos” como a “gênero””. Para alguns estudiosos as discussões sobre gênero extrapolam a pura e simples análise de uma relação do masculino e feminino, insere-se também nas discussões sobre poder. De algum modo a imposição de uma visão feminista não seria uma sobreposição de um ponto de visão sobre o outro? Tal lógica perpetuaria a logica de dominação centrada no homem vigente até o momento. As discussões sobre gênero expandem-se, como Scott apud Sohiet (1998, p.104), aponta que “o gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de tornar eficaz a significação do poder no Ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas. Conclui que o gênero é um meio de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana”.

hierarquização, havendo atribuição de valor maior ao trabalho de homem que ao trabalho da mulher. Esta divisão aparece de forma clara em um dos depoimentos colhidos na pesquisa.

Para o capitalismo é interessante que tal processo de dominação ocorra, visto que é mais cômodo subordinar a “produção de seres humanos” à produção de bens, adaptando os seres humanos segundo o seu modelo. A conveniência da atribuição da mulher para as funções de reprodução tem como finalidade também afastá-la da esfera sócio-política (COMBES E HAICAULT, 1987). Como Combes e Haicault (1987, p.31) esclarecem, ao afirmar que, “dessa forma, a reprodução só interessa à produção na medida em que fabrica e mantém essa mercadoria especial que é a força de trabalho”.

Sobre a desvalorização do trabalho doméstico Alves (2013, p. 272) aponta que o avanço do desenvolvimento industrial “descaracterizou o modelo de trabalho domiciliar como um empreendimento familiar, tornando-o um tipo de trabalho mal pago que explora a mão de obra feminina da casa”. Assim, pode ter iniciado uma relação muito próxima entre o trabalho reprodutivo (doméstico) e trabalho desvalorizado e desqualificado.

3.2 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E A JORNADA DE TRABALHO

No depoimento de uma das entrevistadas na pesquisa, chamada de Zafira, fica clara a necessidade da complementação de renda, em atividades informais e jornada continuada de trabalho. Ao ser questionada no que diz respeito às atividades realizadas após o expediente como ACS explica:

[...]Então, é um trabalho que eu faço, é outro tipo de trabalho que eu realizo depois das atividades, final de semana, não é? E assim o que vai surgindo a gente vai pegando pra fazer, porque é muito difícil você conseguiu manter uma família com um salário só.

Uma entrevistada, aqui chamada de Esmeralda, relata sobre esta continuidade da jornada de trabalho que acomete as ACS, afirma:

Você não tem privacidade. Primeiro, que você mora dentro do contexto em que você trabalha. Aí dá um sábado, tem gente batendo na sua porta, dá o domingo, se você sai na rua alguém está perguntando coisa da área se tem médico se não tem que dia tem marcação de exames. Então, assim você não tem muita privacidade.

Essa perda da individualidade pode ser compreendida como o aumento da jornada de trabalho, processo comum no trabalho feminino que geralmente é caracterizado pelo trabalho continuado de realização do trabalho doméstico. Como abordaremos adiante, este aumento ou imprecisão da jornada de trabalho, neste caso, entendemos como uma expressão da precarização do trabalho das ACS.

Para compreendermos qual o conceito de jornada de trabalho, faz necessário entendermos, como aponta Marx (1985, p. 187), “que a força de trabalho seja comprada e vendida pelo seu valor. Seu valor, como o de qualquer outra mercadoria, é determinado pelo tempo de trabalho necessário à sua produção”. Assim pensamos que a jornada de trabalho não é constante, e sim de magnitude variável. É determinada pelo tempo de trabalho demandado para a reprodução do próprio trabalho, sua medida modifica-se com a extensão ou a continuidade mais-trabalho. “A jornada de trabalho é, portanto, determinável, mas em si e para si, indeterminada” (idem, p.188).

O mais trabalho pode ser entendido também como as tarefas feitas além do tempo destinado a jornada de trabalho. Considerando a realidade do gênero feminino este mais trabalho na maioria das vezes não é remunerado e ainda é soma ao trabalho doméstico. A mulher trabalhadora possui jornada dupla, dentro e fora da sua residência. Deste modo, é duplamente explorada pelo capital, pois, exerce no espaço público, as suas atividades de caráter produtivo, profissional, e no espaço privado da família, usa várias horas para a realização de trabalho doméstico o que torna possível (ao capital) a sua reprodução, além da reprodução da força de trabalho de seus familiares (maridos, filhos, filhas e de si mesma). Sem este campo de reprodução não diretamente relacionado à produção, as condições para reprodução do sistema de metabolismo social do capital acabariam comprometidas, ou mesmo tornariam inviáveis (ANTUNES, 1999).

O trabalho feminino possui níveis maiores de exploração, sendo geralmente direcionadas as áreas de trabalho com características intensivas, o que acontece de forma oposta ao dos homens que são geralmente atrelados as áreas relacionadas ao capital intensivo de perfil com maior aporte tecnológico. Desta forma, o trabalho da mulher tem aumentado em áreas com maior precarização, com jornadas de trabalho prolongadas, flexibilidade, com regimes de trabalho *part-time*, informalidade marcante e desníveis salariais marcantes em relação ao sexo masculino (idem. p. 108).

Importante assinalar sobre esta condição da jornada de trabalho da mulher, ou melhor, das mulheres entrevistadas, que como afirma Marx (1985, p.188):

O trabalhador precisa de tempo para satisfazer a necessidades espirituais e sociais, cuja extensão e número são determinados pelo nível geral de cultura. A variação da jornada de trabalho se move, portanto, dentro de barreiras físicas e sociais. Ambas as barreiras são de natureza muito elástica e permitem as maiores variações.

Por fim, na história do capitalismo, a jornada de trabalho, coloca-se como uma luta ao redor dos limites dessa jornada. Caracteriza-se como uma luta da classe dos capitalistas e a classe trabalhadora (idem. 190).

3.3 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A REALIDADE DAS ACS

Um dos obstáculos para o desenvolvimento do sistema público de saúde tem sido a precarização do trabalho, a qual compromete a relação entre trabalhadores e o sistema, prejudicando a qualidade e continuidade da prestação de serviços indispensáveis aos usuários (BRASIL, 2006b).

Em relação à precarização do trabalho em saúde podemos analisar o que diz Souza (2010, p. 339) ao afirmar que tal acontecimento “não está restrito à diversidade de vínculos, principalmente no serviço público, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que está exposta esta força de trabalho”.

Nos últimos anos a noção de trabalho precário obteve tamanha evidência nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde que tem sido utilizada com o intuito de apontar a falta dos direitos sociais dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006b). A precarização é tão entranhada historicamente no trabalho em saúde que motivou o ministério da saúde a criar em 2006 o Programa nacional de Desprecarização do Trabalho em Saúde (Desprecariza SUS). Surgiu como uma estratégia com o objetivo principal “de implementação de uma política de valorização do trabalhador, passo fundamental para promover a desprecarização do trabalho e a consolidação do SUS” (BRASIL, 2006, p. 5).

A ampliação da discussão sobre a temática tem importância não somente para o trabalhador em saúde, mas para toda a população que recebe o resultado deste trabalho.

Como orienta esta política do ministerial, “os trabalhadores, através dos sindicatos, federações e confederações, precisam ampliar esta discussão e informar à sociedade que é ela mesma quem perde com a precarização do trabalho no SUS” (BRASIL, 2006, p. 7).

Em busca de uma melhor compreensão deste processo, Souza (2010, p. 337) afirma que “no setor público de saúde, algumas especificidades resultam da forma como este setor tem respondido historicamente aos interesses do capital”. O capital, ao absorver a flexibilização como lógica condutora das novas condições de acumulação exige uma nova sociabilidade. Impondo à força viva de trabalho processo feroz de desregulamentação do trabalho e da vida social. O trabalho humano é preponderante e indispensável às ações de saúde, constitui-se como fator essencial nesse processo. Pela sua potencialidade em conduzir significativamente as ações em saúde, a força de trabalho, encontra posição de destaque por sua capacidade de interferir, de forma significativa, no resultado da prestação dos serviços em saúde (SOUZA, 2010). Como afirma Souza (2010, p. 340) “o trabalho em saúde ocorre a partir de uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço”. Sendo assim, o trabalho em saúde pode ser entendido como processo onde o resultado final dependerá agudamente mais da força de trabalho que do arcabouço físico utilizado em seu processo de funcionamento. É o trabalho vivo que move os serviços de saúde.

As atividades na área da saúde, por terem o trabalho como componente central relaciona-se com o setor de serviços, onde há concomitância entre a produção e o consumo em relação a tempo e espaço. Tais fatos dificultam à racionalização que busca o aumento da produção e qualidade, simultaneamente a redução de custos (SILVA, 2006).

O trabalho precário pode ser entendido como aquele desprovido de garantias trabalhistas e previdenciárias, pelo posicionamento do CONASS e do CONASEMS na política do Desprecariza SUS (BRASIL, 2006b, p. 13) o “trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto”.

Acreditamos que embora o trabalhador possua vínculo por concurso público, garantindo-lhe razoável estabilidade e direitos trabalhistas, ainda assim possa haver precarização. A precarização, em nossa concepção, possui maior complexidade

extrapolando os limites do vínculo empregatício. Dentre os vários problemas que devastam a área de saúde, no que tange ao trabalhador, em relação à precarização e desvalorização da sua força de trabalhocoadunamos com a assertiva de Souza (2010, p.34) que em relação a tais pontos amplia esta percepção da precarização apontando problemas inerentes a esta como:

A desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

Entendemos, que por vezes, pelo fato de ter a estabilidade e os direitos trabalhistas assegurados, como é o caso das entrevistadas neste estudo, os demais pontos da precarização do trabalho são postos para segundo plano. Fatores como as condições de trabalho, a jornada continuada, ausência plano de cargos e salários, falta de incentivo à qualificação continuada, e outros pontos poderiam ser abordados. Assim, como aponta Souza (2010, p. 343) sobre a precarização do trabalho em saúde e a superação de tal evento afirma que “envolvem um complexo de determinações, mas é necessário enfrentar a problemática e direcionar as ações de forma que os trabalhadores envolvidos representem um sujeito central nesta discussão”.

Deparamo-nos na pesquisa com um cenário complexo.A categoria profissional estudada, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), são todas admitidas através de contratação por seleção ou concurso público como regem as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). Observando pelo ponto dos direitos trabalhistas e previdenciários, estarão cobertas e não inseridas em uma situação de trabalho precário.

Contudo, como podemos visualizar no relato da entrevistada, aqui chamada de Ônix, ao ser questionadasobre o que faz após a jornada de trabalho relata:

“Aí eu vou colocar tudo em ordem, né? Meu trabalho como ACS, mesmo depois do expediente, vou deixar tudo arrumadinho para o próximo dia, e aí vou cuidar das demais coisas”.

Aqui podemos identificar que a perda da delimitação da jornada de trabalho acentuadapela sensação de permanência de constante imersão no ambiente de trabalho. Tal situação acontece pela moradia do ACS ser no mesmo local onde trabalha. O que funciona como fortalecedor do vínculo com a comunidade e facilitador do trabalho do

ACS, neste momento, posiciona-se como elemento intensificador de uma situação de precarização, aumento da jornada de trabalho.

A entrevistada Ônix, ainda comenta sobre o fato de morar na área e como encarar esse prolongamento do trabalho e a imprecisão dos limites casa-trabalho que em muitos momentos são tênues. Quando questionada sobre como acontecia essa situação e se isso trazia problemas para ela, respondeu que:

Trazia, porque assim, como a gente tem aquela ligação direta com a pessoa. Tá assim sempre na casa da pessoa, eles estavam direto na porta querendo marcar exame, pra saber as unidades, né? E algum tempo atrás eu deixei de esta dando informação [...] Cortando aos poucos, né?

Fica clara a duplicidade gerada pelo maior vínculo com a comunidade. Ora, perdendo espaço particular por estar o tempo todo sendo percebido no grupo como ACS, e ao mesmo tempo aumentando o vínculo e a dependência das famílias assistidas.

A entrevistada Zafira apresenta outro ponto da precarização do trabalho, a sobrecarga e intensificação das atividades diárias dos ACS. Ela aborda da seguinte forma:

É um trabalho difícil, como eu te falei. Muito difícil, cansativo, em questão financeira realmente eu volto a afirmar: é muito ruim. Porque isso é o que mais me incomoda, devido a carga horária que a gente tem e muito grande, eu tenho um numero de famílias muito grande.

Sobre o impacto desta situação sobre a sua vida relata ainda:

Tenho adoecido devido a isso, assim essas questões são muito ruins, mas o trabalho em si, o trabalho em side visita, de conhecimento, de dividir com aquela família a dificuldade que ela tem, e lá em cima são muitas, isso faz com que você ainda persista ainda queira continuar um pouco mais.

Reforçando o nosso entendimento sobre a precarização do trabalho em saúde, acreditamos, e verificamos nas entrevistas, que este processo é deveras complexo e deve ser abordado por variados caminhos, além das questões de vínculo empregatício. A estabilidade do emprego público pode relegar a um segundo plano outras necessidades que surgem com a prática diária. Como vimos, há imprecisão do espaço casa trabalho gerando uma extrapolação do horário de trabalho. Surge nas entrevistas o processo de intensificação do trabalho gerando consequências como o adoecimento.

4. COMO ENTENDEMOS A DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E SUA RELAÇÃO COM A QUALIFICAÇÃO

O entendimento da categoria qualificação surge associado a uma concepção de desenvolvimento sócio econômico por volta das décadas de 1950 e 1960, e pela necessidade do Estado em planejar e racionalizar os investimentos na educação escolar. Teve o intuito de adequar as demandas dos sistemas ocupacionais ao sistema educacional. Em sua concepção inicial, foi entendida como formação de mão de obra, ou melhor, composição de exército de trabalhadores para suprir as demandas específicas do mercado de trabalho, atrelando qualidade a desempenho em funções técnicas determinadas. Para Manfredi (1998) nesse sentido “o que importa do ponto de vista da formação para o trabalho, é garantir que os trabalhadores sejam preparados exclusivamente para desempenhar tarefas/funções específicas e operacionais”.

Tal perspectiva possui grande influência do modelo taylorista-fordista, onde há relação do indivíduo com uma única função, muito delimitada e de extrema especialização. É criada também neste sistema uma hierarquização de postos de trabalhos e funções estratificadas pela qualificação formal destes indivíduos, principalmente na relação qualificação e formação escolar. Possuindo caráter extremamente tecnicista de aspecto comportamental rígido.

No plano macro societário, a concepção de qualificação originou políticas educacionais voltadas para a formação profissionalizante vinculada às necessidades técnico-organizativas, demandadas pelos setores do capital mais organizado. Nasce deste modo, a noção de qualificação como mão de obra preparada e especializada que contemplasse as necessidades técnico-organizativas do mercado de trabalho formal (MANFREDI, 1998). Um problema para se estudar a qualificação é a dificuldade em conceitua-la, distintas definições expressam não apenas diferentes preocupações com o tema, mas também pontos desiguais de percepção teóricos que precisam ser levados em consideração para tornar possível a compreensão do conceito, no sentido que dê conta do universo do qual se pretende estudar (LEITE E POSTHUMA, 1996).

Tradicionalmente a qualificação é abordada a partir de um conjunto de conhecimentos e características da rotina de Trabalho. Empiricamente, expressava-se

como tempo de aprendizagem no trabalho ou outro conhecimento que servia de base para as tarefas definidoras de uma ocupação em particular (CASTRO E COMIN, 1998).

Duas acepções diferentes acerca da qualificação podem ser entendidas por meio da análise de Leite e Posthuma(1996). As autoras delimitam duas formas de abordagem: pontuam a qualificação como um conjunto de conhecimentos e outra, considerando-a como uma construção social.

A primeira como apontam Leite e Posthuma(1996, p. 405):

É a de que a qualificação estaria relacionada aos requerimentos de conhecimentos necessários ao desenvolvimento de um trabalho determinado, o que poderia ser observado em termos empíricos pelo tempo de aprendizagem necessário a realização do trabalho.

Contudo, nem sempre a qualificação pretendida pela empresa coincide com os conhecimentos mobilizados pelos trabalhadores nos postos de trabalhos, colocando os interesses de ambos, por vezes, em direções opostas. Além disso, a valorização dada pela empresa para a qualificação pode ser diferente daquela buscada pelos trabalhadores. E por fim, a diferença entre as próprias empresas no que diz respeito à importância que é dada a qualificação dentro das empresas (LEITE E POSTHUMA, 1996). Em suma, essa abordagem acaba por isolar o conhecimento e a busca do conceito de qualificação por meio de um componente muito importante para os trabalhadores: a relação entre o trabalhador, à empresa e a vida, compreendendo-a como uma construção social que acontece no ambiente de trabalho.

Desse modo, surge a necessidade de uma segunda abordagem, apontando o conceito de qualificação como uma construção social. Neste sentido, podemos observar os pontos ignorados pela primeira concepção. “Significa que a análise da qualificação deverá levar em conta que se trata de uma aquisição socialmente construída que não se reduz à simples mediação de escolaridade ou tempo de treinamento” (LEITE E POSTHUMA, 1996). O conceito extrapola a delimitação do ambiente de trabalho ou posto e insere na discussão das perspectivas culturais e políticas. Retira o foco de visão dos aspectos apenas técnicos e insere características mais amplas como sexo, raça, idade e outros pontos que a torna mais complexa de abordar e muito e mais complicado de operacionalizar um conceito (idem, p. 406).

De modo geral, é possível afirmar que o interesse acerca da qualificação aparece com o aprofundamento da divisão do trabalho no modo de produção capitalista. A partir do momento em que a qualificação vai permitindo análises do trabalho, da organização do modo de produção e das avaliações e classificações sociais que são expressas nas convenções coletivas e convenções do mercado, ela passa a ser trabalhada e compreendida como conceito (SAGLIO 1998 Apud TARTUCE, 2004).⁸

Considerando como ponto de partida e central as relações entre os sexos, vale salientar que tais relações acontecem na perspectiva das relações sociais de sexo e não puramente em visão biológicas separadas conforme características anátomo-fisiológicas. Estas são caracterizadas por Naville (1956 Apud KERGOAT, 2002, p. 52) considerando que:

Ao passarmos para o nível das relações sociais de sexo, encontramos as mesmas características: os grupos sexuais não são o produto de destinos biológicos, mas antes constructos sociais; esses grupos constroem-se por tensão, oposição, antagonismo, em torno de um desafio, o do trabalho.

A divisão sexual do trabalho evidencia as tensões existentes nas referidas relações sociais de sexo como pontuadas por Kergoat(2002). Nesta perspectiva, as qualificações ditas femininas ou exercidas pelas mulheres possuem pouco

⁸Como apontado por Manfredi (1998), “são os mais competentes estabelecendo-se uma relação mecanicista entre teoria/prática e competência, independentemente do ponto de vista a partir do qual se faça a análise, do executor, do prático, sempre incompetente, ou do decisor, teórico, sempre competente”. O conceito de qualificação possui como desbravadores os franceses George Friedmann e Pierre Naville. Para Georges Friedmann (apud TARTUCE, 2004, p. 361) “a qualificação está relacionada principalmente à complexidade da tarefa e à posse de saberes exigidos para desenvolvê-la; ou seja, à qualidade do trabalho e ao tempo de formação necessário para realizá-lo”. Esta corrente composta inicialmente por Friedmann foi denominada substantivista, a qual apresenta direção oposta à visão relativista apresentada por Pierre Naville, que segundo Tartuce (2004, p.362), o mesmo concebe a qualificação “como sendo um processo e um produto social, que decorre, por um lado, da relação e das negociações tensas entre capital e trabalho e, por outro, de fatores socioculturais que influenciam o julgamento e a classificação que a sociedade faz sobre os indivíduos”.Atualmente, no que concerne à construção de representações o conceito de qualificação foi reduzido a um percurso de responsabilidade individual e de caráter meritocrático, sendo ressignificado pela noção de competência privatizada, circunscrita ao ofício/função que cada trabalhador desempenha (MANFREDI, 1998). A distinção entre qualificação e a competência pode ser analisada seguindo uma perspectiva de categorização onde a qualificação é considerada conceito e a competência ainda é considerada noção. Contudo, uma delimitação mais pertinente seria a tomada por Dubar (1998), onde a qualificação envolve uma negociação coletiva, em contraponto a competência que “tende a apagar o fato de que o reconhecimento salarial é o resultado de uma relação social dinâmica e não de uma face a face entre um indivíduo provido de “competências” a priori e de uma empresa que as reconhece nele e as transforma em “desempenho” mais ou menos suscetível de ser medido”. Em sentido prático, torna mais adequado a utilização da qualificação quando se visa analisar e observar a dinâmica de funcionamento social de determinado grupo com suas relações e tensões no trabalho. Ao abordar o tema qualificação surge outra imprecisão em relação à competência.

reconhecimento, além de valor sempre inferior se comparado com o trabalho atribuído como sendo de homem (KERGOAT, 2002).

Novamente, voltamos à relação entre qualificação formal e valorização, características do modelo Taylorista/Fordista. Outra relação possível e comum, considerado as relações sociais de sexo, será entre as qualificações ditas “naturais” femininas e a caracterização como trabalho desqualificado e de pequeno valor. Associação esta realizada costumeiramente no modelo de produção capitalista quando se refere ao trabalho realizado pelas mulheres, seja no âmbito doméstico ou mesmo público.

No final do século XX com as transformações ocorridas no mundo do trabalho, demarca-se um padrão de trabalhador pautado na exigência de maior qualificação profissional, solicitando maiores requisitos de qualificação, capacidade de abstração, de diagnóstico e capacidade de relacionar com os demais trabalhadores (ALVES E OLIVEIRA, 2011). Considerando-se a observação de Dubar (1998), o deslocamento do conceito de qualificação para a noção de competência, transmite a ideia de transferência de responsabilidade da qualidade do trabalho para o indivíduo, onerando ou mesmo culpando-o por sua menor qualificação formal, como pode ser observado numa perspectiva do modelo Taylorista/Fordista. Assim sendo, a qualificação formal determina a relação entre preparo formal e posição hierárquica de destaque, deste modo, neste modelo quanto maior a qualificação formal, maior o nível hierárquico ocupado.

Várias são as estratégias utilizadas pelo capitalismo atual para camuflar e dar nova roupagem a conteúdos já explorados. Seguindo uma lógica com ênfase na “polivalência”, esta podendo ser entendida como o aglomerado de capacidades que são possíveis para enfrentar a complexidade e imprevisibilidade do “novo” modo de produção, sob esta óptica, marca a passagem do conceito de qualificação para um modelo pautado na competência (TARTUCE, 2004). Contudo, vale ressaltar que é na prática diária que há a formação e a criação de conhecimento baseado na experiência e prática do trabalho (MANFREDI, 1998). Evidenciamos profunda contradição onde a formação orienta a hierarquização, embora, seja no “chão da fábrica” que se produza o conhecimento prático, ou pelo menos o aprimore.

Com vistas a realizar um estudo que tenha como foco uma análise da relação social entre indivíduos, buscamos parâmetros que sejam capazes de balizar e dar

sustentação a tais discussões. Importante salientar, que a qualificação não pode ser reduzida a propriedades exclusivas de cada indivíduo como suas habilidades, aptidões e competências. A realização no mercado de trabalho depende da qualificação, sendo este, o local onde se concretizam as representações sociais que tornam intrínsecos certos postos a determinados segmentos (TARTUCE, 2004).

A tentativa de conceituação ou qualquer alternativa em dar forma ao que seja qualificação deve ser estruturada em uma lógica que a considere também adquirida fora dos ambientes formais de aprendizado como a escola. Como dito, na lógica capitalista há certa conveniência em se formalizar e adequar a qualificação de acordo com os interesses de determinados grupos. Pretendemos também dialogar sobre as qualificações que são inerentes aos indivíduos e que em muitos momentos são desconsiderados. Em uma lógica de modelo taylorista/fordista o conceito de conhecimento tácito ou qualificação tácita surge com o aprendizado através do fazer no chão da fábrica, da adaptação durante a execução de trabalho específico.

Em sentido mais amplo, numa perspectiva social, expandimos a visão da qualificação para que não comtemple somente a qualificação formal, ou a qualificação adquirida com treinamento (técnica). Chamamos a atenção àquela adquirida no ambiente de trabalho e nas demais relações sociais estabelecidas pelo indivíduo. Entendemos a importa da segunda como complementar e potencializadora da primeira, ou seja, para uma compreensão da qualificação como uma construção social faz necessário extrapolar os ambientes formais de aquisição de formação, mas não desconsiderá-los.

Ocorre ainda a utilização das qualificações ditas como “naturais” ou “inatas”, geralmente, utilizadas para delimitar “trabalho de homem” e “trabalho de mulher” posicionamento claramente divisor na relação social entre os sexos, e principalmente, nas relações sociais no mundo do trabalho.

O mais importante a ser dialogado, não é uma hierarquização do saber segundo uma lógica na qual aquele que detém maior tempo de formação, tenha uma posição, hierarquicamente mais elevada que o com menor tempo de formação. Nesta lógica, a qualificação de uma profissão ou atividade relaciona-se e tem maior importância de acordo com seu conteúdo e impacto sobre a sociedade. Uma explicação clara é a de Tartuce (2004, p. 374), afirma que:

O trabalho qualificado, em si, não possui, portanto, características próprias. Em uma palavra, a qualificação não pode ser derivada do tempo de formação e/ou da qualidade do trabalho, pois a concepção social de uma profissão, de uma função, é tão importante para sua classificação quanto seu conteúdo.

Os conceitos sobre qualificação tácita surgem principalmente com a lógica Taylorista-Fordista. Na perspectiva taylorista não haveria espaço para a ação do trabalhador como produtor de conhecimento, pois, o método e o *one best way* do modelo de administração científica cerceava do trabalhador esta possibilidade. Existia um responsável por “pensar” o modo de produção. Contudo como aponta Bianchetti (1999, p.4), “por mais que se tente cercear a criação dos trabalhadores, e não deixam de imprimir o seu traço pessoal, de inserir a sua ‘fisionomia’ própria, de manifestar suas idiossincrasias, seja nos produtos, seja nos processo”.

Os trabalhadores como movimento natural de resistência passam a imprimir à máquina o conhecimento que surge a partir da experiência diária e produzido no “chão da fábrica”. Para Bianchetti (1999, p.8):

As manifestações sobre os saberes tácitos dos trabalhadores se caracterizam, basicamente, por concebê-los como: saberes implícitos; de difícil formalização, codificação e, conseqüentemente, de difícil generalização; saberes que se constituem a partir da longa permanência do trabalhador num mesmo posto ou setor de trabalho; conhecimentos menos passíveis de controle por parte da gerencia e, como tais, constituindo-se num forte elemento que amplia o poder de barganha dos trabalhadores, e, principalmente as qualificações tácitas são concebidas como um recurso inalienável dos trabalhadores.

Esse saber inalienável passa a ser impresso no posto de trabalho e nas máquinas, a partir de um espaço de tempo passam a ser plasmados vários saberes tácitos o que contribui de sobremaneira para a criação de um conjunto de saberes maior, porém não de origem de aprendizado formal.

A nosso ver contrapor as qualificações de origem no saber “tácito” com as ditas qualificações “naturais” é fonte de direcionamento para pensarmos como acontece a construção das qualificações socialmente construídas.

4.1 O TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DAS ACS

Com as trabalhadoras foco do estudo, as ACS, buscamos cruzar as suas práticas com a base conceitual aprendidas nos treinamentos para tentar uma melhor compreensão do seu processo de trabalho.

As ACS possuem uma multiplicidade de olhares por participarem de vários grupos como, equipe, comunidade e família. Ao se utilizarem desses vários olhares adquiridos pelas vivências junto aos grupos que frequentou/frequentam, vai coletando saberes e montando um arsenal de conhecimentos por meio de suas experiências. No dia a dia do trabalho mobiliza uma soma de conhecimentos seja de origem tácita ou nas capacitações oferecidas de modo formal pelo programa de Agente Comunitário em Saúde (PACS). A bagagem da qual se vale como saber tácito é constituída pela soma daquilo que vivenciou até o momento, não apenas em seu ambiente de trabalho, mas nos variados momentos ao longo da vida. Esse saber da ACS de origem assistemática não deve ser desprezado pela riqueza e multiplicidade de experiências, ao se considerar que provém da confluência dos vários saberes vivenciados ou herdados em suas práticas sociais.

A compreensão do exposto é otimizada ao colhermos o depoimento de uma entrevistada do estudo, Zafira (nome fictício), sobre o trabalho da ACS afirma, *“Você aprende coisas, que você fala: - não acredito que isso era dessa forma, e que você acaba adquirindo uma experiência, que nenhum outro lugar você conseguiria”*. Segundo essa entrevistada, os saberes mobilizados e adquiridos durante sua prática são de natureza múltipla, afirma aprender *“de tudo, de relacionamento interpessoal, na questão de doenças e de como cuidar delas, e de assim é um aprendizado constante”*.

Outra depoente, aqui denominada de Opala, sobre a construção de esses saberes produzidos durante a sua atividade profissional diz: *“A gente vai aprendendo no dia a dia, com cada um, e colhendo a cultura de cada um, é que aprendemos a trabalhar, desta forma, com a cultura de cada um”*.

Fica explícito a importante contribuição da aquisição através da experiência, e da construção que é feita de modo contínuo nas relações diárias de troca de informações com os variados indivíduos dos grupos do qual participa. Fica patente também o caráter tácito desta aquisição, vez que, parte deste conhecimento é adquirida de forma assistemática.

Ao afirmar que “é um aprendizado constante” reforça a dinamicidade de um processo continuamente em construção. A característica “tácita” deste processo fica também evidente ao analisarmos a entrevista de outra ACS, chamada de Ônix, qual pontua a diferença entre o saber apresentado pela equipe e em seguida fala sobre o saber adquirido pela comunidade.

Sobre o conhecimento oriundo da Equipe de Saúde da Família (ESF)relata “*Eu acho assim, que aqui é mais a teoria, a gente aprende muita teoria né?*” Ao referir-se ao conhecimento adquirido junto à comunidade mostra que, “*na prática são mais os saberes mesmo, da gente mesmo, que ali é a prática na comunidade é totalmente diferente, cê tem que lidar é fazer um jogo de cintura com os dois*”. Percebemos no depoimento de Ônix no entrelaçamento dos conhecimentos formais produzidos (ou transmitidos) pela Equipe de Saúde da Família (ESF), e os produzidos (ou transmitidos) pela comunidade. Acreditamos que o caráter múltiplo do trabalho do ACS estabeleça-se justamente nesta mediação entre comunidade/equipe. O depoimento da ACS demonstra que por vezes a participação deste saber produzido com a comunidade ou adquirido da mesma, possui tanta importância para a ACS quanto “a teoria” oferecida por um aprendizado formal produzido junto à Equipe de Saúde da Família (ESF). Esse último embasa toda a sua ação, sistematizando o fazer das ACS e fornecendo ferramentas técnicas básicas para o acompanhamento das famílias.É adquirido na capacitação introdutória e nos demais cursos oferecidos como formação continuada.

Ao considerarmos as experiências de outras atividades profissionais, percebemos a construção de um rol de conhecimentos intimamente ligada a um aglomerado de aquisições nas atividades profissionais exercidas anteriormente pela informante. Mesmo não sendo de áreas afins ou de mesma característica, todas as experiências vivenciadas anteriormente nos variados ambientes de trabalho, são somadas e influenciam a atividade atual.

A potencialidade das ações das ACS talvez se encontre justamente no ponto de contato com as suas experiências adquiridas ao longo da vida e a utilização destas nas suas intervenções junto à comunidade.

Uma depoente ressalta a experiência que adquiriu sobre comunicação e relações interpessoais ao longo de vários trabalhos. Para a entrevistada Opala, a construção de esses saberes que contribuem com o trabalho do ACS, são a construção a partir das

várias experiências vivenciadas nas atividades profissionais anteriores, sobre sua vivencia relata:

E em mercados, em feiras livres então o que me ajudou foi isso, cada parte daquilo que a pessoa tem falado né? Que eu fui analisando e hoje eu vejo que mim ajudou bastante na minha vida, na minha vivencia, nos decorrerer dos sofrimentos de algumas pessoas que você não tinha nem como abrir a boca pra falar. Se era aquilo, ou se não era, então hoje, já era, já modificou, e muito esta experiência que eu trouxe de lá dos meus treze anos ate a data que eu entrei como ACS foi muito gratificante, foi um aprendizado muito grande (Opala)

Outra entrevistada também compartilha de mesma opinião, é perceptível quando relata:

Eu já trabalhei em hospital, um pouco, né? Não muito tempo, mas trabalhei né? Hospital você pode vê que você lida com pessoas enfermas, ne? No atendimento, e também antes de trabalhar na saúde, que toda vida foi o meu foco, eu trabalhava em casa de família eu trabalhava antes da saúde, né? Isso eu pude ver que também aprendi um pouco, aprendi um pouco a lidar com as pessoas de forma é como e que se diz, de forma a entender como é uma dona de casa. (Turmalina)

Os sujeitos da pesquisa evidenciaram que o trabalho em equipe exige conhecer como cada profissional conjuga sua atividade nos âmbitos individual e coletivo e como se articulam as ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Numa equipe multiprofissional, essa articulação refere-se à relação entre distintos processos de trabalhos. A interseção de saberes não acontece de forma tranquila, caracterizando aspectos contraditórios, como se evidenciou a partir das falas das Agentes participantes da pesquisa. Considerando o aspecto legal e formal, a ACS trabalha como um elo entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade a qual ela assiste, possui papel importante, por decodificar as necessidades da comunidade para a equipe. Une dois mundos distintos, o do conhecimento científico da equipe e os costumes e a cultura da comunidade (MARZARI, JUNGES E SELLI, 2011).

As entrevistadas apontam nas mesmas direções, a perpetuação de profissões historicamente associadas às mulheres. As mesmas sempre foram relacionadas a áreas reprodutivas ao trabalho doméstico, tendo suas qualificações mais relacionadas a qualidades ditas “naturais” do que de um processo de aquisição e construção de conhecimento.

1. 4.2 NOTAS SOBRE O CUIDAR: A ALMA DO TRABALHO EM SAÚDE?

Nas novas interpretações historiográficas surgidas nas últimas décadas do século XX, acompanhando as campanhas do movimento feminista em busca de melhores condições profissionais, brotam à emergência de uma história das mulheres como campo de estudo envolvendo a ampliação de suas fronteiras. Contudo, tal fato não aconteceu de forma direta, não constituiu na simples adição do que estava faltando. Há uma duplicidade incomoda e intrínseca ao projeto da história das mulheres, por constituir-se de uma só vez em acréscimo inofensivo à história e ao mesmo tempo uma guinada radical na mesma (BURKE, 1992).

A construção da história da participação das mulheres começou a mudar. Inserir as mulheres como parte constituinte de um ser humano universal até então polarizado, geraria questionamentos importantes. Requisitar a complementação da história com informações sobre as mulheres seria o mesmo que asseverar o seu caráter inacabado, e que a compreensão que os historiadores possuíam do passado era incompleta (SOHIET, 1998).

A articulação de debates entre a história das mulheres e o movimento feminista trouxe grande contribuição. Historiadores sociais pensavam a categoria das mulheres como grupo homogêneo, embora se movessem em ambientes diferentes possuíam essência que enquanto mulher não se alterava (SOHIET, 1998). Na década de 1970 com o movimento feminista instaurou-se o antagonismo homem *versus* mulher como foco político e histórico com motor de mobilização nas duas referidas áreas. Deste modo, o que parecia uma categoria de construção homogênea apresentou-se muito mais heterogênea do que o pensado inicialmente. A construção de uma nova história, a história das mulheres, eclode a partir da década de 1960 com o início dos questionamentos entre os historiadores e movimento feminista ainda incipiente.

Por conseguinte, abriram-se possibilidades de olhar para o trabalho doméstico e atribuir-lhe importância tal que motivasse a realização de estudos para uma melhor compreensão dessa categoria. Remonta ao século XIX a busca dos historiadores por identificar as ações desempenhadas pelas mulheres com a Esfera privada, realizado em ambiente doméstico, em contraposição as ações do homem enquanto Esfera pública (SOHIET, 1998). Esse trabalho conferido às mulheres tem como base a suposição de

que as características do trabalho doméstico seriam “naturais” às mesmas. A designação das mulheres para a reprodução acaba deste modo por excluí-las das Esferas políticas e decisões sociais (COMBES E HAICAULT, 1985).

Para Fougeyrollas-Schwebel (2009, p. 257), o trabalho doméstico pode ser entendido como, “um conjunto de tarefas relacionadas ao cuidado das pessoas e que são executadas no contexto da família – domicílio conjugal e parentela – trabalho gratuito realizado essencialmente por mulheres”. Para Melo (2009, p.166):

Em quase todas as sociedades, o grosso da responsabilidade das tarefas diárias de cozinhar, limpar, atender as crianças, velhos e doentes recai sobre as mulheres. Essas atividades são chamadas de “trabalho doméstico” e podem ser acrescidas da produção de alimentos destinados a satisfazer as necessidades de uma família.

Considerando o contexto histórico das sociedades pré-industriais, a família organizava suas atividades, e era inexistente a separação da produção e do dia-a-dia da vida. Nos últimos dois séculos, por conta da sociedade industrial houve a separação da produção dos bens (mercadorias) do espaço familiar. Estas passaram a unidades de consumo, tendo essa separação acarretado consequências para os papéis de homem e de mulher.

Podemos entender o tratamento dispendido ao trabalho doméstico como resultado das modificações históricas, por meio das relações de trabalho, opressão e dominação estabelecidas socialmente entre homens e mulheres. Importante ressaltar que essas relações são anteriores ao modo de produção capitalista tendo o homem e a mulher participações heterogêneas na produção de bens e na reprodução.

A abordagem de Alves (2013, p. 281) sobre a relação entre o modo de produção capitalista e o trabalho doméstico assinala que:

O modo de produção capitalista reforça essa ideologia quando estabelece esta separação: da produção, incumbe-se somente o homem; da reprodução, há cooperação de ambos os sexos; e o consumo é o espaço que pertence às mulheres. O domínio das mulheres é o espaço doméstico e o da 'dona de casa', a responsável por cuidar dos filhos e gerir a economia doméstica, denominação imposta tanto para a mulher burguesa como para a operária.

O modo de produção familiar como observa Fougeyrollas-Schwebel (2009, p. 257) que, quando:

Regido pelo patriarcado organiza as relações sexuais, a educação das crianças, os serviços domésticos e a produção de certos bens, como pequenas produções mercantis. Rompendo com a oposição frequentemente asseverada entre produção mercantil e não mercantil, a exclusão do trabalho doméstico das mulheres do domínio econômico não decorre da natureza da sua produção.

Observando a distinção que há entre o local de produção das mercadorias e a remuneração do trabalho quando os bens são produzidos fora do ambiente familiar (doméstico) o trabalho do qual é fruto é remunerado, o contrário, porém, não acontece em relação ao trabalho doméstico. O trabalho da mulher continua como gratuito mesmo que a sua produção seja objeto de troca no mercado (idem, p. 257).

Podemos ressaltar no texto de Melo, Considera e Di Sabbato (2007, p.445), que tal panorama sofre modificação quando o trabalho doméstico é realizado por terceiro (sem vínculo familiar):

Adicionalmente, do ponto de vista do mercado de trabalho, as pessoas que exercem apenas afazeres domésticos – as donas-de-casa, sequer são consideradas como força de trabalho (PEA) – são classificadas como população inativa. Curiosamente, se estiverem exercendo, mesmo que sem remuneração, atividades em um empreendimento familiar, são tratadas como população ocupada.

Um argumento utilizado para a perpetuação dessas ideias é que cuidar da casa e dos filhos faz parte do instinto feminino e das características inerentes ao comportamento da mulher. Preferimos denominar, tal como refere Kergoat(2002), qualidades “naturais” femininas. Historicamente, ocorreu o enraizamento da ideia de que o trabalho da mulher é destinado ao privado. Como aponta Fougeryollas-Schwebel (2009, p. 258), tornou-se estabelecido uma “configuração da Esfera privada como principal local de exercício do cuidado das pessoas é acompanhada pelo trabalho específico das mulheres: o ambiente doméstico”. Reforça-se o estabelecimento da relação entre o trabalho feminino e as atividades de cuidar, ou melhor, da “produção de seres humanos” ao trabalho doméstico.

4.3 AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE E O TRABALHO DOMÉSTICO

Para a manutenção da lógica da divisão sexual e social do trabalho, sempre foi interessante e fundamental a presença da mulher, para a realização das atividades de

trabalho doméstico. Podemos reforçar essa afirmativa descrevendo o depoimento de uma das entrevistadas pela pesquisa, aqui denominada de Nefrita, quando abordada sobre o que seria trabalho de homem e trabalho de mulher, ela demonstra o modo como essas relações acontecem no ambiente familiar, e que:

Os pais, geralmente as mães, já ensinam logo cedo(para as mulheres), vai lavar um prato, vai lavar uma roupa, vai lavar suas calcinhas. É isso aí você já não conta como trabalho, ou conta? Eu não conto!

A construção desta atribuição da mulher para as atividades domésticas torna-se tão “natural” no sentido que seria inerente às características idiossincráticas da mulher que passa a não ser mais contabilizadas como trabalho, ou melhor, não são vistas como trabalho pago.

Entretanto, podemos considerar como Kergoat (2009), quando explica a divisão social e de sexo em relação ao trabalho, que as relações entre homem e mulheres acontecem por meio das negociações no cotidiano. Entendemos de modo mais claro essa noção ao ouvir o depoimento de uma das entrevistas descrevendo a participação do cônjuge na realização das tarefas domésticas. Turmalina, sobre este aspecto afirma: *“Eu vejo que não tem distinção, o esposo também pode contribuir com este trabalho, se ele é compreensivo, ele pode, eu acho que os dois definem”*.

Hirata e Kergoat (2007), explicam as novas configurações da divisão sexual do trabalho ao definir o tema com variadas possibilidades de interações entre homens e mulheres nas relações sociais de sexo. Dentre as possibilidades, cita o “paradigma da parceria” no qual há uma presumida igualdade entre homens e mulheres, indicando “parceiros (e, portanto decorre mais de uma lógica de conciliação de papéis que do conflito e da contradição) e as relações entre eles mais em termos de igualdade que de poder”.

A determinação da mulher à vida privada ao trabalho doméstico não a coloca fora de um ambiente desprovido de trabalho, muda apenas o seu “chão da fábrica”. A mulher no mercado de trabalho, em ambiente “público” fora da residência como forma de evolução e adequação ao modelo do capital vigente, não a excluiu das atividades domésticas, mas, apenas adicionou mais atividades a sua jornada de trabalho. Essa continuidade do trabalho da mulher, entre “público” e “privado”, acaba por torna-la mais sobrecarregada tendo o seu trabalho mais desvalorizado. Uma das ACS entrevistadas, Zafira, aborda a realidade da mulher trabalhadora ao declarar:

Eu acho, que se eu for enumerar aqui, eu passo uns três dias falando, porque além das atividades de casa normal, que toda mulher tem, de cuidar de casa, de roupa, de prato, essas coisas assim, eu ainda tenho que complementar a renda, então eu vendo cama, mesa e banho.

Deixa claro a existência de uma jornada continuada, e uma flexibilização das atividades, por vezes de cunho informal para o complemento da renda familiar. A extensão da jornada de trabalho é mesclada por atividade de cunho doméstico, e realizadas no ambiente privado, bem como atividade relacionada ao trabalho de mesma característica, só que realizada em ambiente público. Tal fato acontece porque algumas profissões e atividades são consideradas de características de trabalho doméstico mesmo não sendo realizadas no ambiente familiar, tal como a atividade de serviços, de cuidado de idosos e crianças, de vendas entre outras, sempre atreladas ao sexo feminino.

Kergoat, Picot e Lada (2009, p.159) relatam que “a noção de ‘ofício de mulher’, surgida no fim do século XIX, definiu-se em torno de “qualidades naturais” nas mulheres, não reconhecidas como qualificação”. O trabalho feminino passou a relacionar-se de modo muito constante com atividades mal remuneradas, quando remuneradas, e de caráter precarizado. O depoimento da ACS Zafira nos faz refletir acerca dessa questão, pois pontua que “*então, a gente tem que fazer o que? Tem que tentar complementar a renda. Então, existe sim, um segundo, terceiro, um quarto turno, até você conseguir pelo menos, manter sua família de forma menos complicada, né?*”.

4.4 O TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DAS AGENTES COMUNITÁRIAS EM SAÚDE: COM A FALA AS PRÓPRIAS ACS

Ao analisarmos os depoimentos das Agentes Comunitárias de Saúde sobre uma conceituação do que seria o seu próprio trabalho, é perceptível, uma linha que liga o conjunto das informações das entrevistadas são conceitos como prevenção de agravos, promoção de doenças e educação em saúde. Na análise das entrevistas, é possível perceber uma base teórica de formação mínima sobre os referidos conceitos e os modelos de saúde, bem como o funcionamento das políticas de saúde no país. A partir de tais análises, é claro a existência de processo formativo ou de qualificação mínima para essas mulheres, de certo modo ocorrendo uma padronização em relação ao modelo que é preconizado como sistema adequado pelas políticas vigentes. Há uma influência da equipe sobre o ACS no sentido de impor um perfil (modelo) modo de trabalho de

forma que o ACS aceite de modo passivo e apenas reproduza mecanicamente o que lhe foi imposto Fernandes (1992). Para uma das depoentes, aqui tratada como Ônix, ao questionarmos sobre o seu trabalho como ACS relata que “*O trabalho do ACS é acompanhamentos, né? É um trabalho de prevenção e de educação em saúde*”.

Essa afirmativa pode ser corroborada pela entrevistada da ACS Esmeralda, que delimita a sua atividade afirmando “*Bom, assim, resumidamente, o trabalho do ACS é trabalhar com ação, promoção e prevenção da saúde dentro da comunidade onde atuo*”.

A formação continuada, a qual pode ser entendida como qualificação continuada, é encontrada como um dos pontos positivos ao exercer a atividade de ACS. Uma das entrevistadas relaciona o trabalho do ACS a um processo contínuo de aprendizagem. Como segue:

É um ofício, eu acho, onde nem todo mundo se adapta a ele, mas quem se adapta só tem a lucrar. Só tem a aprender, porque cada dia você aprende uma coisinha nova, que no normal, você não sendo ACS você não aprenderia com tanta facilidade, ou não teria tanta oportunidade de aprender (Zafira).

A experiência e o conhecimento são sempre citados como fruto de uma construção contínua e sempre feita em um movimento constante entre o binômio Equipe-comunidade. Esse caráter ressalta a função de elo do ACS e corrobora a construção de um saber ou qualificação com base social. Tal construção se dá através da interação realizada cotidianamente em algum dos grupos que participa. Esta continuidade pode ser ressaltada na fala de uma das entrevistadas, Zafira, pontuadas abaixo: “*O conhecimento, o conhecimento que eu adquiri e que cada dia que passa eu adquiro um pouco mais. Vou melhorando, vou aperfeiçoando, eu vou indicando, eu vou, né orientando*”.

A noção de “Qualificação socialmente construída” discutida para Leite e Posthuma (1996, p.64), é “levar em conta que se trata de uma aquisição socialmente construída, que não se reduz à simples medição de escolaridade ou de tempo de treinamento”. Entretanto, ponderamos como de fundamental importância a formação escolar e técnica como base para a execução de uma prática segura e responsável. A sistematização de todo conhecimento é necessário para a ordenação de uma prática correta. Contudo, desconsiderar as aquisições obtidas nas variadas relações sociais

estabelecidas por essas agentes é omitir um processo de construção diário baseado no dia a dia de trabalho. Compartilhamos desse entendimento apresentado para discutir o processo de aquisição, e por que não dizer de qualificação contínua realizada pelas ACS. Desse modo, entrelaçar as duas perspectivas de qualificação tende a torna mais rica as experiências na aquisição de saberes.

Embora grande parte das mulheres delimitar as atividades da ACS de forma bem consonante com o que regem manuais e normativas, surgem pontos interessantes nos depoimentos de algumas. A definição da ACS como elo da comunidade com a equipe, pode até possuir delimitação em normativas legais surge no depoimento das ACS posições bem diversas. Quando inserida na Estratégia de saúde da família (ESF) como membro da equipe do PSF da comunidade e também como pessoa da comunidade. A posição da ACS “entre dois mundos” tem a função de aproximar, ou melhor, como elas próprias definem, desempenham papel de elo. Nesta realidade vivenciada pela ACS demonstram a participação delas em vários grupos, que em determinados momentos apresentam interesses dissonantes.

Nesse espaço de múltiplos conhecimentos e com necessidades de ferramentas tão diversas, ao se analisar o trabalho da ACS, surgem várias noções e questionamentos sobre a categoria qualificação. As possibilidades de diálogo entre o conhecimento fornecido pela equipe e a articulação com o que já é de poder do ACS como fruto da experiência pré-existente. As articulações desse saber com a comunidade dão uma perspectiva mais adequada e voltada para uma noção de qualificação “socialmente construída”, como aborda Leite e Posthuma (1996). Ao se valorizar esse aspecto compreendemos que não é possível engessar o trabalho da ACS ao modelo proposto pela equipe, reconhecendo o caráter dinâmico de construção das qualificações necessárias para a atividade do ACS.

O discernimento de tal assertiva se encontra sobre uma linha tênue. Nos depoimentos das ACS há uma percepção nítida de um processo prévio de formação e conceitos analisados e formalizados pela equipe. No entanto, ao mesmo tempo, todas as mulheres entrevistadas apontam para a sua função de elo e do conhecimento que brota também da comunidade. Fontes distintas que podem conter conceitos diferentes de qualificação. Primeiro, podemos observar uma visão mais relacionada ao posto de trabalho e centrada na função, em conhecimentos específicos e bem delimitados. Segundo, qualificação profissional das ACS pode como um processo de construção

social e com a valorização do conhecimento produzido de forma assistemática dentro da comunidade.

O ACS encontra-se, portanto, em encruzilhada que o coloca numa situação bastante complexa quando observado as suas características de trabalho e contexto social. Como elo entre a equipe de saúde e a comunidade, as suas ações funcionam de modo mais amplo e complexo extrapolando a área da saúde e agindo também como mobilizador social. O perfil das suas atividades tem suas ações relacionadas às características de trabalho reprodutivo, vez que se associam com a “produção de seres humanos” (COMBES E HAICAULT, 1986) e todos aqueles trabalhos relacionados à manutenção da vida. Como dito, inserem-se no ambiente doméstico, ou ambiente privado, historicamente correlacionado ao trabalho da mulher e neste universo inserido nas relações sociais de sexo. Considerados as suas ações por meio das relações sociais de sexo como desqualificadas por ser trabalho do sexo feminino.

Uma das depoentes da pesquisa, aqui chamada de Ametista, exemplifica esta realidade da seguinte forma:

Eu já fiz de tudo que você pensar nesta vida, eu já fiz. Uns dez anos eu trabalhei no comércio, de balconista, depois eu saí. Eu vendia biscoito, por isso que eu falo que esse vínculo da comunidade. Eu vendia biscoito de casa em casa, então eu conhecia quase todo mundo da comunidade, eu já tinha esse contato totalmente com as pessoas quase todo mundo já me conhecia.

5 DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO EM SAÚDE, QUALIFICAÇÃO E AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE: QUAL A MEMÓRIA?

Ao se transportar as discussões sobre qualificações “naturais” e conhecimento tácito para as práticas de saúde, o foco central desloca-se da máquina para o processo de trabalho. Este, por sua vez, pode ser concretizado como o ato de “cuidado”. Surge deste modo, uma relação íntima entre o trabalho de saúde e o trabalho reprodutivo, ou trabalho características privadas de trabalho doméstico. Como abordado anteriormente, historicamente considerado trabalho de características relacionadas ao gênero feminino, pontuado como qualidades “naturais” relacionadas à mulher. O saber tácito mobilizado, passa a ser o conhecimento popular a respeito da prática do cuidar de modo assistemático não produzido por processo de capacitação formal. Entrelaça neste ponto novamente a questão das qualificações “naturais” femininas com as qualificações “tácitas” uma vez considerando que ambas são frutos de um fazer não sistematizado e formalizado em capacitações técnicas.

Ao se mobilizar saberes tácitos de origens diversas e por indivíduos em espaços e temporalidades também diversas surge o elo entre a produção deste conhecimento do “chão da fábrica” com a memória de um determinado grupo. Como memória de um grupo pode-se reportar a Halbwachs, pois para o mesmo a importância dos grupos é preponderante sobre a memória dos indivíduos. O grupo possui uma ascendência sobre os processos mnemônicos dos indivíduos mesmo considerando que este possui importância no processo de reconstrução do seu passado, como aponta:

É claro, a memória individual existe, mas está enraizada em diferentes contextos que a simultaneidade ou a contingência aproxima por um instante. A rememoração pessoal está situada na encruzilhada das redes de solidariedades múltiplas em que estamos envolvidos (HALBWACHS, 2006, p.12).

Reforçando tais ideias Magalhães e Almeida (2011, p.99) afirmam que, a “memória não brota de indivíduos isolados, mas sim dos marcos de uma sociedade, da interação e do lugar que os sujeitos ocupam em um grupo social”. Deste modo, estes saberes impressos nos lugares, práticas e hábitos passam a ser partilhados pelo grupo à medida que entendemos a qualificação como construída socialmente pela interação de vários saberes e contextos.

Como pontua Halbwachs (2006, p.30), “não é preciso que os outros estejam presentes, materialmente distintos de nós, porque sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas que não se confundem”.

Embora a materialidade seja algo dispensável, para que a memória deste grupo permaneça, os indivíduos e os demais membros do grupo precisam sentir que comungam das mesmas lembranças, ou melhor, lembram-se dos mesmos acontecimentos e fatos, mesmo que com suas próprias interpretações. As Agentes Comunitárias de Saúde entram em contato com vários grupos durante as suas ações, mobilizando constantemente as memórias dos quais faz parte como as famílias da comunidade. Vale lembrar que a Agente Comunitária de Saúde, em muitos casos, possui também a bagagem das experiências profissionais prévias, que são também mobilizadas para a sua prática diária. A mobilização das experiências adquiridas no vários grupos dos quais a ACS fez e faz parte construirá a riqueza do seu trabalho junto aos grupos, ou melhor, famílias sob sua responsabilidade de cuidar.

Como compreender as ações de um profissional tão peculiar como ACS dentro do campo multifacetado da memória? Buscamos abordar as qualificações ditas “naturais” e a experiência como categorias observadas tendo a memória como lente de aumento. Embora somente estas duas categorias tenham sido inicialmente apontadas para a análise do estudo, outras surgiram tornando a análise mais rica, porém mais árdua.

Sendo redundante, porém necessário ressaltar as características do ACS como trabalhador genérico, *sui generis* e complexo em sua caracterização. A memória toma papel importante neste processo, pois as ACS trabalham, vivem e relacionam-se com uma multiplicidade de grupos que trazem consigo também carga rica de conhecimento e experiência.

Por este perfil de mediação e elo entre comunidade e equipe, solicita dentro do campo da memória o entendimento do pensamento da noção de que um indivíduo sofre influência dos vários grupos do qual faz parte, e sua memória é composta pela interação dessas variadas experiências.

Em outro aspecto, perante a comunidade a ACS adquire posição de referência expondo-se aos tensionamentos existentes dentro do grupo em específico. Surgem de modo recorrente no movimento de tentar caracterizar o trabalho da ACS como pontos

bem marcados a necessidade da identidade com o grupo e das experiências vivenciadas por ele como potencializadores da ligação entre o trabalho proposto pelo serviço e as necessidades da comunidade.

A ACS como indivíduo de referência na comunidade, o coloca em outra situação distinta dos profissionais da equipe que não moram na área, a continuidade do trabalho após a jornada normal. Como podemos ver na fala de Turmalina, uma das ACS entrevistadas, sobre a jornada continuada de trabalho:

Mesmo assim, eu indo pra casa, pra cuidar da minha lida do dia a dia, que é almoço com o marido correndo e tudo. A gente ainda atende família da gente na área, né? Porque é o percurso, um chama outro. Chama, mas a gente tem que tá dando atenção mesmo, e às vezes costuma ate a gente passar do horário de chegar em casa.

É perceptível que além de vínculo com a comunidade, por residir na área, a ACS encontra-se em situação de “imersão”, todo o tempo no ambiente que é o seu campo de trabalho. Esta situação pode funcionar a favor ou contra o trabalho do ACS. Em certos momentos ocasionará jornada continuada, contudo, gera um fortalecimento da sua relação e sentimento de vínculo com o grupo “comunidade” da qual faz parte. Para Halbwachs (2006) é a manutenção do contato com o grupo e o entrelaçamento das informações contidas em cada indivíduo permite reconstrução e recomposição da memória do grupo do qual o indivíduo faz parte.

A ACS possui posição particular dentro da equipe de saúde, diferindo-se dos demais membros. São mulheres que convivem com a realidade da área e com as práticas de saúde do local onde moram e trabalham, por conseguinte, há grande identificação com a cultura, linguagem e costumes da comunidade (NUNES et al, 2002). Pode ser detectado forte vínculo que há entre a ACS e a sua comunidade pelo seguinte fragmento:

A experiência subjetiva do agente-usuário, permeada de frustração e de solidariedade enquanto agente social, mantendo profunda relação de pertença com o meio em que atua e vive, pois as pessoas da sua realidade social são as mesmas das suas ações de cuidado. Essa concordância de universo físico, social e psicológico estimula o empenho de buscar o bem estar desejado para o outro, como se fosse para si mesmo, numa ampliação profunda das aspirações de satisfação das necessidades (MARZARI, JUNGES E SELLI, 2011, p. 875)

Esta definição as coloca inseridas como sujeitos dentro do grupo formado pela comunidade, ao mesmo tempo em que os leva a Equipe de Saúde da Família (ESF).

Halbwachs, por sua vez trabalha a memória como um processo de construção de cunho mais coletivo, e atribui ao grupo grande poder na construção desta e na sua partilha. Para o mesmo, fato importante para a existência de um grupo e de uma memória deste grupo é a existência de uma noção de coesão de pertencimento ou de identidade com este grupo através da memória.

A interação destes vários grupos faz o ACS compor uma memória rica com aspectos e percepções de variados pontos de vista e opiniões, como ditas por vezes contraditórios. A percepção deste conflito é também abordada por Mendonça (2004, p. 1434), onde pontua:

O que se observou empiricamente foi certo conflito entre essas funções, refletindo-se em certa ambivalência do agente comunitário de saúde, que forma um grupo próprio e se diferencia tanto da equipe de saúde quanto da população.

Como pontua Mendonça, a posição do ACS o coloca em posição crítica por participar de grupos distintos. Porém, para Halbwachs, a nossa memória é a composição das memórias partilhadas nos variados grupos com os quais nos relacionamos.

Para Halbwachs, a noção de lugar é extremamente importante, pois cada grupo constitui o seu território e este fixa marcos importante na construção da memória do grupo.

O papel da ACS como agente transformador, atribui-lhe certa complexidade no seu fazer, sendo este trabalho uma síntese de dimensão humanitária e social, utilizando de um saber prático, de uma perspectiva de atenção à saúde, com artifícios simples, implícitas em suas atribuições, este processo causaria forte identificação institucional (MENDONÇA, 2004).

Muito mais que idealizar de modo exacerbadamente otimista uma categoria profissional, buscamos compreender este trabalhador como ser social, como parte integrante de uma realidade complexa e que possui uma memória a qual o acompanha na sua lida diária. Uma das depoentes, Zafira, relata sobre a relação entre a soma das experiências e a produção do cuidar, relata:

Você aprende coisas que, que você fala não acredito que isso era dessa forma e que você acaba adquirindo uma experiência, que nenhum outro lugar você conseguiria, de tudo, de relacionamento interpessoal, na questão de doenças e de como cuidar delas, e de assim, é um aprendizado constante.

6 CONCLUSÕES

Na busca por melhor compreender como acontece a produção do trabalho em saúde, o presente trabalho procurou entrecruzar às categorias divisão sexual do trabalho e a qualificação do trabalho de ACS. Percebemos a necessidade de buscar novas ferramentas que nos auxiliassem em tal compreensão, tendo a memória se ajustado plenamente a esta função. Questionamos o que seria capaz de ligar estas categorias e de elucidar as relações que por ventura surgissem. Durante o processo de problematização das categorias e de suas relações, surgiu a memória. Esta não como categoria central. Surge, como ferramenta de análise com a qual fomos lapidando e compreendendo as relações ocorridas dentro do campo de estudo e da interação dos sujeitos participantes da pesquisa.

Assim, iniciamos a pesquisa questionando como compreender a construção da memória na divisão sexual do trabalho e na qualificação de mulheres Agentes Comunitárias de Saúde? Como as qualificações para o trabalho são guardadas na memória do grupo? Como as qualificações construídas socialmente, no cotidiano de vida e de trabalho, são partilhadas e articuladas entre as mulheres e os homens?

A memória se coloca como instrumento de análise, porém, não de modo secundário, apresenta-se presente a todo o momento permeando de modo constante as discussões de todas as categorias. Como recurso metodológico, intensifica os “sabores” descobertos em cada categoria nos fazendo compreender um pouco mais de cada uma, seja de forma isolada ou quando as cruzamos nas análises.

Foi percebido nos depoimentos coletados e analisados que o ACS interpõe-se entre os demais profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, servindo como elo. Vivenciando dois universos de saberes, o conhecimento técnico dos profissionais da equipe de saúde e o conhecimento da comunidade na qual está inserido. Assim, a memória no processo de trabalho das ACS, apresenta papel fundamental. Funciona como potencializador do seu trabalho. Nesse processo, é vital compreendermos a memória como processo de construção realizada a partir das experiências e vivências baseada em uma realidade presente com apoio da sociedade e cultura, desse modo, ultrapassa a simples reprodução dessas experiências passadas. (SÁ, 2007).

Ao se utilizar desses vários olhares adquiridos pelas vivências junto aos vários grupos que frequentou/frequenta o ACS vai coletando saberes e montando um arsenal de conhecimentos por meio de suas experiências. No dia a dia do trabalho mobiliza uma soma de conhecimentos de origem assistemática, e adquiridos por meio de capacitações oferecidas de modo formal pelo programa do qual faz parte. A bagagem da qual se vale como saber tácito (ou aquele conhecimento construído no fazer do trabalho) é constituída pela soma daquilo que vivenciou até o momento, não apenas em seu ambiente de trabalho, mas nos variados momentos ao longo da vida. Esse saber do ACS de origem assistemática não deve ser desprezado pela riqueza e multiplicidade de experiências, ao se considerar que provém da confluência de vários saberes vivenciados ou herdados em suas práticas sociais.

Assim, observamos que a expressão “tácita” está vinculada a saber, a conhecimento e a qualificação. Neste sentido, este estudo optou por abordar a expressão “tácita” relacionada à qualificação, por entender este conceito com uma construção mais próxima e mais relacional à expressão qualificações “naturais” femininas e masculinas. O problema de pesquisa desta dissertação pautou-se nas relações sociais de sexo e as qualificações ditas “naturais” femininas e masculinas, conforme Kergoat(2002). Assim, conseguimos perceber uma nítida relação às qualidades ditas “naturais” femininas e o trabalho das ACS. Entendemos este vínculo através da percepção de que o trabalho em saúde, e por consequência o das ACS, é pautado sobre o trabalho de características reprodutivas, ou trabalho doméstico. Possui tais características por centrar as suas ações sobre o “cuidar” das pessoas, uma das características básicas do trabalho reprodutivo de cunho doméstico. Podemos inferir que o trabalho em saúde de um modo geral é estabelecido também desta forma. Estabelecemos deste modo, uma linha de raciocínio para melhorar o entendimento destas categorias; o trabalho com qualidades ditas “naturais” femininas vincula-se a área da saúde pelos dois possuírem a mesma raiz, a produção/reprodução de seres humanos. Apresenta como linha mestra cuidar de pessoas, sendo elas, parentes ou não.

Historicamente, relacionou-se o trabalho feminino com as atividades de cuidar, adequadas às atividades maternas e cuidados com a casa. Assim, como o trabalho doméstico segue vinculado ao trabalho com qualificações “naturais” femininas, o “cuidar” relaciona-se ao trabalho doméstico, tornando-o inseparável de toda construção que aborde as qualificações “naturais” ditas femininas. A memória social comumente

associa a ação da mulher em áreas ditas adequadas às qualificações "naturais" femininas. Sempre identificadas com o desenvolvimento tipos específicos de trabalho, vinculados geralmente às mesmas ações de reprodução direcionadas ou condicionadas a áreas como a da saúde, cuidado com crianças, idosos, creches, trabalho em casas de família, ou seja, áreas associadas ao cuidar de pessoas.

As ACS trazem consigo uma história repleta de experiências, e que podem ser recrutadas de acordo com a necessidade de cada uma. A influência das experiências vivenciadas nos mais variados lugares, é apontada como contribuinte para a construção do que optamos denominar de qualificações socialmente construídas, através do saber "tácito", das capacitações oferecidas, do contato com o seu(s) grupo(s) e principalmente pelas relações acontecidas no seu ambiente de trabalho. As entrevistadas deixam claro tal importância e, de certo modo, reforçam o que já possuíamos como expectativa. O que fica claro é a manutenção de um quadro persistente o direcionamento da mulher para um tipo específico de ocupação em detrimento a outras. A inter-relação entre as qualidades ditas "naturais" e as experiências prévias fica patente quando percebemos um perfil bem característico dos postos de trabalho ocupados de forma prévia para estas entrevistadas. Todas, tinham em sua história de trabalho profissões relacionadas a esfera reprodutiva, ou trabalho doméstico. A memória dos diversos grupos dos quais as ACS fizeram e fazem parte reforça essa relação entre trabalho em saúde, trabalho doméstico e as qualificações "naturais" femininas.

Nos depoimentos todas relataram a existência de dois saberes distintos nos grupos que participa um oriundo da Equipe de Saúde da Família (ESF), e outro da comunidade. Mesmo em meio a saberes e conhecimentos tão distintos, apontam que essa multiplicidade de caminhos contribui com a composição de um saber próprio. Sendo esse, entremeado pelo que é passado pela equipe, pelo que vivenciam na comunidade de modo "tácito" cotidianamente e a relação desses saberes com a sua "bagagem" de experiências nos locais que trabalharam ao longo da vida. Mediar todos os saberes desses grupos proporciona a ACS a composição de conhecimento próprio e construído em grande parte de forma assistemática ao longo de sua prática diária. As experiências prévias de vida e as qualidades "naturais" se entrecruzam ao percebermos que todas as entrevistadas ao relatarem as experiências prévias no mundo do trabalho evidenciaram atividades tidas como femininas e relacionadas às qualidades "naturais" femininas. Infelizmente podemos constatar também ao lado desta "alma" feminina do

trabalho das ACS veio carregado dos problemas que afetam o trabalho feminino, como a jornada continuada e a precarização em suas variadas formas.

Por fim, buscamos a compreensão de como a memória social influencia a experiência e as qualidades "naturais" femininas das ACS no seu processo de trabalho. Compreendendo a memória como processo dinâmico e em constante construção, vimos nas falas das entrevistadas uma manutenção de uma divisão sexual e social do trabalho. Há a perpetuação de uma relação social de sexo que coloca a mulher sempre associado ao conjunto de atividades relacionadas com o trabalho doméstico. A memória em relação ao trabalho das ACS funciona como elemento que a liga com sua comunidade aumentando o seu vínculo e facilitando o acesso da equipe de saúde. O seu conhecimento enquanto parte desses dois grupos, a comunidade e a equipe, instrumentaliza a ACS para a realização de suas ações. O que experienciou em seu cotidiano, será a sua baliza, para compreender e mediar as situações que vão aparecendo na prática diária. Deste modo, fica difícil separar o trabalho das ACS da memória, esta é exercitada e mobilizada a cada instante pelas ACS.

De modo mais completo podemos imaginar o processo de trabalho em saúde como a execução de um trabalho com fortes características de trabalho doméstico, ou trabalho reprodutivo, pautado principalmente no cuidar do outro. Fica clara também outra relação, a formada entre trabalho em saúde e as qualificações "naturais" femininas, até porque o cuidar é considerado uma dessas qualificações. A memória insere-se neste cenário, pois é através dela que estas categorias se unem. A perpetuação da memória dos grupos que as ACS realizam suas práticas intensifica esta visão de trabalho em saúde vinculado ao cuidado e as demais qualificações "naturais" femininas.

Ao tentarmos compreender como as categorias propostas para o estudo se relacionam, percebemos a potencialidade da memória como ferramenta de análise e a imbricada relação do trabalho feminino com as qualificações tidas como "naturais" ao sexo feminino. Assim, entender como acontece o processo de trabalho em saúde é entender o cuidar. Compreender o que são as qualificações "naturais" femininas, é perceber que as qualificações socialmente construídas estão balizadas pelas relações sociais de trabalho e relações sociais de sexo. Para entender como esses processos se realizam é compreender como a memória mobiliza as experiências vivenciadas e compartilhadas entre todos esses atores. Por fim, as categorias propostas para análise

contribuíram de modo importante para a compreensão da mobilização da memória na realização do trabalho das ACS.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, Suzana. **O que é Trabalho**. Coleção Primeiros Passos. 2ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

ALBUQUERQUE, V S; e, GIFFIN, K M. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp. 519-538. ISSN 1981-7746. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462008000300007>>. Acessado em: 26 de novembro de 2013.

ALVES, A. E. S. . Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. **Trabalho, Educação e Saúde** (Online), v. 11, p. 271-289, 2013.

ALVES, A. E. S.; OLIVEIRA, E. S.. Memória e identidade social do trabalho. In: LOMBARDI, J.C.; MAGALHÃES, L.D.R. e CASIMIRO, A.P.B.S.. (Org.). **HISTÓRIA, MEMÓRIA E EDUCAÇÃO**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011, v. 1, p. 1-17.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARANHA A.V.S. O conhecimento Tácito e a qualificação do trabalhador. **Trabalho e Educação**. Belo Horizonte, n. 2, ago/dez. 1997.

BARALDI, S; DIAZ, M Y P; MARTINS, W J; e, CARVALHO JUNIOR, D A. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp. 539-548. ISSN 1981-7746. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462008000300008&script=sci_arttext> acessado em 27 Nov. 2013.

BIANCHETTI, L.. As novas tecnologias e o devassamento do espaço-tempo do saber tácito dos trabalhadores.. In: AUED, Bernardete W. (Org.). **Educação para o (des) emprego. Ou quando estar liberto da necessidade de emprego é um tormento**. Petrópolis: Vozes, 1999, v. 2000, p. 133-149.

BORNSTEIN, V J; STOTZ, E N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho das Agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, fev. 2008.

BRASIL. Decreto nº 3.189 de 4 de outubro de 1999. Dispõe sobre a fixação das diretrizes para o exercício da atividade de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1999; 04 out.

_____. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2002; 10 jul.

_____. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta profissão de agente comunitário de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 out.2006, p. 1

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Desprecariza SUS** : perguntas& respostas Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE. Apresenta dados sobre as Redes e Programas como o Programa de Agentes comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

BURKE, Peter. **A escrita da história**. Livraria UNESP, 1992.

CASSIN, M.. Trabalho e Formação Humana. In: ALVES, A.E.S.; LIMA, G.O.P.; CAVALCANTI JR. M.N.. (Org.). **Interfaces entre História, Trabalho e Educação**. Campinas: Alínea 2009, p. 59-74.

CASTANHO, S.. Memória, presente e futuro. In: LOMBARDI, J.C.; MAGALHÃES, L.D.R. e CASIMIRO, A.P.B.S.. (Org.). **História, Memória e Educação**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011, v. 1, p. 1-17.

CASTRO, N A e COMIN, A A. A alquimia organizacional: qualificação e construção do consentimento. **Tempo Social**; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 10(2): 113-144, outubro de 1998.

COMBES, D; e, HAICAULT, M. Produção e Reprodução. Relações sociais de sexo e de classes In KARTCHEVSKY-BULPORT, A. **O sexo do trabalho**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.S.J.R.; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.439-47, set/dez 2007.

DUBAR, Claude. A sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. **Educação e Sociedade**, v. 19, n. 64, p. 87-103, 1998.

DURÃO, A V; MOROSINI, M V; e, CARVALHO, V. Os agentes comunitários de saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação das Agentes comunitários de saúde**, p. 119, 2011.

ENGELS, F. **O papel do trabalho na transformação do macaco em homem**. Ed. Ridendo Castigat Mores, 1999. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/macaco.html>>. Acesso em: 03 jan. 2014, 14:02:35.

FENTRESS, J.; & WICKHAM, C.. **Memória social**. Ed. 1994. Lisboa, Portugal: Teorema.

FERNANDES, J C L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 134-139, 1992.

FERREIRA, V S C et al. Processo de trabalho do agente comunitário. **Cad.Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, D. Trabalho Doméstico. In. HIRATA H. et al. **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009. p.256-266.

GIL, C R R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOMES, A M T; OLIVEIRA, D C; SÁ, C P de. As representações sociais do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, Feb. 2008.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Trad. de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

HIRATA, H; ZARIFIAN, P. O Conceito de trabalho. In: **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas**. Marli Emílio, Marilane Teixeira, Miriam Nobre, Tatau Godinho (Org.). - São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

HIRATA, H; KERGOAT, D. A classe operária tem doissexos. **Estudos Feministas**, v. 2, n. 3, p. 93, 1994.

_____. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

JUNQUEIRA T. S et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad Saude Publica** 2010; 26(5):918-928.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003.

_____. A relação social de sexo da reprodução das relações sociais à sua subversão. **Pro-Posições**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 47-59, 2002.

KERGOAT, P. Pensar a cultura operária para desconstruir a hierarquização dos saberes. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 33, n. 118, Mar. 2012.

KERGOAT, P; PICOT, G; e, LADA, Emmanuelle. Ofício, profissão, “bico”. In: HIRATA, Helena et al. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Unesp, 2009, p.159-166

KUENZER, A Z. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim técnico do SENAC**, v. 28, n. 2, 2002.

_____. A. **As mudanças no mundo do trabalho e a educação: novos desafios para a gestão**. São Paulo, Cortez, 2001.

LAMOUREUX, D. Público/privado. In: HIRATA; H, LABORIE; F, LE DOARÉ, H; SENOTIER, D (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009, p. 208-213.

LEITE, M. P. ; POSTHUMA, A. C. . Reestruturação Produtiva e Qualificação: Reflexões sobre a experiência brasileira. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 63-76, 1996.

LIMA, J.C, e COCKELL, F. F. As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 3, p. 481-502, 2009.

MAGALHÃES, L; e, ALMEIDA, JRM. Relações simbióticas entre Memória, Ideologia, História e Educação. In: LOMBARDI, J.C.; MAGALHÃES, L.D.R. e CASIMIRO, A.P.B.S.. (Org.). **História, Memória e Educação**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2011, v. 1, p. 1-17.

MANFREDI, S. M.. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. **Educação & Sociedade**, v. 19, n. 64, p. 13-49, 1998.

MARQUES C. M. S. e PADILHA, E. M. Contexto e perspectivas da formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 345-352, 2004.

MARX, K. **O Capital Livro I**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARZARI, C K; JUNGES, J R; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 1, 2011.

MELO, HP; CONSIDERA, CM; e, DI SABBATO, A. Os afazeres domésticos contam. **Economia e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 435-454, 2007.

MELO, H. P. . A invisibilidade do trabalho feminino: uma violência disfarçada - notas preliminares. In: Carmen Tornquist, Clair Castilhos Coelho, Mara Coelho de Souza Lago, Teresa Kleba Lisboa. (Org.). **Leituras da Resistência Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis: Editora Mulheres, 2009, v. 2, p. 165-184.

MENDONÇA. M. H. M.. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 353-365, 2004.

MERHY, E E, e FRANCO, T B . Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 1ed.rio de janeiro: escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, v. 1, p. 276-282.

_____. Reestruturação produtiva em saúde. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006, v. 1, p. 225-230, 2006.

_____. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez. de 2003.

MÉSZÁROS, I et al. **Para além do capital**. Boitempo Editorial, 2002.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/sep, 1993.

MINAYO, MCS(org); DESLANDES, S F; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Petrópolis; Vozes; 1992. 80p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, R. P; SILVA, F B; RAMOS, Z. V., 2000. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Ipea. Textos para Discussão n. 735.

NUNES MO, TRAD LB, ALMEIDA BA, HOMEM CR, MELO MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. S. Pública** 2002; 18(6):1639-46.

PERALTA, E. Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Arquivos da Memória: antropologia, escala e memória**, n. 02, p. 4-23, 2007.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). **Dicionário Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, v. , p. 73-76.

PIRES, M. F.C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n.1, 1997.

PERROT, M.. Escrever uma história das mulheres. **Cadernos Pagu, Campinas: Unicamp**, n. 9, p. 9-28, 1995.

POLLAK, M.. Memória e identidade social. **Estudos históricos**, v. 5, n. 10, p. 200-212, 1992.

RAMOS, M. N. 'Conceitos Básicos sobre trabalho'. In: FONSECA, F. A. & STAUFFER, A. B. (Orgs.) **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2007.

RIBEIRO, E M; PIRES, D; e, BLANK, V L G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

SÁ, C. P.. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 2, p. 290-295, 2007.

SILVA, L. M. de O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro**. Campinas, 2006, 128f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SOIHET, R.. História, mulheres, gênero: contribuições para um debate. **Gênero e Ciências Humanas: desafio às ciências desde a perspectiva das mulheres**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, p. 95-114, 1997.

SOUZA, M. A. S. L. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010.

TARTUCE, G.L.B.P. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. **Educ. Soc**, v. 25, n. 87, p. 353-382, 2004.

TOMAZ, J. B.C.. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comum. Saúde Educ.**, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

WALDOW, V. R.. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica?. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 20, 2008.

Apêndice A – Versão teste do questionário teste sobre o perfil socioeconômico dos ACS.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Título: Memória, Qualificação e Divisão Sexual das (os) Trabalhadoras (res) Agentes Comunitários de Saúde.

Pesquisador: Robson Oliveira Costa Júnior

Orientadora: Ana Elizabeth Santos Alves

Questionário

Perfil socioeconômico dos ACS

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Tempo de serviço na função de ACS: _____

Bairro/Unidade que trabalha: _____

Marque um X indicando qual o seu nível de Escolaridade:

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior Incompleto

Ensino superior completo

1) Marque uma ou mais alternativas que você considera como qualidade(s) importante (s) para a realização do trabalho de Agente comunitário de saúde:

Ser paciente

Ser dedicado

Ser comunicativo

Ser disponível

Ser Responsável

Ser organizado

Acompanhar as famílias da sua área

Cuidar das pessoas da sua área

Orientar as pessoas da sua área

Apoiar as pessoas da sua área

Estimular a prevenção de doenças

Ter bom relacionamento em equipe

Garantir a segurança das pessoas de sua área

Planejar as atividades que serão desenvolvidas na área

Ter autonomia para desenvolver as atividades na área

2) Você realiza outra atividade profissional além da de agente comunitário de saúde?

sim

não

Caso a resposta seja sim aponte qual atividade você realiza. _____

3) Após o dia de trabalho como agente comunitário de saúde, quais as atividades abaixo você realiza. Marque uma ou mais alternativas.

- Pratico esportes
- Realizo concertos em casa
- Lavo louças
- Ajudo na arrumação da cozinha
- Cuido dos filhos
- Ajudo a tomar conta das crianças
- Cuido da casa
- Estudo
- Leio a bíblia
- Assisto televisão
- Cozinho
- Vendo produtos de beleza
- Levo o cachorro para passear
- Cuido do carro/motocicleta
- Reúno com os amigos no bar
- Passeio com amigos
- Uso a internet
- Participo de trabalhos de caridade
- Vou à igreja
- Reúno com grupos de pessoas ou entidades filantrópicas
- Trabalho em outra atividades profissional
- Lavo roupas
- Realizo trabalhos de carpintaria/marcenaria
- Faço musculação
- Entrego exames de pacientes
- Faço hora extra no trabalho
- Faço trabalhos de artesanato

Apêndice B – Versão final do questionário sobre o perfil socioeconômico dos ACS.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Título: Memória, Qualificação e Divisão Sexual das (os) Trabalhadoras (res)
Agentes Comunitários de Saúde.

Pesquisador: Robson Oliveira Costa Júnior

Orientadora: Ana Elizabeth Santos Alves

Questionário

Perfil socioeconômico dos ACS

Nome: _____ Idade: ____ Sexo: ____

Tempo de serviço na função de ACS: _____

Bairro/Unidade que trabalha: _____

Marque um X indicando qual o seu nível de Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Segundo grau incompleto
- Segundo grau completo (Contabilidade, Magistério, Outros)
- Ensino superior Incompleto
- Ensino superior completo

1) Marque uma ou mais alternativas que você considera como qualidade(s) importante (s) para a realização do trabalho de Agente comunitário de saúde:

- Ser paciente
- Ser dedicado
- Ser comunicativo
- Ser disponível
- Ser Responsável
- Ser organizado
- Acompanhar as famílias da sua área
- Cuidar das pessoas da sua área
- Orientar as pessoas da sua área
- Apoiar as pessoas da sua área
- Estimular a prevenção de doenças
- Ter bom relacionamento em equipe
- Garantir a segurança das pessoas de sua área
- Planejar as atividades que serão desenvolvidas na área
- Ter autonomia para desenvolver as atividades na área

2) Você realiza outra atividade profissional além da de agente comunitário de saúde?

- sim
- não

Caso a resposta seja sim aponte qual atividade você realiza. _____

3) Após o dia de trabalho como agente comunitário de saúde, quais as atividades abaixo você realiza. Marque uma ou mais alternativas.

ATIVIDADES DOMÉSTICAS

- Realizo concertos em casa
- Lavo louças
- Ajudo na arrumação da cozinha
- Arrumo a cozinha
- Cuido dos filhos
- Ajudo a tomar conta das crianças
- Cuido da casa
- Cozinho
- Lavo roupas

RELACIONADOS A TRABALHO

- Vendo produtos de beleza
- Trabalho em outra atividades profissional
- Entrego exames de pacientes
- Faço hora extra no trabalho
- Faço hora extra em troca de dia de folgas
- Faço trabalhos de artesanato

LAZER

- Pratico esportes
- Assisto televisão
- Cuido do carro/motocicleta
- Reúno com os amigos no bar
- Passeio com amigos
- Uso a internet
- Vou à igreja
- Faço musculação

RELACIONADO A ESTUDO

- Estudo as vezes
- Estudo em casa
- Estudo na escola
- Faço leituras diversas
- Leio a bíblia

OUTRAS ATIVIDADES

- Reúno com grupos de pessoas ou entidades filantrópicas
- Reúno com grupos de pessoas na igreja
- Levo o cachorro ou animal de estimação para passear
- Faço trabalhos voluntários
- Realizo trabalhos de carpintaria/marcenaria
- Participo de trabalhos de caridade

APÊNDICES C - Critérios para a delimitação do grupo para a realização das entrevistas.

Quadro 1- Critérios para a delimitação do grupo para a realização das entrevistas

- Pessoas de áreas diferentes da cidade, por considerar perfis e padrões socioeconômicos diferentes nos vários pontos da cidade;
- Idades diferentes;
- Tempos diferentes na atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS);
- Diferentes Níveis de escolaridade;
- Pessoas que exerçam apenas a atividade de ACS;
- Pessoas que possuam um segundo vínculo formal e/ou informal;

APÊNDICES D - Perfis dos informantes selecionados para a fase de entrevista.

Quadro 2 - Perfis dos informantes selecionados para a fase de entrevista.

1. Mulher, com muito tempo na atividade de ACS, com ensino fundamental completo, participa de movimentos sociais e não possui outra atividade profissional;
2. Mulher, com muito tempo na atividade de ACS, com ensino fundamental completo e não possui outra atividade profissional;
3. Mulher, com pouco tempo na atividade de ACS, com superior completo, realiza prestação de trabalho informal eventualmente em outra profissão;
4. Mulher, com pouco tempo na atividade de ACS, com ensino médio incompleto, realiza trabalho informal eventualmente para complementar a renda;
5. Mulher, com muito tempo na atividade de ACS, com superior incompleto e realiza trabalho informal eventualmente para complementar a renda;
6. Mulher, com muito tempo na atividade de ACS, com fundamental completo, realiza trabalho informal eventualmente para complementar a renda;
7. Mulher, com muito tempo na atividade de ACS, com fundamental completo, realiza trabalho informal eventualmente para complementar a renda;

APÊNDICES E - Roteiro da entrevista Semiestruturada realizada com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) participantes do estudo.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

Título: Memória, Qualificação e Divisão Sexual das (os) Trabalhadoras (res) Agentes Comunitários de Saúde.
Pesquisador: Robson Oliveira Costa Júnior
Orientadora: Ana Elizabeth Santos Alves

Roteiro de entrevista

- Descreva para mim o que é o trabalho do ACS;
- Fale sobre o seu dia a dia de trabalho;
- Fale sobre as atividades que são desenvolvidas após o trabalho como ACS;
- Como você considera as atividades desenvolvidas além da sua jornada de trabalho;
- Você considera como trabalho estas atividades?
- Atividades que são consideradas como trabalho de homem e trabalho mulher;
- Dê sua opinião sobre a realização do seu trabalho como ACS;
- Conte para mim o que é necessário um ACS ter para trabalhar;
- Descreva para mim como sua experiência de vida te ajuda no seu trabalho como ACS;
- Fale como você usa o saber que seus pais e mais velhos lhe ensinaram no seu dia a dia como ACS;
- Conte para mim como você vê a relação do que aprendeu com a equipe e do que aprendeu com a comunidade;
- Fale para mim o que seria, em sua concepção, o trabalho em saúde;
- Descreva para mim o que é cuidar;