

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.12 - dec. 2012 - pp.92-126 / Faya Robles, A. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporáneo: la “policía amiga” de las madres pobres

Alfonsina Faya Robles

Doctora en Sociología

Universidad de Toulouse-Le Mirail, Francia

> afaya@univ-tlse2.fr

Resumen: Este artículo pretende mostrar cómo el sistema de salud pública encuentra un medio de regulación sanitaria en las relaciones horizontales entre mujeres pobres de la ciudad de Recife, Pernambuco. Las Agentes Comunitarias de Salud (ACS) llevan adelante el control sanitario de familias pobres y, en particular, de la relación madre-hijo, que se vive generalmente dentro de redes femeninas de apoyo. Las ACS actúan como una “policía” de la maternidad, con el propósito de alcanzar objetivos sanitarios tales como la reducción de la mortalidad infantil. Las ACS trabajan en el mismo barrio donde residen, son también mujeres de sectores populares y forman parte de las redes de apoyo femenino que deben controlar. La posición de ACS se construye, entonces, como una “policía amiga”, donde el control se basa en relaciones horizontales. Dicha horizontalidad permite además el fenómeno contrario, por el cual la ACS es controlada por los habitantes del barrio.

Palabras clave: salud pública; Brasil; agentes comunitarios de salud; maternidad; regulación

**As agentes comunitárias de saúde no Brasil contemporâneo:
a “polícia amiga” das mães pobres**

Resumo: Este artigo pretende mostrar como o sistema de saúde pública encontra em relações horizontais entre mulheres pobres da cidade de Recife, Pernambuco, um meio de regulação sanitária. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) levam adiante o controle sanitário das famílias pobres e, em particular, da relação mãe-filho, a qual é vivida geralmente nas redes femininas de apoio. As ACS atuam como um “policia” da maternidade, com o propósito de alcançar objetivos sanitários, como a redução da mortalidade infantil. As ACS trabalham no mesmo bairro onde residem, são também mulheres de setores populares e fazem parte das redes de apoio feminino que devem controlar. A posição de ACS se constrói, então, como uma “polícia amiga”, em que o controle se baseia nas relações horizontais. Tal horizontalidade permite também o fenômeno contrário, em função do qual a ACS é controlada pelos habitantes do bairro.

Palavras-chave: saúde pública; Brasil; Agentes Comunitários de Saúde; maternidade; regulação

**Community Health Workers in contemporary Brazil:
a “friendly police” for poor mothers**

Abstract: This article shows how the public health system finds a means health regulation in horizontal relations among poor women in the city of Recife, Pernambuco State, in the Northeast of Brazil. Community Health Workers (ACS, for its Portuguese initials) monitor the health of poor families, especially mother-child relations, usually within female support networks. ACSs act as a sort of “motherhood police,” aiming at results such as the reduction of infant mortality. ACSs are also working-class women, performing their duties in the same neighborhood where they live, and are involved in the same child care networks. Their role is constructed as a “friendly police” whose control is based on horizontal relationships among poor women. This also facilitates a reverse phenomenon, as ACSs become the object of monitoring by neighbors.

Keywords: Public Health; Brazil; health workers; maternity; regulation

Las agentes comunitarias de salud en el Brasil contemporáneo: la “policía amiga” de las madres pobres

Introducción¹

El Programa de Agentes de Salud Comunitaria (PACS) del Ministerio de Salud de Brasil fue creado a partir de una experiencia iniciada en el estado de Ceará, en 1987, como parte de un plan de emergencia para luchar contra las altas tasas de mortalidad materna en el noreste brasileño. En 1991, el gobierno federal creó el programa nacional PACS, con los mismos objetivos y teniendo como meta la región Nordeste. Desde entonces, el programa se amplió a todo el país y las Agentes Comunitarias de Salud se han convertido no sólo en los actores clave de la atención primaria de salud, sino también en un eje fundamental de la dinámica de democratización de las instituciones del país. En 2007, había un total de 211 mil Agentes Comunitarios de Salud en el país, cubriendo el 57% de la población brasileña (alrededor de 107 millones de personas). En la ciudad de Recife, estado de Pernambuco, el número de ACSs va en aumento desde el comienzo del siglo 21. Si en 2000 eran 990, seis años después, en 2006, el número de ACS se elevaba a 1803.²

Hoy, las ACS (Agentes Comunitarios de Salud) son las principales intermediarias entre la gente de los barrios y el sistema de salud pública. Actúan dentro del “Programa de Salud en la Familia”³ (Programa Saúde da Família – PSF) donde son asignadas a una “Unidad de Salud” y a un área particular, que es obligatoriamente también donde la ACS reside. Esta característica de la residencia en el área de acción presupone, como recurso profesional de las ACS, valores e intereses compartidos así como una pertenencia común a barrios populares. El trabajo de las ACS consiste en informar y monitorear la salud de los habitantes dentro

¹ Este artículo forma parte de un capítulo de mi tesis de doctorado, defendida en la Universidad de Toulouse (Francia) en julio 2011 y para la cual tuve una beca del Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (Fr.).

² Fuente: GAB (Cuidado Gerencia General Primaria) / Departamento de Salud de Recife.

³ El PSF funciona por medio de unidades sanitarias” o dispensarios, en una zona delimitada por las fronteras administrativas y sanitarias del territorio brasileño (municipio, distritos sanitarios, sub-distritos y Unidades PSF). Estos dispensarios, que se encuentran en los barrios, funcionan como “unidades básicas de salud”, donde el trabajo de equipos multiprofesionales (un equipo debe tener al menos un médico generalista, una enfermera, un auxiliar de enfermería y agentes comunitarios de Salud) se basa en la promoción, prevención y solución de los problemas de salud y de las enfermedades más comunes. Estas unidades de PSF se ocupan más o menos de mil familias.

de las fronteras de su área: hacer el seguimiento de los embarazos, llevar a cabo campañas de prevención y vacunación, notificar los problemas de salud, distribuir los medicamentos, marcar las citas con el médico de la unidad de salud del barrio, etc. Gradualmente, el programa ACS está creciendo y se está arraigando en el paisaje institucional de la salud pública en Brasil así como también en los barrios populares del Brasil.

Si bien la investigación que nos llevó a interesarnos en el trabajo de las ACS tenía como objeto otra cuestión,⁴ este grupo se destacó rápidamente por varias razones. Al igual que otros grupos de profesiones subordinados en el campo de la medicina y la salud, estos puestos suelen ser ocupados por mujeres⁵. Aquí, la posición de subordinación se incrementa por tratarse de mujeres de camadas populares. A pesar de eso –y es lo que nos llamó la atención– ocupan un lugar fundamental en el dispositivo de regulación de la salud pública. Este artículo pone en relieve no sólo el papel de las instituciones sanitarias en el control de las conductas de las clases populares, sino sobre todo que, dentro de estas instituciones, cada vez más las figuras aparentemente más periféricas son quienes realizan aquella función. En Brasil, existe acuerdo respecto de que

...durante la última década, el agente comunitario de salud representó el segmento efectivo del trabajo en el campo de la salud y se convirtió en un nuevo actor político, en la escena de la asistencia en salud y su organización⁶ (Mendonça, 2004:1433).

Así, podemos pensar el lugar de las ACS no sólo como un actor clave en la aplicación de políticas públicas hacia “abajo”, sino también ocupando una posición en la organización de estas políticas, haciendo un puente “hacia arriba”, y vehiculizando demandas sociales. La naturaleza del trabajo de las ACS es ambivalente, ya que al mismo tiempo que aplican efectivamente las políticas *públicas*, también pueden movilizar las demandas políticas, pues ellas mismas pertenecen a los grupos con los cuales trabajan. En este sentido, y aproximándonos al tema

⁴ Se trataba de la investigación doctoral ya mencionada sobre la experiencia de la maternidad en medios populares en la ciudad de Recife y su construcción en relación con los dispositivos de regulación del sistema de salud pública, de los cuales el programa ACS es uno de sus principales componentes.

⁵ Se hablará, en delante de las ACS siempre en femenino. De hecho, es una profesión altamente feminizada tanto a nivel nacional como local. En el barrio donde trabajamos todas las ACS son mujeres.

⁶ Traducción de la autora. Las siguientes citas de textos, escritos tanto en francés como en portugués, son también traducciones de la autora.

que nos llevaba a Recife, centrado en la experiencia de la maternidad en camadas populares, no es sólo la función de control social y de mediación la que hace que éstas mujeres conformen un grupo específico, sino también el hecho de que éstas mujeres pertenezcan al mismo segmento social y a menudo sean madres, viviendo sus maternidades gracias a redes de ayuda femeninas. Existen entonces dos puntos cruciales para la problematización del trabajo de este grupo profesional: en primer lugar, las ACS deben ejercer un control de las mujeres de camadas populares; y en segundo lugar, las ACS son conocidas, vecinas y a menudo forman parte de las redes de *care*⁷ de mujeres de sectores populares viviendo la experiencia de la maternidad.

Es preciso preguntarse cómo la presencia de este actor de la salud pública brasileña, cuya posición es híbrida –mujeres de medio popular y actores institucionales– introduce cambios en la experiencia social de la maternidad. Inversamente, también podríamos preguntarnos de qué manera el lugar que ocupan las ACS, cada vez más central dentro del sistema público de salud, participa en la reconfiguración de las formas de regulación de éste. Nuestra hipótesis es que la presencia de las ACS en los barrios populares promueve en las mujeres la construcción de un rol maternal sanitizado. En ese sentido, las ACS son una “policía”⁸ de la maternidad de las mujeres pobres y ejercen la función de control desde el interior de la red de ayuda mutua de las mujeres. Al mismo tiempo, vemos la construcción de una profesión dedicada al trabajo de *care*, reservado a mujeres de medios populares; profesión que se basa no sólo en ciertas cualidades profesionales, sino también a partir de la condición de “madres de medios populares”.

El Estado brasileño encuentra en las mujeres de clases populares tanto un

⁷ El *care* es, según Tronto, “una actividad genérica que incluye todo lo que podemos hacer para mantener, continuar y reparar nuestro mundo para que podamos vivir lo mejor posible” (Tronto, 2009:143). Aquí adoptamos una definición menos general y más relacional. El *care* aquí se define como un tipo de relación de preocupación y de cuidados de la madre con su hijo y de la ACS para con ellos. En este sentido, Brasil sigue a su manera un proceso que existe en varios países europeos, donde el tema de la dependencia que era exclusivo de la esfera privada y donde las mujeres asumían la gestión, tiende a volverse una función del Estado, que construye una organización del *care* atención. Utilizamos también la noción de *solicitud* como sinónimo de *care*: los dos suponen una cierta postura de atención (en el sentido de estar atento con algo o alguien) y una serie de actividades de cuidado (todas las actividades relativas a la limpieza, la cura, los cuidados, etc.).

⁸ En el sentido de Jacques Donzelot (1977) la policía es un dispositivo que se encarga de la población, utilizando la “familia” como el eje de la regulación y desde el ángulo de la regulación de la salud, la producción y la circulación. Esto es lo que Foucault (1978) llama el “gobierno de la familia”. Sin embargo, en nuestro estudio, observamos cómo el enfoque de la regulación se reducirá a la diada madre-hijo, lo que reduce la “familia” a estos dos actores.

objeto de una regulación, cuanto una “policía” que la llevará a cabo, produciendo así una doble asignación de género y de clase. Se trata entonces de volver a la obra clásica de Jacques Donzelot (1977) sobre “la policía de las familias” a la luz de un enfoque en términos de “interseccionalidad” de las relaciones de dominación. Este enfoque tiene en cuenta la multiplicidad de sistemas, relaciones y categorías –como el género, la clase y la raza– que, de manera imbricada, crean desigualdad y dominación en las relaciones, delineando así las experiencias de los individuos (Collins, 2000). Articulando este enfoque con el análisis de una construcción socio-histórica particular –como es el caso de las políticas de salud reproductiva en Brasil– damos consistencia empírica al tema de la intersección de las relaciones sociales, que a menudo es considerado de manera demasiado abstracta.

Donzelot muestra cómo en la Europa de fin del siglo XIX y principios del XX, la familia no es más el *sujeto político*, sino el *objeto* de una política (Donzelot, 1977:6). Y describe cómo se implementa una variedad de servicios de acción caritativa y social, que tratan de socializar las mujeres de las clases “peligrosas” en la función y el amor maternal. El trabajo de la regulación y de control estaba feminizado, pero la función policial suponía una distancia socio-económica entre la emisora y la receptora. La primera era originaria de las clases altas y la regulación pasaba por una socialización que actualizaba la dominación de clase. Este tipo de control también ha sido el modelo en Brasil, donde, desde la llegada de la corte portuguesa en el siglo XIX, la familia y especialmente aquella de medios populares se convirtió en el blanco de la acción y de la intervención médica del Estado (Resende Archanjo, 2009) y de las acciones filantrópicas de mujeres de la alta sociedad.

Actualmente, los modos de regulación de los comportamientos sanitarios en Brasil son diversos, pero en lo que refiere a la maternidad en medios populares, se convierten en una cuestión puramente femenina, ejercida por mujeres sobre otras mujeres. El enfoque interseccional permite separar distintos marcadores sociales de la diferencia –como la raza y la clase– dentro del género, y señalar dos hechos diferentes. En primer lugar, la concentración de la regulación sanitizada sobre mujeres de clases populares, en detrimento de hombres y mujeres de clase media o alta, donde están produciéndose otros tipos de regulación.⁹ Más importante aún, es el hecho de que el Estado brasileño se apoye, de manera original, en el tejido social existente y en las relaciones sociales horizontales entre las mujeres de me-

⁹ Hemos argumentado en otro lugar (Faya Robles, 2011) que la regulación de las prácticas de mujeres de clase media se hacen bajo otras modalidades diferentes, y se refieren más bien a modalidades jurídicas, pedagógicas y psicológicas, más que a aquellas sanitarias y médicas.

dios populares (no blancas¹⁰) para ejercer el control de sus prácticas maternas. Es en este sentido que llamamos a las ACS la “policía amiga” de las mujeres, para resaltar el carácter no sólo intra-género, sino también intra-clase de la regulación de las prácticas maternas.

Hablar de “policía amiga”, permite también considerar las nuevas modalidades que asume la regulación de la salud, que, lejos de caracterizarse por técnicas autoritarias y disciplinarias, adopta la forma del “acompañamiento” y del “consejo”. Estas técnicas se basan en el contacto diario, el control asiduo y estableciendo interacciones que promuevan la expresión y el intercambio entre las personas. Esto parece concordar con otras investigaciones en la región (Lugones, 2009; 2012; Grinberg, 2012, Colángelo, 2011, 2012) las cuales apuntan cambios en las modalidades de regulación e intervención estatal desde finales del siglo XX. Estos trabajos, realizados en campos empíricos muy diversos (como el judicial y el médico,) muestran cómo las técnicas de normalización de los comportamientos de los niños, de sus madres y sus familias, siguen un proceso de “suavización”, incorporando nuevas prácticas institucionales. Así, la asistencia social del Estado parece apropiarse de lógicas caritativas y altruistas que “acarician la pobreza”, retomando aquí el título del libro de Laura Zapata (2005) sobre las voluntarias de Caritas en Mar del Plata, Argentina.

Estaríamos delante de un doble proceso, por un lado de “suavización” de las técnicas de intervención y, por otro lado, una mayor “asiduidad” en la regulación, la cual parece bastante inusitada en América Latina. Aquí, los modos de intervención del Estado se han configurado – o al menos, así se construyó el relato del Estado latinoamericano – por apariciones esporádicas, a menudo dramatizadas y / o violentas, y donde el control de los comportamientos no ha sido nunca vinculado a un trabajo institucional cuidadoso y constante de instituciones civilizadoras (Martuccelli, 2010).

Se observan cada vez más micro-dispositivos de regulación que se efectivizan en situaciones anodinas como la conversación entre dos vecinas, una consulta pediátrica en un hospital (Colángelo, 2011, 2012) o en un “aconsejamiento” dado a un tutor en un tribunal de Menores (Lugones, 2009; 2012). En nuestro contexto de pesquisa, observamos que si hay un plus de diligencia del estado brasileño en

¹⁰ No entraremos aquí en el análisis fino de la articulación entre el género, la raza y la clase social en Brasil, tema muy complejo que atraviesa la historia y la construcción de instituciones democráticas en el país. Sin embargo, debemos aclarar el hecho de que, como en el resto del país, las mujeres de medio popular con quienes trabajamos, así como las ACS son consideradas como no-blancas. Así que podemos dar como presupuesto que cuando hablamos de “mujer de medios populares” estamos hablando de mujeres pertenecientes a una clase social que ha sido y es articulada con procesos de racialización.

cuestiones de salud pública en Recife, vemos también una economía de esa intervención. Para resolver problemas de gran escala como la persistencia de la mortalidad infantil, o el número de abortos ilegales¹¹, el Estado toma como objeto de regulación a la mujer, a la relación de filiación y en especial a los comportamientos íntimos de mujeres pobres para con sus hijos. Estas intervenciones, que podrían acercarse a la noción de *penal welfare* (Garland, 2001) por ser políticas pensadas y orientadas hacia un correccionalismo limitado a las mujeres pobres y sus hijos pero que, sin embargo, no son del dominio exclusivo de instituciones *totales*, sino que penetran en la vida cotidiana de las familias y de los barrios populares en Brasil a través de las Agentes Comunitarias de Salud. Los modos de regulación, que se basan en la horizontalidad de las relaciones sociales para ejercer el control, hacen que sea posible el re-direccionamiento de la regulación. En otras palabras, se observa una inversión del sentido de la regulación en la que las ACS se vuelven el blanco, reguladas por los habitantes del barrio no sólo en el ejercicio de su profesión, sino también en su experiencia de la maternidad.

Este artículo busca mostrar cómo el estado brasileño desarrolla modos de regulación de las prácticas maternas en camadas populares, basándose fundamentalmente en las relaciones horizontales entre mujeres que los ejercen y las receptoras de esas políticas. Encontramos experiencias similares en la región – sobre todo en Argentina en la década pasada – donde políticas públicas se apoyaron en la horizontalidad de las relaciones entre mujeres de camadas populares. Laura Massón (2004) muestra cómo se creó en Argentina una “política en femenino” por la participación de mujeres no solamente en la cúpula del ejercicio político, sino también de mujeres de “familias humildes” y “buenas vecinas” en la aplicación de políticas sociales en barrios pobres de la provincia de Buenos Aires. Estas relaciones horizontales recurren a nuevas técnicas de la regulación – como las “visitas”, los “consejos”, etc. – que no están exentos de conflictos, por lo que requieren estrategias y ajustes particulares. Por otra parte, estas relaciones y modos de regulación permiten la contra-regulación por parte de los habitantes del barrio a sus “políticas”, abriendo así un espacio de negociación en las interacciones.

¹¹ La interrupción voluntaria del embarazo está prohibida en Brasil. Se estima que hay 1 millón de abortos ilegales por año en Brasil. El perfil de estas mujeres coincide con el de nuestra población de estudio: mujeres jóvenes, pobres y del Nordeste. De acuerdo con el Sistema Único de Saúde (SUS), hay un promedio de 686 internaciones por día, por complicaciones post-aborto. Según la Secretaría del Ministerio de Salud de la Mujer, entre 180 y 360 mujeres mueren por año en Brasil a causa de abortos mal realizados.

Una etnografía multi-métodos

Este artículo se basa en datos que forman parte de un conjunto empírico más amplio producido en un trabajo etnográfico que se realizó en 2006 y 2008, durante un total de catorce meses dedicados a la investigación de campo en un barrio periférico y en tres maternidades públicas de la ciudad de Recife, en el Nordeste brasileño. La investigación incluyó cuarenta y cuatro entrevistas no-directivas con mujeres de camadas populares en Recife, tanto en las maternidades públicas como en el barrio de Pantanal, y dieciséis entrevistas con profesionales de la salud pública, incluidas las ocho Agentes comunitarias de salud del barrio. Finalmente, este texto se apoya en el análisis de varios otros materiales, tales como documentos sanitarios expedidos por el Ministerio de Salud de Brasil, informes de expertos, datos estadísticos e historiográficos.

Los datos presentados aquí refieren principalmente a las informaciones recogidas en el barrio con mujeres, sus familias y el equipo de ACS que viven y trabajan allí. También hemos hecho observaciones ambulantes acompañando las visitas de las ACS a los domicilios de los habitantes del Pantanal. Esos paseos, más los largos momentos pasados en la Unidad de Salud del barrio ayudaron a crear vínculos estrechos con algunas ACS facilitado el seguimiento de su trabajo cotidiano. Estos paseos y visitas junto a las ACS han permitido reconstruir largas “escenas de observación” (Beaud, 1996:236) de la interacciones entre ACS y lugareños; entre ellas mismas; y de sus rutinas de mujeres de un barrio popular. Paralelamente, las entrevistas y observaciones con mujeres del barrio han posibilitado recoger informaciones sobre sus percepciones acerca de las ACS y respecto de la Unidad de Salud. Por último, aplicamos un cuestionario a las ACS para sistematizar algunas informaciones y completar datos sobre su perfil.¹²

Perfil y trayectorias profesionales de las Agentes Comunitarias de Salud de Pantanal

Ocho ACS trabajaban en el barrio de Pantanal¹³. La edad media de estas mujeres se situaba en torno de los 30 años (la mayor era de 41 años y la menor de 26

¹² Su pequeño número (cinco de ocho ACS respondieron) no permite realizar un análisis cuantitativo; no obstante este cuestionario proporcionó información adicional sobre estas mujeres.

¹³ Pantanal forma parte de las veinte comunidades que forman el barrio Ibura, ubicado en el suroeste de Recife y considerado como uno de los más violentos de la ciudad. Pantanal se formó principalmente por la ocupación espontánea de tierras en los años 90. Actualmente, hay cerca

años de edad). Todas estaban casadas legalmente, y eran madres de familia de dos niños, en promedio. Esto las distinguía de la mayoría de las mujeres entrevistadas en el barrio, quienes generalmente entraban más temprano en el ciclo materno, no estaban legalmente casadas y tenían más de dos hijos.¹⁴

Las ACS habían tenido una variedad de experiencias profesionales antes de convertirse en Agentes, relacionadas a menudo con el área de servicios y el comercio. Ninguna había trabajado previamente en el ámbito de la salud pública. Sin embargo, con posterioridad a su experiencia como ACS, algunas de ellas proyectan una carrera en el servicio público y planean realizar concursos en las áreas de enfermería o auxiliar de enfermería. Todas ellas vivían en la zona de Pantanal desde hacía más de una década y habían participado en diferentes movilizaciones sociales del barrio para la adquisición de tierras, la mejora del hábitat, del transporte público, etc. Estaban familiarizadas con los problemas del barrio y con su gente.

En 2006, trabajaban desde hacía dos años en la unidad de salud “27 de Noviembre”, la cual reagrupaba, entre otras, el barrio Pantanal. En marzo del 2007, la inauguración de la nueva unidad de salud exclusiva para el barrio de Pantanal fue vivida por el equipo de salud, y los líderes comunitarios, como una verdadera “conquista de la comunidad”. Durante nuestra estadía en 2008, nos reencontramos con las mismas ACS y el mismo equipo. El equipo de salud de Pantanal tenía además, un médico, un dentista, una asistente dental y un auxiliar de enfermería. Éstos trabajan con cerca de 6.000 habitantes, quedando dentro de los parámetros del Ministerio de Salud, quien asignaba 150 familias o 750 personas por ACS. Estas familias deben ser visitadas en sus domicilios al menos una vez por mes por la ACS.

La calificación de ACS se adquiere después de obtener un concurso de la función pública y del seguimiento de 400 horas de formación. Luego, tres condiciones son necesarias para ser contratada: conseguir el concurso, concluir la escuela secundaria, y vivir en el área donde se ha creado el puesto de trabajo. Las formas de contratación de las ACS por parte de las Secretarías de Salud de los municipios eran diversas, algunas de las cuales revelaban la precarización del trabajo de

de 6.000 habitantes, con un 54% de mujeres. La densificación creciente no ha sido acompañada por inversiones públicas, haciendo que el área sufra de graves problemas sanitarios y de infraestructura. En el año 2000, sólo el 65,8% de los hogares tenía acceso a agua corriente. 15% de los residuos domésticos no se recogían y se almacenaban a la intemperie. 18% de los hogares de Pantanal se encuentran en zonas de riesgo de derrumbes.

¹⁴ Si las tasas totales de fecundidad disminuyen, la de las adolescentes tienden a elevarse. En la micro-región sanitaria 6,3, donde se encuentra Pantanal, el porcentaje de mujeres de entre 15 y 17 años con un hijo aumentó de un 5,72% en 1991 a un 10,62% en 2000. Esta tendencia aparentemente ha seguido creciendo. Entre nuestra población de estudio, la media de edad del primer embarazo es de 19 años.

ACS. Éstas iban desde el contrato legal, a tiempo indeterminado o temporáneo, al contrato como autónomo (CO) y al de prestación de servicios. Los procesos de descentralización y de regionalización, paralelos a la ampliación del sistema de salud pública de Brasil, no han resuelto la cuestión de la estabilidad de los empleos públicos; en cambio, han producido más inseguridad y precariedad de los empleos.

El Estado nacional ha tratado de normalizar el trabajo de Agente Comunitario de Salud con la legalización del trabajo, organización de la capacitación, reconocimiento legal de la profesión en 2002 y de los sindicatos, etc. Pero se ha flexibilizado la contratación. Un estudio realizado en 2005 muestra que el 100% de los municipios del área metropolitana de Recife, estaban utilizando la modalidad de los contratos temporales para contratar a ACS (Nascimento, 2005). En 2006, las ACS de Pantanal ganaban entre uno y dos salarios mínimos, que en ese momento ascendía a R\$ 350. A medida que el trabajo de las ACS se formalizaba, el salario fue aumentando también. En 2009, el Ministerio de Salud promovió una medida para definir a R\$ 930 el límite mínimo del salario de ACS para 40 horas de trabajo y para quien ha completado la capacitación certificada.

El trabajo de las ACS: la deplorable doble tarea, la incómoda doble posición

El contrato de ACS requiere 40 horas de trabajo por semana como máximo, de las cuales 2 horas se cumplen en el espacio de la unidad de salud, “la guardia” (o *plantão*), y 38 horas en el área del barrio, durante las visitas domiciliarias. En la unidad de salud de Pantanal, de acuerdo con una decisión interna, cada ACS llevaba a cabo dos días completos de “guardia”, por un sistema de rotación, así que siempre había por lo menos una ACS en el lugar para hacer el trabajo de recepción del usuario. La mayoría de ACS veía con malos ojos esta obligación de realizar un trabajo para el cual ellas no habían sido capacitadas. Una ACS decía al respecto “No tiene nada que ver con nuestro trabajo, y no estamos capacitadas para eso, no se nos paga para eso, estamos obligadas a hacerlo, y el resultado, es esto...”. Otra ACS agregaba:

Ahí, en la guardia se debe hacer todo el trabajo de una recepcionista de hospital, tomar las fichas, llenarlas, enviar a la gente a la sala (de espera), imprimir (documentos), todo lo que no es nuestro trabajo. Pesar [a los niños] tampoco es nuestro trabajo. Muchas veces uno tiene que llenar los formularios de la enfermera, ese es su trabajo, estamos obligadas a hacerlo.

Las ACS se sentían frustradas por el carácter burocrático de estas tareas que

las alejaban de su función principal: estar presentes en la comunidad.

A nadie le gusta hacer eso porque en la guardia estamos permanentemente haciendo el trabajo de los demás, y (mientras tanto) el nuestro, nadie lo hace. Si mientras estamos en la unidad, alguien estuviera haciendo nuestro trabajo allá, en la comunidad...

Esas tensiones entre tareas burocráticas y trabajo en el terreno, coinciden con las características de lo que Gilles Jeannot (2005) llama las “profesiones borrosas” (*métiers flous*). El autor describe las tensiones provocadas por la falta de definición de las funciones de una serie de profesiones que se desarrollan en el campo de la administración pública en Francia (mediador, director de proyecto, etc.). Este carácter “borroso” se extiende sobre múltiples dimensiones de estos oficios: las prescripciones para la acción, la posición en la organización del empleo, la identidad profesional, etc., permitiendo así el acecho de la burocracia en los espacios “borrosos”, y por lo tanto la multiplicación de los dispositivos. Se crea entonces una tensión permanente entre la gestión de los problemas (de salud, sociales, familiares, etc.) a través de un trabajo singularizado y una lógica de aplicación de normas de procedimiento para la resolución de las problemáticas. En otras palabras, una tensión entre la acción autónoma y los dispositivos burocráticos¹⁵.

Las funciones asignadas a las ACS por el Ministerio de Salud incluían tareas burocráticas, tales como «inscribir las familias sobre una base geográfica» y “registrar a la gente de la micro-área y garantizar la actualización de los registros”.¹⁶ A pesar de esta visión idílica de las ACS sobre su trabajo “real” –en el cual la presencia en las calles del barrio es fundamental, ya que se trataría de “identificar los problemas, orientar y acompañar en el ámbito de la salud, así como también en lo social”– observamos un fuerte componente burocrático en el ejercicio de sus funciones.

Cuando las ACS describían su trabajo nos informaban de la naturaleza jerárquica de estas tareas burocráticas que las situaban a ellas mismas en la posición más baja de la jerarquía o, como ellas decían, en la “base”:

¹⁵ Existe una extensa literatura sobre el trabajo de los equipos profesionales del PSF, sobretudo acerca de los Agentes Comunitarios de Salud y el carácter ambiguo de sus actuaciones y/o pertenencias. Mencionamos a modo indicativo algunos de ellos: Nunes et al., 2002; Fortes y Spinetti, 2004; Lima y Moura, 2005; Jardim, 2007; Bornstein y Stotz, 2008; Georges, 2011.

¹⁶ Fuente: Anexo I da Portaria do Gabinete do Ministério da Saúde N ° 648/2006. *As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de ACS*, Ministério da Saúde do Brasil, 2006.

Cada mes está el SIAB [Sistema de Información sobre la Atención Primaria] que hay que llenar cada mes y llevarlo a la unidad de salud, para que la enfermera haga el inventario de toda la comunidad. Después, ella lo pasa al Distrito [de salud] para que después lo pasen a la Secretaría Municipal, que lo pasa a la Secretaría del Estado de Pernambuco, y después al Ministerio [Nacional]. Ahí tengo que decir cuántas familias visité y cuántas no. Si alguien se muere, lo tengo que notificar, hospitalizaciones, todo.

El modelo burocrático del “seguimiento” (*marcação*) era vivido como un proceso de descalificación de su trabajo, que se pretendía educativo, preventivo y de servicio a la comunidad. El sentimiento de desvalorización se apoyaba a menudo en las comparaciones con un pasado reciente idealizado, donde el lugar de las ACS estaba volcado a la acción social y médica, y en el que se alcanzaban resultados concretos en pos del bien común:

Al principio habíamos avanzado mucho en la cuestión de la identificación de las enfermedades, como la hepatitis, la lepra. Trabajamos duro en eso... Hoy en día, estas enfermedades han disminuido, pero nosotros también hemos retrocedido, si comparamos con la calidad del trabajo que estábamos haciendo para detectar enfermedades. Eso significa que tenemos el conocimiento técnico para detectar estas enfermedades, pero no somos capaces de curarlas rápidamente, ni de llegar a todos los hogares. (...) Por eso los agentes de salud son desvalorizados... no por la comunidad, sino por el propio equipo [médico y enfermera]. Así que estamos desmotivados (...) y esto me preocupa mucho, porque yo también vivo en esta comunidad (...) ¿Quién pierde con todo esto? La comunidad.

Así, el trabajo de las ACS se dividía en dos esferas de acción, una burocrática de aplicación de la reglamentación y subordinada a los profesionales más jerárquicos; y la otra, valorizada, que reclamaba el reconocimiento de la labor médica y social, y que las ponía en relación directa con los usuarios. Sin embargo, había otra tensión, tal vez más importante en la labor de las ACS. A diferencia de la “profesión borrosa” analizada por Jeannot (2005), el trabajo de ACS presentaba además un problema importante relacionado con la doble condición de empleado estatal y, al mismo tiempo, habitante del barrio. Esta posición no estaba exenta de paradojas a pesar de que era justamente esa doble posición la fuente de legitimación del trabajo de ACS. Como afirma Claudia Fonseca, las ACS están en la “incómoda posición de mediador” porque conocen las condiciones de las familias pobres y son “sensible(s) a las lógicas de los dos mundos” (2005:58). Las ACS representan dos dimensiones contradictorias de la política estatal (Fortes y Spinetti, 2004); por un lado, deben asumir la dimensión

técnica y universalista del trabajo; y por otro, deben encarnar una dimensión social y comunitaria.

El componente de su trabajo más valorado era el contacto diario con la “comunidad”, que también planteaba dificultades. Las ACS debían controlar las familias de su barrio, indagar a vecinos con los cuales a menudo mantenían relaciones personales, entrar en sus casas y en su intimidad. El tema de la privacidad se convierte en conflicto entre los usuarios y las ACS, como se ha señalado en numerosos estudios (Fortes y Spinetti, 2004; Jardim, 2007, entre otros). Sin embargo hay que contextualizar lo que la “esfera íntima” de una familia puede significar en el barrio de Pantanal, y las configuraciones de aquellas familias que las ACS debían controlar.

Varios autores (Duarte, 1994, 1998, 2006; Fonseca, 2004, 2005; Sarti, 1996; Scavone, 2001; Scott, 2005a, 2005b, 2006), destacan el hecho de que las relaciones familiares entre las clases más bajas de Brasil se extienden más allá de las relaciones de sangre y de la unidad doméstica. En estas familias, el espacio doméstico sería menos la “casa” que el “patio”, visto aquí como un espacio recreado por las circulaciones entre los domicilios en la división cotidiana de las tareas domésticas y de *care* (se hace la comida en una casa, el lavado de ropa en un pozo común, una vecina cuida los niños de otra mujer, etc.). Del mismo modo, estas familias se caracterizarían por el hecho de que la presencia del hombre estaría relacionada generalmente al vínculo conyugal más que al parental, o al ejercicio cotidiano de la paternidad. La experiencia cotidiana de la maternidad se construiría entre las mujeres de sectores populares mediante la creación de redes de apoyo y de *care*, formando lo que Woortmann (1987) denomina “familias de mujeres”.

Hay que pensar los conflictos y los acuerdos en una intimidad familiar compartida con las ACS dentro de su contexto socio-cultural, ya que los límites se negociaban con un actor institucional que era, a su vez, originario de ese mismo espacio familiar y que participaba de las redes femeninas del barrio. Esta estructuración de los espacios de la familia en medios populares brasileños determinaría estrategias específicas ante la presencia y el control de la ACS. No se trataba simplemente de cerrar la puerta de una casa unifamiliar para salvar el espacio íntimo sino más bien de estrategias que debían operar movimientos de apertura u obstrucción de las redes de apoyo entre mujeres.

La policía de las madres: la regulación sanitaria de la maternidad

En el marco del sistema de salud brasileño,

... el nuevo modelo de universalización, descentralización, integralidad y participación de la comunidad ha abierto un espacio para una atención territorializada (...) esto suscita el tratamiento por ‘segmentos’ de la población, entre los cuales la categoría ‘mujeres’ aparece como la más evidente (Scott, 2005:78).

La regulación de la salud tiene como objetivo la díada madre-hijo, la relación de filiación materna aparece como sinónimo de núcleo familiar. En éste, la mujer es definida en términos de salud reproductiva, sólo a partir de su condición de madre (actual o potencial).

El trabajo de regulación de las ACS conllevaba categorizaciones de género en lo que se refiere a la sexualidad de las mujeres y el trabajo de *care*, tanto desde el punto de vista sanitario –relacionado con el trabajo que llevaban a cabo– como desde la perspectiva de sus propios valores morales, por la cual las tareas de *care* serían femeninas. Las categorías y valores profesionales de las ACS se combinaban con sus valores, dándole a la intervención una base moralizante, por ejemplo, el estado (físico y mental) de un niño era considerado responsabilidad exclusiva de su madre.

El niño aparecía como la medida de un rol sanitario y materno bien realizado. El papel de “cuidadora” debía ser tanto relacional y afectivo, cuanto sanitario y médico. La apariencia de un niño -mal vestido, o rascándose la cabeza – era un signo de negligencia materna, tanto sanitaria como afectiva.

Por ejemplo, sé de madres que dicen así: “Vayan a cepillarse los dientes y después a desayunar”. Entonces el niño se cepilla los dientes y desayuna, y después no se cepilla más (...) Ya ves: después están todos sin dientes.

Para las ACS, cuando se trata de la salud de los niños, que “deja mucho que desear”, las madres eran acusadas de no tener comportamientos sanitarios adecuados, porque ellas “no se ocupan de lo preventivo, sino de lo curativo”. A la “sentencia” de negligencia esgrimida contra las madres, se añadía una crítica de corte institucional: una madre que no es independiente en el desempeño de las tareas de *care* y de educación, es también una madre demasiado dependiente de las instituciones educativas y sanitarias para llevar a cabo su función. En otras palabras, había una superposición ideológica en la visión de las ACS entre la indignidad y la dependencia, como lo ha destacado Richard Sennett: «La dependencia se ha con-

vertido en una moneda con una cara privada y una cara pública; por un lado, la necesidad ajena aparece como digna; por el otro, parece vergonzante” (2005:144). Por lo tanto, «esa necesidad de apartar a la gente de la dependencia (que) guía ahora la reforma de la asistencia social» (Sennett, 2005:118). La necesidad de autonomía en el cuidado de los niños era justificada por las ACS por el hecho de que “la unidad [de salud del barrio] no puede atender a todos”.

Tal exigencia de responsabilización individual para salir del “asistencialismo” se presentaba de variadas maneras, según las “categorías” del “asistido”. El género funcionaba como un demarcador. Así, para las ACS, la autonomía masculina pasaba por tener un trabajo fuera de casa; y la autonomía femenina consistía en poder efectuar el trabajo de *care* sin ayuda externa. Sin embargo, el modelo de familia de las mujeres de las camadas populares observado en Recife se basaba justamente en la creación de redes de apoyo y distribución del trabajo de *care*, en el cual la ACS también participaba (Faya Robles, 2011).

La visión de las ACS sobre el lazo materno de las mujeres de Pantanal no era simplista. Ésta suponía no sólo la autonomía en el trabajo de *care*, sino también la posible mensura de diferentes grados de afectividad. La visión iba desde una imagen según la cual las mujeres “tienen hijos y no se sienten responsables de ellos”; “Ellas no saben lo que es el afecto”, o “se quejan y dan gracias a Dios cuando el niño se va”; hasta la reseña de casos en los que “la relación *es buena entre padres e hijos*; tienen un gran afecto por sus hijos”. El vínculo afectivo que definía a una “buena madre” no requería para las ACS de un absolutismo emocional, sino más bien de un amor racionalizado según las prescripciones de la salud pública y de la psicológica. De acuerdo con lo expresado por una ACS, “el afecto existe en exceso y el exceso de afecto es perjudicial para la formación del carácter de los niños”, porque las madres no serían lo suficientemente autoritarias para impedirles comer ciertas cosas o tener ciertas prácticas. Así, el rol materno, según la mirada de las ACS, debía realizarse en un delicado equilibrio entre un “demasiado” y un “no suficiente”. Dicho de otro modo, una buena madre debía ser “una madre suficientemente buena”.¹⁷

En cuanto al lazo de filiación, las ACS consideraban que el rol materno debía ser ejercido por toda madre “biológica”, pero debía ser vivido no como una función con comportamientos rígidos, sino que debía ser recreado por cada mujer, contemplando conocimientos médicos, sanitarios y psicopedagógicos.

Las ACS efectuaban una tarea de “policía de la maternidad” en los medios po-

¹⁷ Tomamos la fórmula del psicólogo D. Winnicott, de una “madre suficientemente buena”, donde da las medidas del amor maternal por el desarrollo psicológico del niño.

pulares de Recife.¹⁸ Este trabajo de “policía” se hacía a través de una asignación¹⁹ de toda gestación (lazo de filiación biológica) a la maternidad (lazo de filiación social). Ellas llevaban a cabo la función de relevamiento de los embarazos en el barrio para inscribirlos rápidamente en las consultas prenatales. Las ACS designaban rápidamente a las mujeres embarazadas como “madres”, que pasaban a ser llamadas “mami” (maesinha) en los servicios de salud, lo que limitaba las bifurcaciones de las experiencias femeninas que podrían haber derivado en un aborto.

La mujer embarazada era interpelada de inmediato por agentes de los servicios de salud próximos; ellos eran, en efecto, los primeros en intentar saber si había un “ser” al cual una mujer debía enmadrarse. Los actores institucionales coinciden en el hecho de que si hubo un aumento en el número de consultas prenatales en todo el Brasil, era debido al “Programa Salud de la Familia” y al programa “Agentes Comunitarias de Salud”. Estas agentes “deben trabajar en la detección de los embarazos” y direccionar a las mujeres a los “centros de salud u otros servicios”. El primer objetivo de los equipos del Programa Salud de la Familia que aparece en el “Manual de Asistencia Técnica prenatal” del Ministerio de Salud es precisamente “captar las embarazadas no inscriptas en el prenatal”.²⁰

En este sentido, llaman la atención las observaciones de una enfermera de Pantanal, que sugieren no sólo el propósito de rápida captación de cualquier mujer con signos de embarazo por parte de los servicios de salud, sino también la resistencia de las mujeres a entrar rápidamente bajo los dispositivos de regulación, para extender de este modo el tiempo para un posible aborto:

A veces vienen temprano, es decir, que tienen un retraso en sus reglas de

¹⁸ Benoît Bastard (2006) habla de la “policía de la parentalidad” para describir las regulaciones y controles de la parentalidad en la Francia contemporánea con la aparición de una serie de profesionales de la mediación y la pedo-psicología. Sin embargo, nosotros preferimos hablar de “policía de madres” para significar no sólo la determinación del género en parentalidad en el contexto brasileño de medios populares, pero también para poner de relieve el hecho de que la “policía” conduce a una cierta biologización del lazo de filiación asignando los cuerpos femeninos como cuerpos maternos.

¹⁹ La asignación a la maternidad supone una “interpelación” en el sentido de Althusser, según la interpretación de Judith Butler: “Al recibir un nombre, estamos, por así decirlo, socialmente situados en el tiempo y en el espacio. Y dependemos unos de otros a partir de nuestro nombre, de la designación que se supone nos individualiza” (Butler, 2004:51). La noción de asignación toma para nosotros el sentido de “interpelación” de Althusser y de designación, ya que si el primero se refiere más bien al acto discursivo y el segundo al acto de ocupar un lugar social, se trata para nosotros de un mismo proceso enunciativo y corporal donde hay una “invitación” a ocupar un papel y un lugar social específico.

²⁰ Fuente: *Manual Assistência ao pre-natal. Manual Técnico*, Ministerio da Saúde, Brasília, 2000, p 11.

dos meses y vienen; otras no, dejan pasar dos o tres meses antes de decirle a la ACS que no están menstruando. Vera, una [mujer] que seguimos en el prenatal, llegó ahora. Ya han pasado dos meses desde que no tiene su menstruación. Así que solicité un beta [un examen], para ver si podemos iniciar el prenatal. Ellas no están dispuestas a descubrir tempranamente [que están embarazadas] ni hablar desde el principio ¿no? Por eso tratamos de buscarlas lo más precozmente posible con las ACS.

La regulación continúa durante el embarazo, donde el papel de las ACS era inscribir la relación materna en las mujeres. Esta relación debía ser sanitizada, el *cuidado de sí* de la mujer embarazada se identificaba con el *cuidado de un otro*: el niño. Este control de la relación madre-hijo durante el embarazo y el post-parto limitaba también la circulación de niños entre las mujeres (*fosterage*)²¹ y el ejercicio de la maternidad por fuera del vínculo biológico de filiación.

Las observaciones etnográficas durante las visitas que las ACS efectuaban en casas de gestantes o de post-parturientas permiten comprender las diversas lógicas en juego. No sólo podemos apreciar los contenidos y procesos de la regulación durante las interacciones, sino también las negociaciones y los frenos al control ejercido por las ACS, así como el reposicionamiento de cada actor en la red de mujeres que la intervención estatal produce, a través las ACS. He aquí un extracto del diario de campo:

Estamos haciendo visitas con una ACS, cuando nos encontramos en una callecita con un niño de 5 años de edad. La ACS le pregunta por su madre y el responde que está durmiendo. La ACS exclama: ‘¡ah, no! Este es exactamente el momento en que debería estar dando baños de sol al bebé’. El chico nos acompaña hasta su casa. Entramos en una pequeña habitación donde hay un sofá frente a la puerta y un televisor encendido sobre cajas de madera. En el sofá, dos mujeres jóvenes sentadas, una [Celia, 26 años] amamantando a su recién nacido. La ACS le hace varias preguntas sobre el proceso del parto. La chica le dice que todo estuvo ‘muy bien’, mejor que en sus dos primeros partos. En la maternidad fueron muy buenos con ella y que como su parto fue ‘normal’ fue todo muy rápido. La ACS le pregunta si se ocupa bien del ombligo del bebé, la mujer dice que sí, que lo limpia con un algodón. Nos muestra el ombligo del pequeño. La ACS exclama: ‘Cuidado con la uña, no se puede tocar el ombligo con la uña’. La joven responde,

²¹ Claudia Fonseca (2000) muestra cómo la circulación de los niños se realiza generalmente en el mismo barrio y no necesariamente entre personas de la misma familia. Fonseca asimila la circulación de niños en los barrios pobres con la noción anglófona de *fosterage*, que designa los casos de circulación en donde no hay una ruptura radical entre los genitores y los niños.

alejando la mano del ombligo del bebé, que no lo ha tocado. La ACS entonces dice que no se debe usar algodón porque una fibra podría permanecer en el interior del ombligo e infectarlo. La joven mira a su hermana [otra joven] y responde a la ACS que en el hospital, el médico-pediatra [quien debe saber más que la ACS] le limpiaba el ombligo con un algodón. La mujer ha terminado de amamantar y acuesta el bebé de espaldas sobre sus rodillas. La ACS dice que es mejor hacerlo eructar después de comer, y debería haber puesto al bebé en posición vertical contra su pecho. La madre parece indiferente a lo que dice la ACS, y mira sobre todo a la otra chica haciendo gestos. El niño que nos había acompañado, está muy entusiasmado con el bebé, lo acaricia y juega a su alrededor. La ACS le dice que si quiere jugar con su hermanita, debe lavarse las manos antes. La joven madre envía al niño a comprar el pan. Cuando él sale de la casa, la ACS, dice que cree que no es bueno que lo haya enviado a comprar el pan, que hay dos mujeres en el hogar, y que una de ellas podría haber ido y, además, que Celia podría levantarse más temprano para ir a comprar el pan. La ACS, dice también que Celia debe estar más cerca de su hijo y que debe hablar con él más a menudo pues él debe estar celoso de su hermanita (Diario de campo, Pantanal, Recife, 30/05/06).

Las acciones correctivas de la ACS se destacan en este extracto: buscaban alcanzar las prácticas maternas desde un ángulo médico y sanitario (el papel de madre incluía obligaciones referidas a la atención sanitaria establecidas de manera estricta y de acuerdo a los estándares de la puericultura institucional) y en términos psicológicos y de una pedagogía del *care*. Las normas de conducta de la madre no derivan sólo de su estatus de “madre”, sino que también se construyen a través de un papel relacional con su hijo. Toda la ingeniería de regulación implementada se vuelve evidente en éste situación relatada. Es, en primer lugar, el inter-conocimiento el soporte de la regulación. Caminando por la calle, la ACS reconoce al hijo de Celia, a quien debe visitar, y aprovecha la oportunidad para empezar a hacer preguntas. Muchas veces las ACS movilizaban como recurso de su acción profesional informaciones obtenidas por rumores de la vecindad. El conjunto de interrelaciones y la particularidad de los espacios familiares las en camadas populares fomentaban esta regulación comunitaria, que se convertía en un recurso profesional de la acción de la ACS. Una mujer del barrio nos decía al respecto: “La gente habla, habla, comenta (...) Siempre hay alguien mirando, es como te decía, el barrio es como un Big Brother” [risas].

Es a través de una variedad de técnicas de dialogo y de la “puesta en palabra” que las ACS trataban de transmitir valores y normas. Esto, a veces, era difícil, como en la situación recién descrita, en que las entonaciones pasaron de un modo simétrico –una vecina le preguntaba a otra cómo le había ido con su parto– al tono imperativo, indicando cómo se procede en la limpieza del ombligo; y, finalmente,

a una forma de asesoramiento psicológico, enunciando reglas de comportamiento sobre la relación de la mujer con su hijo mayor.

Por su parte, las mujeres apelaban a otras fuentes médicas para legitimar su comportamiento singular y frenar las regulaciones de la ACS. Además, en el cruce de miradas entre las dos jóvenes se percibe una compartimentación de la esfera íntima para con la ACS. Este es un punto crucial. En estos espacios domésticos abiertos, donde todo el mundo parece circular (hombres, niños, mujeres), las relaciones familiares y entre las mujeres están en constante redefinición de lo que sea “familia”. Cuando la ACS aparece como representante del Estado, sus pautas no son bien recibidas. Esta redefinición se agudiza y la red de mujeres se ajusta y se impermeabiliza. Viceversa, la ACS puede convertirse en una de las relaciones más importantes en una red de apoyo femenino. Así, puede convertirse en la “tía” de un bebé (del cual ha seguido el embarazo de la madre) o ser la ACS la mujer designada por las otras mujeres para cuidar de la salud de sus hijos, como expresaba una de ellas: “Ahora es mi ACS la que se ocupa de la salud de mis hijos”.

La efectividad de las regulaciones y acciones médicas llevadas a cabo por la “ACS policía” estaría sujeta a su capacidad de horizontalizar las relaciones con mujeres, y esto estaría facilitado no sólo por su origen social y pertenecer al barrio, sino también por un cambio de paradigma en los métodos de regulación. La ACS debía ser ante todo una “policía amiga”.

Los modos de regulación de las “amigas” de las madres pobres y las transformaciones en el sistema de salud brasileiro

El dispositivo de salud pública encuentra, en la figura de la ACS, la *policía* de la regulación de la experiencia de la maternidad; una instancia normativa que actúa desde el interior de los grupos de mujeres de clases populares. Esta *policía* no debe imponerse de forma autoritaria y se presenta, entonces, como la *amiga* de las mujeres. Aquí, la palabra ocupa un lugar extremadamente importante en el dispositivo, la ACS habla el “mismo lenguaje” que las mujeres a las que debe “corregir” por el hecho de compartir el mismo universo socio-cultural y una base de relaciones de inter-conocimiento. Los intercambios “en la base” se han convertido, de esta manera, en epicentro fundamental del dispositivo de regulación sanitaria.

La cualidad femenina, socialmente construida, de tener una “facilidad expresiva” en el uso de la palabra se convierte en la competencia profesional fundamental de la ACS en el gobierno de las conductas maternas. Según indica Dominique Memmi, “El intercambio de palabras, ese momento minúsculo, es un momento neurálgico de la vigilancia de las prácticas” (2003:136). Los nuevos modos de re-

gulación pasan por esos dispositivos minúsculos donde una mujer “escucha a otras mujeres” (Memmi, 2003:134). En el contexto estudiado, este intercambio se volvía más fácil debido a que estas mujeres formaban parte del mismo universo social y, a menudo, de las mismas redes de apoyo y conocimiento mutuo.

Cuando pequeñas diferencias sociales se hacían evidentes, el mimetismo o la estrategia del espejo era una de las tácticas adoptadas por las ACS para volver a horizontalizar el intercambio y hacer circular normas. El tono auto-referencial dominaba las interacciones entre ACS y *comunitários*.²² Ellas usaban sus propias experiencias para demostrar la igualdad (de condiciones, limitaciones, etc.) con su interlocutora y para demostrar también su ejemplaridad y el modo de superación de esas condiciones:

Después de un largo paseo por el barrio, entramos en un almacén para beber una coca-cola. La ACS dice que le recuerda su cumpleaños, cuando su madre llenaba las botellas vacías de gaseosa con jugo de acerola [fruta local]. La dueña de la tienda, pensativa, comienza a recordar: cuando pequeña, nunca celebraba su cumpleaños. Cuando vivía en el interior [de Pernambuco], ella ni siquiera sabía que existía ese festejo. Ella no sabe su edad exacta y no tiene registro de nacimiento. La ACS siente la necesidad de seguir con su historia y de ponerse en el nivel de la dueña de la tienda, adoptando un tono humorístico para aliviar lo que se está diciendo. Ella también “era pobre”, y si le celebraban su cumpleaños, eran muy humildes y objeto de burlas por los otros niños. Ella respondía: ‘¡Bah! Es cierto, soy pobre, ¿y ustedes? ¿Ustedes, qué me ofrecen? ¿Sólo jabones? ¿Creen que somos sucios? ¡No es porque somos pobres, que somos sucios!’ Nos reímos con la dueña del almacén.

La conflictividad latente en los intercambios entre las ACS y las residentes era disminuida a menudo por esa estrategia del espejo, donde no sólo se adoptaba el tono y los gestos del interlocutor, sino que también se enfatizaba el origen común y la posición social compartida. El tono autobiográfico adoptado por las ACS durante las interacciones con los usuarios era otra herramienta de la regulación, así como una forma de resolución del conflicto por su posición dual de vecina y policía. Si bien estas interacciones pueden ser semejantes a los intercambios en las capas populares del contexto estudiado, siempre estaban compensadas por la estrategia opuesta de *diferenciación*, tornándose más evidentes cuando existían diferencias sociales, como vimos, entre la ACS y la vendedora de refrescos.

²² *Comunitários* es la manera como las ACS llaman a los usuarios de sus áreas de trabajo.

El trabajo de “consejo”, articulado con el “acompañamiento”, era visto por las ACS como su tarea fundamental. Esta es también la práctica profesional que legitimaba su posición híbrida (Nunes, 2002) en el barrio y que les permite realizar el trabajo de regulación de los comportamientos relativos a la salud. El “el consejo eficaz” (Donzelot, 1977:57) forma parte de la estrategia normativa donde se trata de regular los comportamientos por medio de “la norma preservativa” más que por una “represión destructiva” (Ibíd.). Lugones (2009, 2012) analiza cómo, a partir de las “formas de aconsejamiento” a los padres o tutores de niños en el contexto del Fuero de Menores de la ciudad de Córdoba (Argentina), se ponen en juego moralidades que funcionan como técnicas del ejercicio del poder. De la misma manera, el trabajo de Adelaida Colangelo (2011, 2012) sobre las consultas pediátricas en un hospital de la ciudad de La Plata (Arg.) muestra que el momento del “control” médico del niño se vuelve una instancia de evaluación de las capacidades maternas para criar a sus hijos donde los “consejos” funcionan a partir de una combinatoria de discurso técnico y moral.

En ese sentido, el consejo, la orientación y el acompañamiento operaban tamizando el control sanitario efectivo. Las ACS, no sólo suscitaban la “palabra” de sus *comunitarios* durante las visitas, sino que aprovechaban (y ésta es su función) para inspeccionar las condiciones sanitarias y de higiene de las casas y los comportamientos. Una ACS evocaba los pasos que seguía durante una visita domiciliaria:

Ahí, ves si la vacuna fue hecha, si el agua es buena... si te dicen: nos está faltando hipoclorito. ¿No nos puede traer? Ahí, ves si el pelo de los niños está bien cortado como se debe. Ves si la madre tiene la voluntad de la higiene, si la casa está limpia, si hay buena comida, buena y nutritiva. Cuando son buenas [visitas], es porque están bien dispuestos, que respetan la higiene... Estas visitas son buenas porque vemos el estado del patio, comprobamos el agua corriente, verificamos el carné de las vacunas. Se puede ver si la mujer se ha hecho los exámenes de prevención para evitar el retraso de la menstruación, y sino la mandas a la unidad [de salud]. También comprobamos si se hicieron el examen de VIH. Las aconsejamos sobre el cepillado de dientes de los niños. Todo esto debe tenerse en cuenta porque de lo contrario todo el trabajo se pierde. Ahora, por lo general, yo hago visitas en la que una puede hablar, porque hay visitas donde se ve que la persona ya está enojada antes de que entres a su casa. Y nuestro objetivo no es ese, nuestro objetivo es crear un diálogo, crear un lazo de amistad.

La capacidad de crear un “vínculo de amistad” que permita el diálogo y así mismo el control sanitario, varía de una ACS a la otra y de las familias que ellas visitan, pero esta capacidad depende principalmente de la presencia y del lugar de la ACS en una red de apoyo de mujeres. Por lo tanto, podríamos decir que el

Estado se beneficia de las redes sociales de mujeres preexistentes en estos barrios populares a fin de transmitir normas sanitarias que tiendan a la individualización y a la sanitización de la experiencia de la maternidad.

Al mismo tiempo, vemos en el sistema de salud una tendencia a tomar en cuenta los hábitos culturales de las mujeres. La incorporación en el centro del dispositivo de regulación de mujeres de clases populares, como son las ACS, cambian al propio dispositivo desde su interior. Así por ejemplo, retomando las palabras de la ACS recién citada –cuando habla de la prevención de “retrasos de la menstruación” para referirse a un posible embarazo– vemos valores y representaciones de las clases populares introducidos en propio sistema de salud. Estas representaciones del aborto precoz producido por tisanas, que hemos estudiado en otra oportunidad (Faya Robles, 2011) como si fuera una ayuda para “hacer bajar las reglas”, aparece también en el discurso de las ACS, para quienes “la prevención” contraceptiva se hace para evitar posibles “retrasos”. Se crea de este modo un acuerdo entre las ACS y las mujeres en llamar a la absorción de hierbas abortivas una “ayuda para hacer bajar las reglas”, y a los embarazos, un “retraso de las reglas”.

La atención primaria del dispositivo de salud tiende a apoyar la “persona total” del paciente. Como lo señalan Carricaburu y Menoret (2004:75-76), esta cosmología de producción del saber médico está centrada en el conocimiento de la “persona”, que se habría perdido desde el siglo XVIII con el advenimiento de la clínica, está de vuelta en vigor desde los años 1950 y, aún con más fuerza, desde finales del siglo XX en Brasil. Sin embargo, mientras que en los países europeos, esta medicina holística busca tener en cuenta “el punto de vista” del paciente, en el Brasil popular el vínculo no es directo, y la mediación se realiza justamente por el “punto de vista” de la ACS, ya que son ellas las que conocen a las personas de su área en su “totalidad”. De ahí la importancia que adquiere la ACS dentro del dispositivo. Viviendo en la comunidad, frecuentando sus lugares, iglesias, plazas, tiendas, calles, la ACS representa el impulso hacia la sanitización del dispositivo de salud pública de Brasil. En otras palabras, ellas participan activamente en la sanitización de la regulación de los comportamientos en materia de salud reproductiva.

En el sistema de salud pública, la aprehensión de los fenómenos se hace cada vez más bajo un registro de bienestar psíquico y físico, relacionado con “estilos de vida”. En este sentido, seguimos la distinción hecha por Hislop & Arber (2003) en un estudio micro-sociológico sobre el sueño, entre “medicalización” y “sanitización”. El primer concepto se refiere a la explicación de los fenómenos y las situaciones en términos de enfermedad, patología y tecnología. En el régimen sanitizado de la salud pública la aprehensión de los fenómenos se hace a partir del registro de bienestar, donde no se busca distinguir lo “normal” de lo “patológico”, sino que se procura modelar conductas que se sitúen dentro de las “curvas normales”

(Berlivet, 2004) y que, a la vez, sean coherentes con la subjetividad del paciente.

En el período de post-parto, uno de los objetivos de la regulación de la ACS es la práctica de la lactancia materna, gran prioridad de la salud pública brasilera y de organismos internacionales como UNICEF y la OMS. Esta práctica debe fomentarse especialmente en los ámbitos populares, lo que denota también de tipo de políticas correccionalistas propias de un modelo de *penal welfare*. Como vimos en el pasaje del diario de campo, durante la práctica de la lactancia materna no sólo se les dará prescripciones temporales (duración, espaciamiento entre las tomas, etc.) sino que también se harán correcciones gestuales, de las posiciones del cuerpo, etc. Una investigación (Coutinho et al., 2005) realizada en Recife señala que la orientación dada por las ACS ha triplicado el índice de lactancia materna exclusiva; este análisis refuerza los numerosos estudios científicos (Oliveira et al., 2005; Caldeira et al., 2008, Machado et al., 2010) que afirman que “el agente de salud comunitaria facilita la lactancia materna” (S/A, Pesquisa FAPESP, 2006). También en el caso de esta práctica, las medidas correctivas, lejos de darse bajo el signo de la disciplina y del castigo, se llevan a cabo a través del consejo amistoso y de la transmisión de valores de bienestar y placer. Por ejemplo, en el caso de la lactancia materna, para “evitar fisuras” en el pecho, la ACS recomienda “tomar baños de sol” y “hacer masajes” y, sobre todo disfrutar de estos momentos “de intimidad con el bebé”.

Estos modos de regulación de un dispositivo “flexible” y no disciplinario se vuelven cada vez más operativos, así como regulares, con políticas que recubren la vida cotidiana en los barrios populares. Sin embargo, la práctica de la profesión de la ACS se presenta de forma más compleja, y el registro de una regulación “amigable” se desplaza a menudo para dar lugar a lógicas de una “autoridad institucional”. Como hemos visto en el extracto del diario de campo, en una visita a una mujer que acaba de dar a luz, cuando la ACS siente que no puede transmitir normas, el trato “amistoso” del tono de la prescripción se endurece y se apela a los estándares rígidos de la puericultura.

Durante una visita a una joven pareja que no dejaba que sus hijos jugasen en las calles del barrio y los mantenían en casa por temor, la ACS trató primero “aconsejarlos” y orientarlos con argumentos relacionados a la pedagogía y al desarrollo psíquico-social de los niños, con un tono muy familiar y divertido. La ACS imaginaba salidas familiares, donde la mujer preparase un picnic y fueran al parque “para no gastar dinero”. Sin embargo, en un momento el tono se volvió tenso, y la ACS dejó su papel de ACS-*amiga* para tornarse la ACS-*policía*. He aquí un extracto del diario de campo:

Cuando de repente se habló de la necesidad de los niños a hacer salidas más regulares, la ACS mencionó que podría muy bien ser un “caso para mandar al Consejo Tutelar”²³ a quien ella podría llamar, porque lo que los padres están haciendo con sus hijos se considera “abandono emocional (Diario de campo, Pantanal, 31/05/06)

Vemos el desvío de un consejo de “amiga” a la amenaza empleando el vocabulario de una experta. En ese momento, los rostros de la pareja se ensombrecieron, pero pronto la conversación se desvió nuevamente, ya que la ACS comenzó a hablar de otro tema. La frase en referencia al Consejo Tutelar produjo, sin embargo, el efecto deseado: una llamada al orden que operaba también como una fuente de legitimación de lo que acababa de decir sobre el bienestar de los niños.

Este episodio pone de relieve la naturaleza intervencionista de la labor de la ACS en la privacidad de los habitantes de Pantanal. No obstante, lo más visible en este tipo de interacciones, bastante frecuentes durante nuestra estadía en el barrio, era precisamente el carácter negociable de la regulación, que nunca ras unilateral o total. Esta negociación de los límites de la privacidad se realizaba a menudo por un cálculo entre los beneficios que implicaba una mayor intimidad con la ACS (que podía facilitar la obtención de los medicamentos distribuidos por la unidad de salud o una cita para las consultas) y las desventajas (la ACS también podía hacer que el acceso a las consultas y los medicamentos fueran más difícil). El hecho de que la ACS viviera en la misma zona también era una prerrogativa de los propios usuarios, ya que se beneficiaban al saber, por ejemplo, dónde vivía la ACS. En este sentido, la ACS también podía ser controlada.

El control a las ACS: la vigilante vigilada

La cuestión de los límites de la esfera íntima se planteaba no sólo a los usuarios que eran visitados sino también a las mismas ACS. Este es el reverso de una regulación que toma como recurso principal la horizontalidad de las relaciones y el conocimiento mutuo. Varias ACS decían sentirse molestas frente a la *solicitud* de los usuarios fuera de las horas de trabajo y, de modo más general, frente a la per-

²³ El *Conselho tutelar* nació el 13 de julio 1990 junto con el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECRIAD), establecido por la Ley nº 8.069. En Brasil, son municipales y tienen por objeto la protección y garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, según lo determinado por el Estatuto del Niño y del Adolescente (artículos 131 a 140). Se trata de órganos vitalicios, autónomos y de asesoramiento y pueden funcionar como representantes del Ministerio Público para aplicar diversas resoluciones.

manente *asignación* a la función de ACS y de *care* en el barrio. Planteaban su posición en el barrio de manera bastante reflexiva, como puede verse a continuación:

Es complicado, porque trabajamos y vivimos en la misma comunidad, y entonces una no se siente muy cómoda con eso. Por ejemplo, te tomas un día libre, y salís a la calle, y ahí empiezan a decirte, ‘Ah, ¿estás de vacaciones?’; ‘Anda a trabajar’: recriminaciones, ¿no? O bien, estás en tu casa a la noche y alguien viene «¿No tiene un medicamento para la sangre? O «necesito un nebulizador». ‘Ah, estoy cansada», les contesto. Estamos aquí para ayudar, pero hay un momento en que es incómodo. Pero debemos ayudar ¿verdad? Uno no se niega a ayudar”.

[Relato de otra ACS]: (...) Cuando vengo aquí, a mi casa, me desconecto. Ayer mismo, no recordaba ni siquiera sus nombres [refiere los usuarios. Risas] Ahora estoy completamente desconectada. Sin embargo, la parte social, no puedes distinguirla. Yo sí puedo, pero ellos, ellos no pueden. A veces, para no ser grosera, tengo que decir: ‘Hoy soy vecina, no estoy aquí como agente (ACS), soy una vecina. ¡Olvídate de mí!

Como Claudia Fonseca ha propuesto, “En esta negociación entre el Estado y las familias pobres, el agente de salud se encuentra en la posición incómoda de mediador. Su desafío es caminar en la cuerda floja sin caer del todo en un lado o del otro” (2005:58). Es sobre esta cuerda floja que las ACS de Pantanal en Recife, debían trabajar constantemente. Sin embargo, hay que añadir a su lugar de mediación un elemento que complejiza todavía más su posición: la “desinstitucionalización” de su profesión (Dubet, 2002), y el efecto de un excesivo involucramiento personal en el ámbito del trabajo como modo también de legitimarlo. Este tipo de oficios, “borrosos” (Jeannot, 2005), suponen un trabajo individual de recomposición y, por ende, un involucramiento personal mayor. Tal fenómeno, observado en muchas otras profesiones, se ve reforzado aquí por el hecho de involucrar la vida íntima en el rol profesional y viceversa, la extensión del oficio a su vida privada. Y esto, no como resultado de un individuo aislado, obsesionado e invadido subjetivamente por su trabajo, sino más bien como la consecuencia sistemática y relacional de una *solicitud* permanente, con exigencias objetivas de parte de sus vecinos.

Vienen y me preguntan: ‘¿Puedo darle este medicamento?’. Y yo no sé. Sé que puede, pero tengo miedo de que algo les pase y luego me acusan. El miedo a ser acusada. No es fácil. (...) Yo les doy consejos, siempre les doy consejos como agente, como agente de salud. Hago visitas, donde ni siquiera saben mi nombre, y otras donde me tratan como a una amiga. Entonces, ahí me cuentan sobre sus vidas personales. Está también la ética profe-

sional ¿no? No podemos hablar. Por lo tanto, todo queda entre nosotros [profesionales]. Porque se habla mucho en esta comunidad, ¿no? Así que tenemos que trabajar y callarnos.

Si la “palabra” es un recurso para la acción de regulación de las ACS, como hemos visto en la cita anterior, también puede convertirse en un recurso para los habitantes del barrio en la regulación del trabajo de las ACS. El silenciamiento de cierto tipo de informaciones era una forma de regulación del trabajo de las ACS de parte de los usuarios (como decía una ACS de sus visitas domiciliarias: “llego y ya están enojados”). El silencio frente a la ACS parece ajustarse a los casos más extremos de control de parte de los vecinos. Así, durante nuestra segunda estadía en el campo, en 2008, las ACS de Pantanal hablaban a menudo de un caso de abuso sexual infantil. Ellas buscaban diferentes soluciones (hacer la denuncia a la policía o presentarse ante el Consejo Tutelar), pero finalmente no denunciaron el caso por temor a represalias en el barrio.

Frente al control de las ACS, no sólo las redes de relaciones en el barrio pueden impermeabilizarse y no dejar pasar ciertas informaciones sino que también ciertos casos de enfermedades, malos tratos o abortos, no son informados por las ACS por temor a represalias contra ellas mismas o sus familiares. A pesar de ello, y por lo general, las regulaciones llevadas a cabo por las ACS con la gente del barrio, no son rígidas ni autoritarias sino negociadas. El silenciamiento de las ACS es un caso extremo. El apaciguamiento de las relaciones no sólo es necesario para la realización del trabajo sanitario de las ACS, sino también para los habitantes del barrio; la ACS no es una simple vecina, ya que puede facilitar o dificultar el acceso al sistema de salud. Por lo tanto, los modos de regulación de los usuarios sobre la labor de las ACS adquieren diferentes tonalidades, generalmente menos violentas que las sanciones directas y el silenciamiento.

Una manera de regular el trabajo intervencionista de la ACS es entrevistarse en la vía pública, práctica posible porque las áreas públicas del barrio portan la calidad de espacios de sociabilidad. Es común que cuando uno se pasea con una ACS en Pantanal, en el camino vayan asomando a la puerta de sus casas los vecinos, y que se escuchen llamados a la ACS desde todas las direcciones, para que ésta se detenga y espere a que salga alguien de una casa. Entrevistarse en la calle permite dar u obtener información sin que la ACS inspeccione la casa. El recelo de la intrusión de la ACS, demasiado cercana socialmente, puede acomodarse con otras maneras de frenar la regulación, tales como la deslegitimación de sus acciones apelando a instancias jerárquicas superiores. Así fue en el caso de la joven que invocaba el saber del médico para legitimar su manera de limpiar el ombligo de su bebé. Se paralizaban las intenciones de regulación de la ACS ubicándola en “su lugar” social.

Ciro, un hombre de unos cuarenta años vino a quejarse de la ACS. Dice que es la tercera vez que va a la unidad de salud por su problema en la rodilla y que no lo recibieron. Él dice que tuvo que ir a la UTI [Unidad de Terapia Intensiva] del hospital. (...) La ACS dice que va a escribir en su cuaderno: “Ciro está enojado con esto y con esto” y entonces le dice que es su culpa, ya que ella ‘se centra en los casos más urgentes para pedir turnos con el medico’. Giro expresa que no quiere que su queja sea certificada en un papel, pero la ACS responde que esto no es una denuncia [queixa], sino que es para ‘poder mejorar cada día’. Giro se ríe, y responde que si él realmente hubiera querido quejarse de la ACS hubiera hablado con alguien más importante en el distrito [sanitario].

El usuario conoce personalmente a la ACS, y sabe de la posición subalterna de ésta en el sistema de salud. Además, conoce personalmente a los otros profesionales del equipo de salud, con posiciones más altas en la jerarquía, pudiendo jugar con estas relaciones para controlar el trabajo de la ACS. Por lo tanto, la ACS es, a menudo, “puesta en su lugar” por los habitantes del barrio, como en el trecho citado, cuando Giro expresara su descontento con un toque de humor.

La regulación sobre la ACS se ejerce no sólo sobre su práctica profesional, sino también sobre su propia maternidad. Trabajar con su ejemplaridad como recurso para la regulación de las prácticas maternas de las mujeres del barrio crea una autorregulación de su función materna. Cuando hablan de su propia maternidad, el lenguaje utilizado no se distingue de las palabras empleadas para describir su trabajo de regulación de la maternidad de otras mujeres. Movilizar un lenguaje profesional puede ser una manera de diferenciarse de las otras madres del barrio, de mostrar el carácter racional y razonado de su propia maternidad. Por ejemplo, para ellas, “ser madre es una cosa buena si se produce en el momento adecuado”, es decir, si el estándar contemporáneo de la reproducción es cumplido (Bajos & Ferrand, 2006; 2007), incluyendo el retraso de la edad del primer hijo, la programación del nacimiento y el espaciamiento de los embarazos. El vocabulario del trabajo de regulación al cual ellas deben responder como ACS se observa en frases en las que dan las características de la forma “correcta” de construir la experiencia de la maternidad (*responsabilidad, orientar, educar, etc.*), basado, como la función profesional, en una autoridad relacional más que en una autoridad institucional (Dubet, 2005).

Por último, ellas se encuentran inmersas en las redes femeninas de apoyo y de *care* en el ejercicio de su propia maternidad. Estas redes son las mismas que ellas deben controlar, como ACS, y esto sólo podrán hacerlo si maniobran como una policía lo “*suficientemente amiga*”. Esta amistad que hemos llamado “horizontalidad de las relaciones” proporciona las bases para una asignación de la ACS a su “*lugar*” específico dentro de la red de apoyo, un lugar ligado al rol sanitario.

Consideraciones finales

Además de participar en la asignación como “madre” de mujeres de clase popular y solicitar que ellas desarrollen una relación de *care* con sus hijos, las ACS son ellas mismas asignadas y solicitadas por las madres. Nos inclinamos, en consecuencia, a ver en el papel de las ACS la extensión del de la “madre”.²⁴ Lo que las ACS critican por considerar “una relación asistencialista” con los usuarios, ¿no se parece demasiado a la representación de la relación de dependencia y de cuidado del niño con su madre? Se podría comparar con el lado femenino del Estado brasileño; la mano “izquierda”, en palabras de Pierre Bourdieu, que el grupo de ACS, grupo ocupacional muy feminizado, llevan al paroxismo: “En la división arquetípica entre lo masculino y lo femenino, las mujeres están relacionadas con el estado de bienestar como responsables al mismo tiempo que como beneficiarias privilegiadas de su atención y los servicios” (1998:121).

Si su papel en la comunidad no va acompañado de la designación con una nominación de parentalidad, al contrario de lo que hemos visto en otra oportunidad,²⁵ el papel de la atención hacia la “comunidad” no es muy diferente. Las ACS se convierten en madres cuidadoras y cuidadosas de las personas de su área de trabajo, sus “comunitarios”²⁶. Esta es la peculiaridad de las ACS como actores institucionales: formar parte de las redes sociales donde se construyen las experiencias maternas individuales que ellas regulan, normalizan y corrigen. Son, de alguna manera, el superyó, ese “gendarme interior”, en una experiencia de la maternidad que se vive, entre las clases bajas en Brasil, en el seno de una red de apoyo femenina. Si ellas son las agentes de una política sanitaria de género que busca construir un papel materno particular en las mujeres pobres, ellas son también asignadas por esa misma política de género. También lo son por el hecho de pertenecer a las mismas redes de femeninas pero sobretodo por deber cumplir con un papel de *care* para con sus “comunitarios” a partir de una disposición social femenina vista como calificación.

La red de apoyo femenino y el dispositivo de salud se entrelazan a través de

²⁴ Parry Scott las ha llamado también de “madres comunitarias” (2005:86).

²⁵ El grupo de mujeres que trabajan en un comedor municipal de un barrio periférico de la ciudad de Santa Fe, en Argentina eran llamadas “las madres” por los habitantes de esta zona. Véase Faya Robles (2005).

²⁶ Aquí, la referencia a los “comunitarios” -como ellas llaman a los usuarios no es trivial- remite a una relación diferente entre el profesional y el beneficiario del programa que no es reductible ni a la relación con un paciente, un usuario y menos aún con un cliente, subrayando el interconocimiento de las personas.

una política pública de género. Estamos frente a complejas configuraciones sociales en las que los actores institucionales y los usuarios de estas instituciones participan juntos en la construcción de la experiencia de la maternidad en las clases bajas, unos y otros moviéndose en las mismas redes de apoyo, y cada uno controlando o regulando las acciones del otro. Estas configuraciones operan una mudanza de una “policía de las familias” a una “policía de las madres” donde el adjetivo “amiga” muestra las técnicas de específicas de estos modelos de regulación y las relaciones sociales sobre las cuales se basan.

Recibido: 29/08/2012

Aceptado para publicación: 18/11/2012

Referencias bibliográficas

- ANJOS, Gabriele dos. 2008. "Liderança de mulheres em pastorais e comunidades católicas e suas retribuições". *Cadernos Pagu*, n.31, p. 509-534.
- BAJOS, Nathalie ; FERRAND, Michèle. 2006. « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative ». *Sociétés contemporaines*, n° 61, p. 91-117.
- BAJOS, Nathalie ; FERRAND, Michelle. 2007. « Les pièges de la nouvelle maternité », *Nouveaux Regards*, Inst.FSU, n°36, p. 34-38.
- BASTARD, Benoît. 2006. « Une nouvelle police de la parentalité ? » *Enfances, Familles, Générations*, n 5, p. 11-21.
- BEAUD, Stéphane. 1996. « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique », *Politix*, n. 35, p. 226-257.
- BERLIVET, Luc. 2004. « Une biopolitique de l'éducation pour la santé : la fabrique des campagnes de prévention ». In : Fassin, D. & Memmi, D. (dir.) *Le Gouvernement des corps*. p. 37-75. Paris: Éd. de l'EHESS.
- BOLTANSKI, Luc & THÉVENOT, Laurent. 1991. *De la justification: les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- BORNSTEIN, Vera Joana & STOTZ, Eduardo Navarro. 2008. "Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura". *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268.
- BOURDIEU, Pierre. 1998. *La domination masculine*. Paris : Le Seuil.
- BRUGERE, Fabienne. 2008. *Le Sexe de la sollicitude*. Paris : Le Seuil.
- BUTLER, Judith, 2004. *Le pouvoir des mots. Discours de haine et politique du performatif*. Paris: Ed. Amsterdam.
- CALDEIRA AP, FAGUNDES GC & AGUIAR GN. 2008. "Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação". *Revista de Saúde Pública*. n. 42, p. 27-33.
- CARRICABURU Danièle & MÉNORET Marie. 2004. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris: Armand Colin.
- COLANGELO, María Adelaida. 2011. "El saber médico y la definición de una 'naturalidad infantil' entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX en la Argentina." In: Cosse, I., V.; Llobet, C. Villalta & Zapiola M.C (eds.). *Infancias: políticas y saberes en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Teseo.
- COLANGELO, María Adelaida. 2012. "Evaluando la crianza: modos de intervención sobre niños y familias en el espacio del control pediátrico de la salud infantil." *Actas del Tercer Congreso Latinoamericano de Antropología ALA 2012*. Santiago de Chile, 5 al 10 de noviembre.
- COLLINS, Patricia Hill. 2000[1990]. *Black Feminist Thought!: Knowledge, Conscious-*

- ness, and the Politics of Empowerment. New York: Routledge.
- COSTA, Jurandir S.F. 1983. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- COUTINHO S.B., Lima, M.C., ASHWORTH, A. & LIRA, PIC. 2005 “Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste”. *Jornal de Pediatria*, n. 81, p. 471-477.
- DESCARRIES, Francine; CORBEIL, Christine (eds.). 2002. *Espaces et temps de la maternité*. Montréal: Éditions Remue-ménage.
- DONZELOT, Jacques. 1999. «La police des familles. Suite». *Informations sociales*, nº73-74, p. 136-143.
- DONZELOT, Jacques. 2005 [1977]. *La police des familles*. Paris: Éditions de minuit.
- DUARTE, Luiz Fernando. 1994. “Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família”. In: RIBEIRO Ivete (org.). *Família e Sociedade Brasileira: Desafios nos Processos Contemporâneos*. p.23-41. Rio de Janeiro: Fundação João XXIII.
- DUARTE, Luiz Fernando. 2006. “O sacrário original. Pessoa, família e religiosidade”. *Religião & Sociedade*, vol. 26, n.2, p.11-40.
- DUARTE, Luiz Fernando & LEAL Ondina. (eds.). 1998. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- DUBET, François. 1994. *Sociologie de l'expérience*. Paris, Le Seuil.
- DUBET, François. 2002. *Le déclin de l'Institution*. Paris: Le Seuil.
- FAYA ROBLES, Alfonsina. 2004. *Les mères de San Pantaleón. Patriarcat et identité*, Master 1, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse, France.
- FAYA ROBLES, Alfonsina. 2011. *De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale*, PhD, Université de Toulouse Le Mirail, Toulouse, France.
- FONSECA, Claudia. 2000. «La circulation des enfants pauvres au Brésil : Une pratique locale dans un monde globalisé» *Anthropologies et Sociétés*, n. 3, v.24, p. 53-73.
- FONSECA, Claudia. 2005. “Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica”. *Saúde e sociedade*, n. 2, v.14, p.50-59.
- FORTES, Paulo Antonio & SPINETTI, Simoni Ribeiro. 2004. “O Agente comunitário de saúde e a privacidade dos usuarios”. *Caderno de Saúde Pública*, n.5, v. 20, p.1328-1333.
- FOUCAULT, Michel. 2004. *Naissance de la biopolitique: Cours au collège de France (1978-1979)*. Paris: Gallimard/ Le Seuil.
- GARLAND, David. 2001. *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, University of Chicago Press.
- GEORGES, Isabel. 2011. “Entre participação e controle: os(as) agentes comunitários de saúde da região metropolitana de São Paulo”, *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 73-85.
- GRINBERG, Julieta (2012a) ‘«Il y a un risque lorsqu'il y a un risque vital»’. *Croisades*

- morales et enjeux pratiques autour des négligences parentales dans la société argentine'. In : Fassin, D. & Eideliman, J.S. (eds.). *Economies morales contemporaines*. p. 285-304. Paris: La Découverte.
- GRINBERG, Julieta (2012b). "La gestión cotidiana del «maltrato infantil» en la ciudad de Buenos Aires: sentidos y prácticas profesionales en torno a los malos tratos y descuidos parentales". *Actas del Tercer Congreso Latinoamericano de Antropología ALA 2012*. Santiago de Chile, 5 al 10 de noviembre.
- HISLOP, J. & ARBER, S. 2007. "Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization?". *Sociology of Health & Illness*, n. 25, p. 815-837.
- JARDIM, Tatiane Andrade. 2007. *Morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação). São Paulo. Faculdade de Medicina, USP.
- JEANNOT GILLES. 2005. *Les métiers flous. Travail et action publique*. Toulouse: Océarès Éditions.
- LIMA, Jacob Carlos ; COCKELL, Fernanda Flávia. 2008. "As novas institucionalidades do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde", *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6 n. 3, nov.2008/fev. p. 457-480.
- LIMA, Jacob Carlos ; MOURA, Maria Carmo. 2005. "Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba". *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 20, n. 1, jan.-abr. p. 103-133.
- LUGONES, María Gabriela. 2009. *Obrando en autos, obrando en vidas: formas e fórmulas de Proteção Judicial dos tribunais Preventivos de Menores de Córdoba, Argentina, nos começos do século XXI*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- LUGONES, María Gabriela. 2012. *Obrando en autos, obrando en vidas. Formas y fórmulas de Protección Judicial en los tribunales Preventivos de Menores de Córdoba, Argentina, a comienzos del siglo XXI*. Rio de Janeiro: E-papers.
- MACHADO, Maria Cristina Heinzle da Silva et al. 2010. "Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde!". *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*. vol.10, n.4, p. 459-468.
- MARTUCCELLI, Danilo. 2010. *¿Existen individuos en el sur?*. Santiago de Chile: Editora LOM.
- MASSON, Laura. 2004. *La política en femenino. Género y poder en la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Antropofagia.
- MEMMI, Dominique. 2003. *Faire vivre et laisser mourir: le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris: La Découverte.
- MEMMI, Dominique. 2004. «Administrer une matière sensible. Conduites raisonnables et pédagogie par corps autour de la naissance et de la mort». In: Fassin D. & Memmi D. (eds.). *Le Gouvernement des corps*. p. 135-154. Paris: Éd. de l'EHESS.
- MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. 2004. "Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer". *Cadernos de Saúde Pública*, n.5, v.20, p. 1433-1434.

- NASCIMENTO, Cynthia Maria Barboza do. 2005. *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife*. Maestrado em Salud Pública, CpqAM, Recife FIOCRUZ.
- NEVES Delma Pessanha. 1985. “Nesse terreno galo não canta. Estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda”. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de (ed.) *Anuário Antropológico*, n. 83, p. 199-221.
- NUNES, Mônica Oliveira et al. 2002. “O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646.
- OLIVEIRA M.I.C., CAMACHO L.A.B. & SOUZA, I.E.O. 2005. “Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência”. *Cadernos de Saúde Pública*. n. 21, p: 1901-10.
- PNUD. 2005. *Atlas do desenvolvimento humano de Recife* [CD-rom].
- RESENDE ARCHANJO, Daniela. 2009. “A família como alvo de intervenções estatais e médicas: uma perspectiva histórica”. [en línea] XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 28 a 31 de julho de Rio de Janeiro. Disponible en: http://starline.dnsalias.com:8080/sbs/arquivos/30_6_2009_16_48_53.pdf
- S/A. 2006. “Pela vía lactea. Orientação de oficiais da Saúde triplicado Índice amamentação Exclusiva de bebês “. *Revista Pesquisa FAPESP*, Janeiro 2006, N° 119. Disponible en: <http://revistapesquisa2.fapesp.br/?art=2739&bd=1&pg=1&lg=>
- SARTI, Cynthia Andersen. 1996. *A família como espelho. Estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Ed. Autores Associados.
- SCAVONE, Lucila. 2001. “Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero”. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, n.8, v.5, p. 47-60.
- SCOTT, Joan Wallach. 1988. “Le genre: une catégorie utile d’analyse historique”. *Les Cahiers du GRIF*, n.37-38, p. 125-153.
- SCOTT, Russell Parry. (ed.) 1996. *Saúde e pobreza no Recife. Poder, genero e representações de doenças no bairro de Ibura*. Recife: ed. UFPE.
- SCOTT, Russell Parry. 2005a. “A família brasileira diante das transformações no cenário historico global”. *Revista Anthrologicas*, n.1, v.16, ano 9, p. 217-242.
- SCOTT, Russell Parry. 2005b. “Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família”. In: VILLELA Wilza & MONTEIRO Simone (eds.) *Gênero e Saúde. Programa Saúde da Família em questão*. p. 75-100. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva / Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas / UNFPA.
- SCOTT, Russell Parry. 2006. “Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa”. In: BARROS, Myriam Lins (eds.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- SENNETT, Richard. 2005. *Respect. De la dignité de l’homme dans un monde d’inégalité*. Paris: Hachette.

- TRONTO, Joan. 2009. *Un monde vulnérable, pour une politique du care (Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of care, 1993)*. Paris: La Découverte.
- WOORTMANN, Klaas. 1987. *A Família das Mulheres*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro.
- ZAPATA, Laura. 2003. *La Mano que Acaricia la Pobreza: economía y política del voluntariado y de los beneficiarios de Caritas de una parroquia católica marplatense*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (PPAS), Univesidad Nacional de Misiones (UNaM), Posadas, Argentina.
- ZAPATA, Laura. 2005. *La mano que acaricia la pobreza: etnografía del voluntariado católico*. Buenos Aires: Antropofagia.