

## A EDUCAÇÃO EM GÊNERO NA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE GENDER EDUCATION IN THE TRAINING OF COMMUNITY HEALTH AGENTS

André Luiz Abrantes Oliveira<sup>1</sup>  
Shirley Kaliana Rodrigues Jales<sup>2</sup>  
Bertulino José de Souza<sup>3</sup>

**RESUMO:** O presente artigo debruça-se sobre a importância da educação em gênero, especialmente na formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tomamos como objeto de análise as trajetórias de vida e processos formativos destes profissionais, bem como suas ações voltadas para a promoção da saúde do homem. O artigo objetiva discutir as questões de gênero na formação dos profissionais da saúde, especificamente dos ACS. Trata-se de um estudo de cunho descritivo e exploratório, baseado em entrevistas semiestruturadas, que buscou compreender os processos que conduziam tais agentes no seu fazer cotidiano. Como resultados, nos deparamos com a falta de capacitação introdutória e a má qualidade ou inexistência da qualificação permanente – o que gera uma lacuna no fazer profissional dos ACS, categoria fundamental para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

**Palavras-chave:** formação profissional, gênero, agentes comunitários de saúde.

**ABSTRACT:** This article examines the importance of gender education, particularly in the training of Community Health Workers (CHWs). It takes as its object of analysis the life trajectories and training processes of these professionals, as well as their actions aimed at promoting men's health. The article aims to discuss gender-related issues in the training of health professionals, specifically CHWs. It is a descriptive and exploratory study based on semi-structured interviews, seeking to understand the processes that guide these agents in their everyday practice. The results reveal a lack of initial training and the poor quality—or absence—of continuing education, resulting in a gap in the professional practice of CHWs, a category that is fundamental to the Family Health Strategy (FHS).

Keywords: professional training, gender, community health agents.

### INTRODUÇÃO

Não são de hoje as discussões sobre a necessidade de um sistema de saúde mais igualitário, centrado na equidade e direcionado às demandas específicas dos indivíduos. Desde a década de 1970, a Reforma Sanitária Brasileira apresenta uma proposta de mudança na organização do sistema de saúde vigente (Brasil, 1986). Com a implantação

---

<sup>1</sup> Doutorando em Ciências Sociais (UFRN). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [andreabran2012@hotmail.com](mailto:andreabran2012@hotmail.com).

<sup>2</sup> Mestranda em Planejamento e Dinâmicas Territoriais no Semiárido - PLANDITES - (UERN). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. (UERN). E-mail: [Shirleykall@hotmail.com](mailto:Shirleykall@hotmail.com)

<sup>3</sup> Doutorado em Antropologia Social e cultural – UC. Professor do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Dinâmicas Territoriais do Semiárido – PLANDITES (UERN). [bertulinosouza@uern.br](mailto:bertulinosouza@uern.br)

do SUS, regulamentado a partir da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) (Brasil, 1990) e o desenvolvimento de programas voltados para a saúde do homem (PNAISH) e saúde da mulher (PAISM), ocorreram grandes conquistas. Diante destes programas, percebe-se um distanciamento entre “os sujeitos nos processos de cuidado e aos modelos de saúde” (Batista; Gonçalves, 2011). Uma das grandes mudanças ocorridas em relação ao atendimento, acolhimento da população e sua integração aos serviços de saúde está ligada à implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado no começo dos anos 1990, dando início à base legal do que futuramente, com a lei 10.507 de 10 de julho de 2002, seria a profissão de Agente Comunitário de Saúde - ACS. O ACS, desde a sua origem, tem grande importância para a população, dado o papel que desempenha, executando atividades de prevenção profilática e promoção à saúde dentro da comunidade na qual está inscrito. Originalmente suas ações estavam voltadas para o público materno-infantil; posteriormente, a atenção volta-se à família, e sua atividade adentra o campo político e social, apresentando atribuições muito mais complexas em relação a quando era necessário apenas o conhecimento popular.

A formação integral desses profissionais de saúde ainda está longe do ideal. Em sua origem, a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era predominantemente introdutória, centrada em questões pontuais e problemas específicos das comunidades. No que tange à sua formação, “era previsto que eles teriam uma capacitação que lhes permitisse uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para a atenção à saúde da comunidade” (SILVA; DALMASO, 2002, p. 52). Embora tenham ocorrido alguns avanços, a formação dos ACS ainda se encontra em processo de desenvolvimento, especialmente quando consideradas as condições iniciais de sua implementação, marcadas por demandas urgentes e estruturais. Diante das transformações sociais contemporâneas e da emergência de novas demandas — entre elas, as questões de gênero —, torna-se necessária a ampliação e o aprofundamento dessa formação. As questões de gênero são amplamente debatidas nas ciências sociais, tendo em autoras como Judith Butler (2010) e Joan Scott (1990) referências fundamentais para o campo. No âmbito da saúde, há uma vasta produção que investiga as relações de gênero tanto na perspectiva do cuidado quanto dos serviços oferecidos, especialmente na atenção básica. Contudo, ainda se evidencia a necessidade de um debate mais aprofundado sobre o tema, particularmente no que se refere à sua incorporação nos processos formativos dos

profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e, sobretudo, os ACS. Estes, por não terem como exigência o nível superior para ingresso na função, tendem a ser mais impactados pela ausência de formação sistemática sobre tais questões, o que pode limitar sua atuação diante das demandas emergentes relacionadas ao gênero.

A orientação da OPAS/OMS Brasil (2018), expressa no guia Implementação das Prioridades Transversais na OPAS/OMS do Brasil: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça, aponta que a equidade de gênero exerce influência significativa no campo da saúde, tanto contribuindo para seu desenvolvimento quanto sendo por ele beneficiada. No entanto, observa-se que a formação profissional ainda está aquém da incorporação efetiva das questões de gênero nas práticas institucionais. Nesse contexto, o perfil dos profissionais de saúde, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), revela limitações em sua atuação prática. Persistem entraves na abordagem de temas como a saúde do homem e da mulher, evidenciando lacunas na formação. Torna-se, portanto, fundamental a implementação de processos de educação permanente que visem à ressignificação dos perfis de atuação desses profissionais, contribuindo para o fortalecimento da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetivação das políticas públicas, com vistas à promoção da integralidade do cuidado, particularmente no que se refere a grupos específicos, como a população masculina.

## **1. ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA? EIS A QUESTÃO!**

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) apareceu pela primeira vez nos anos 1920, divulgado no relatório Dawson<sup>4</sup>. Este documento organizava o sistema de saúde em três níveis: centros de saúde primário; centros de saúde secundários e hospitais escolas. Estavam expressas no relatório, a função de cada um dos níveis de atenção, bem como a relação existente entre eles (STARFIELD, 2002). Naquela época, já existia a proposta de uma organização dos serviços de saúde a partir dos níveis de complexidade. O documento Dawson inspirou a organização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. E em

---

<sup>4</sup> O Relatório Dawson foi um documento proposto pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920. Este foi um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde.

1978, na conferência de Alma-Ata<sup>5</sup>, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a Atenção Primária à Saúde como:

O primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1978, p. 1-2).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se, portanto, como o primeiro nível de contato da assistência contínua, com foco no indivíduo e na satisfação de suas necessidades de saúde. Desse modo, a APS — também denominada Atenção Básica<sup>6</sup> — configura-se como uma estratégia de intervenção precoce, voltada tanto à prevenção quanto ao controle de agravos, evitando sua ocorrência ou agravamento. A partir da definição consolidada na Conferência de Alma-Ata, em 1978, incorporaram-se componentes fundamentais à noção de APS, como o saneamento básico, a educação em saúde, a atenção materno-infantil (incluindo imunização e planejamento familiar), a prevenção de doenças endêmicas, a oferta de medicamentos essenciais, o incentivo à alimentação saudável e a valorização de práticas tradicionais de cuidado. Segundo Barbara Starfield (2002), a APS se estrutura a partir de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A atenção ao primeiro contato refere-se à APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, implicando acessibilidade e ausência de barreiras geográficas, linguísticas ou culturais. A longitudinalidade, por sua vez, fundamenta-se na relação contínua, ao longo do tempo, entre usuários e profissionais ou equipes de saúde, independentemente da presença de doença, assegurando o acompanhamento das pessoas ao longo de sua trajetória de vida. Nesse contexto, destaca-se o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cuja atuação frequentemente representa o primeiro vínculo entre os usuários e os serviços, sendo também central na manutenção dessa relação contínua e no desenvolvimento das ações no território.

---

<sup>5</sup> Evento realizado de 6 a 12 de setembro de 1978 em Alma-Ata no Casaquistão, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que representou um marco histórico mundial da Atenção Primária em Saúde, expressando a necessidade urgente de ação de todos os governos do mundo a fim de promover a saúde de toda a população.

<sup>6</sup> A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento. (BRASIL, 2017).

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletida em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde (STARFIELD, 2002, p. 62).

Ainda com esse mote, a integralidade, segundo Starfield (2002), pressupõe a prestação de um conjunto de serviços, pela equipe de saúde, que atendam às necessidades mais recorrentes da população, em quaisquer pontos de atenção. Sejam estas de ordem biológica, psicológica ou social e que venham a trazer agravos à saúde dos usuários. A coordenação diz respeito à aptidão que a equipe tem de garantir a continuidade do cuidado. A base da coordenação é a informação - sobre o usuário, seu histórico, seus problemas, e quais os tipos de intervenções foram realizadas. É necessário que haja um bom nível de comunicação entre a própria equipe, bem como com os diversos pontos de atenção nos quais esse usuário deverá ser atendido. (STARFIELD, 2002, p. 63). Starfield (2002) cita mais três aspectos da atenção primária. A centralização na família, a competência cultural e a orientação para a comunidade. Por centralização na família<sup>7</sup> compreende-se que é essencial considerar a família como sujeito de atenção. É necessário que haja uma interação da equipe de saúde com a unidade social a ser trabalhada, no caso a família. Essa é uma proposta inovadora para o atual modelo de saúde, uma vez que no modelo de saúde curativo, que tinha o médico como figura central, a focalização estava no indivíduo. Algumas vezes a origem da patologia encontra-se na família, não no paciente. E para isso tem que se conhecer profundamente a população. O que:

Resulta quando o alcance da integralidade fornece uma base para a consideração dos pacientes dentro de seus ambientes, quando a avaliação das necessidades para a atenção integral considera o contexto familiar e sua exposição à ameaças à saúde e quando o desafio da coordenação da atenção se defronta com recursos familiares limitados (STARFIELD, 2002, p. 486).

Noutro aspecto, a competência cultural refere-se à capacidade das equipes de saúde de reconhecer e se comunicar com os usuários, considerando suas diferentes

---

<sup>7</sup> Para o Ministério da Saúde, a família é compreendida como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. (BRASIL, 1998).



necessidades, especialmente as de grupos em situação de vulnerabilidade, o que implica identificar e atender às especificidades culturais de cada população. Por sua vez, a orientação comunitária “refere-se ao entendimento de que as necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e populações relacionam-se ao contexto social e que o reconhecimento dessas necessidades pressupõe o conhecimento desse contexto” (BRASIL, 2011, p. 36). Nesse sentido, tal orientação demanda o reconhecimento das necessidades familiares a partir dos contextos social, físico e cultural em que estão inseridas. Para tanto, o profissional deve conhecer o território não apenas como espaço geográfico, mas como realidade social concreta, incluindo os modos de vida da população e os principais agravos que a acometem. A inserção de membros da própria comunidade nas equipes de atenção primária — os trabalhadores comunitários de saúde — favorece tanto a competência cultural quanto a orientação comunitária; no Brasil, esses profissionais são denominados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Nesse contexto, a Atenção Básica, da qual esses agentes são vetores, constitui-se como a principal porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto inicial de contato com os serviços. Seu funcionamento se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias organizadas em trabalho em equipe, orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, como universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Ou seja,

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

A Atenção Básica deve ser resolutiva, ou seja, capaz de solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população, evitando encaminhamentos desnecessários a outros pontos da rede e o uso indevido de serviços especializados. O acesso a esse nível de atenção ocorre, prioritariamente, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), espaço de atuação das equipes de Atenção Básica, no qual se destaca a mediação exercida pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2017, p. 9). As ações desenvolvidas nesse âmbito devem considerar os indivíduos em suas particularidades, inseridos em contextos econômicos, sociais e culturais específicos, baseando-se em processos de escuta

qualificada e compartilhamento de informações, com vistas à preservação e ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos. Nesse sentido, o conhecimento do território constitui elemento fundamental para a organização da Atenção Básica, não devendo ser compreendido apenas como espaço geográfico, mas como um espaço social historicamente construído pelas relações entre os sujeitos que nele coexistem, o que implica o reconhecimento de uma “individualidade coletiva”. Esse território apresenta, ainda, um perfil epidemiológico próprio, que deve orientar as ações e políticas de saúde, contribuindo para a redução de riscos e vulnerabilidades e, conseqüentemente, para a diminuição das desigualdades sociais entre indivíduos e grupos. Assim, em termos documentais, tem-se:

Para efeitos desta portaria, considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade (BRASIL, 2017. p. 8).

Desse modo, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocupa posição central, uma vez que grande parte dessas informações é por ele apreendida no exercício cotidiano de suas atividades. O êxito das ações em saúde depende, em grande medida, de processos contínuos de educação, voltados à formação e capacitação de profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com seus princípios e diretrizes, assegurando o direito à saúde de forma integral. No âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), as equipes devem ser compostas, no mínimo, por médico - preferencialmente com formação em Medicina de Família e Comunidade -, enfermeiro - preferencialmente com especialização em Saúde da Família -, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS, podendo ainda contar com o agente de combate às endemias (ACE) e com profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. A ESF organiza-se a partir da gestão compartilhada e do trabalho em equipe, articulando ações no território. Embora o ACS tenha sido institucionalizado no âmbito do SUS com a finalidade de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde, aproximando os serviços da comunidade e ampliando o acesso da população, sua atuação antecede a criação do sistema, remontando, em sua forma embrionária, ao período entre 1979 e 1986, com experiências pioneiras no município de Jucás (CE). Como estratégia de saúde pública, consolidou-se posteriormente com o duplo objetivo de gerar emprego, sobretudo para mulheres em regiões afetadas pela seca, e contribuir para a redução da

mortalidade infantil, sendo sua incorporação já contemplada em iniciativas do governo do estado do Ceará, conforme destaca Silva (2002, p. 47):

A ocorrência de seca de inusitadas proporções e a decisão de abertura de 'frentes de trabalho para a população de diferentes regiões do Estado em situação mais crítica precipitou o início do Programa. Nestas circunstâncias, o Estado identificou a possibilidade de empregar, a curto prazo, em atividades de promoção da saúde, milhares de moradores de áreas carentes cuja remuneração seria garantida com os recursos dos fundos especiais de emergência, destinados pelo Governo Federal.

Assim, cerca de 6.000 mulheres foram contratadas e treinadas para compor as frentes de emergência. Inicialmente, o programa baseou-se no emprego de mão de obra não qualificada, sem exigência de escolaridade mínima - muitas das recrutadas eram, inclusive, analfabetas -, requerendo-se sobretudo habilidades de comunicação e bom relacionamento com a comunidade. Sob a supervisão de profissionais de saúde, a atuação das ACS voltava-se prioritariamente ao público materno-infantil, por meio de ações como reidratação oral, orientação sobre vacinação e incentivo ao aleitamento materno. A participação feminina nessas frentes constituiu uma experiência inovadora e exitosa, que possibilitou a continuidade das ações, mediante remuneração, mesmo após o período mais crítico da estiagem, tornando essas mulheres, em muitos casos, responsáveis pelo sustento familiar. Desse modo, o programa deixou de ter caráter estritamente emergencial e passou a operar como estratégia de difusão de práticas e saberes em saúde voltados a mulheres e crianças, configurando, no Ceará, a primeira experiência em larga escala com agentes comunitários de saúde. Com o término do período mais crítico da seca, o programa governamental mais amplo foi descontinuado; contudo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde seguiu trajetória própria, consolidando-se a partir da demanda da população por sua permanência, o que contribuiu para sua institucionalização (MINAYO, 1990 apud SILVA, 2002). Nesse contexto, o programa tinha como objetivo geral:

(...) melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde. Já os objetivos específicos, de algum modo, expressavam a expectativa em relação à atuação dos agentes de saúde: reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança; aumentar a proporção de mães que alimentam os filhos exclusivamente ao seio até quatro meses de vida; reduzir os óbitos causados pela desidratação resultante da diarreia. (SILVA, 2002, p. 48)

Essa atuação permitiu um melhor acompanhamento das comunidades e uma melhor integração da população menos assistida aos serviços de saúde. Boa parte dos



agentes de saúde não tinham capacitação técnica, e o seu trabalho englobava outros sujeitos da comunidade. Também havia a recomendação de que “deveriam promover uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde”. (SILVA, 2002, p. 49). Podemos perceber que, hoje, com o avanço das tecnologias e uma nova configuração nas atribuições destes profissionais, torna-se cada vez mais necessária a participação da população usuária nos processos de cuidado em saúde.

Segundo Silva (2002), após a experiência do Ceará, o processo de recrutamento e seleção desses profissionais passou a se estruturar em oito etapas: preparação das coordenações estadual e municipal, com articulação junto ao Conselho Municipal de Saúde; mobilização, na qual os coordenadores municipais articulavam-se com a comunidade e divulgavam o processo; inscrição dos candidatos; elaboração da prova; aplicação da prova escrita; realização de entrevistas (individuais e em grupo); classificação e publicação dos resultados; e contratação do agente como bolsista. Além disso, exigia-se idade mínima de 18 anos e residência na comunidade por, no mínimo, dois anos. Elaborado pela coordenação nacional, com o apoio das coordenações estaduais e municipais, o documento Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde estabelecia princípios norteadores para o processo de capacitação desses profissionais. Ainda segundo Silva (2002), destaca-se, nesse material, o Capítulo 1 - O agente comunitário de saúde: um agente de mudança -, estruturado em quatro partes.

A primeira parte - Saúde - pretendia que o agente aprendesse a conceituar saúde, com a finalidade de identificar e analisar as condições de saúde da sua comunidade. A segunda parte - Saúde e vida comunitária- visava possibilitar que os alunos aprendessem a conceituar vida comunitária, no sentido de estabelecer a relação entre vida comunitária e a promoção da saúde. Na terceira parte - As atividades do agente comunitário de saúde-as ações propostas para o agente eram consideradas de reconhecida utilidade e eficácia, para diferentes comunidades. A quarta parte do primeiro capítulo tratava da importância do trabalho do agente comunitário de saúde: O agente comunitário de saúde mobilizando a comunidade; o agente comunitário de saúde conhecendo a comunidade. (SILVA, 2002. p. 52)

Assim, essas quatro etapas sintetizam as bases específicas do fazer profissional do Agente Comunitário de Saúde, que, para além das atribuições voltadas ao combate de agravos no âmbito comunitário, envolve uma dimensão relacional que extrapola a prática técnica e o trabalho remunerado, ancorando-se na interação recíproca entre sujeitos comprometidos com a melhoria do território em que vivem. Nesse sentido, o exercício da

função pressupõe vínculos diretos com a comunidade, baseados em laços de proximidade, confiança e reciprocidade. Com vistas a orientar esse processo, elaborou-se o Manual do Agente Comunitário de Saúde, no qual a coordenação do programa explicita uma preocupação significativa com os processos de formação e educação continuada desses profissionais, não apenas em sua dimensão técnica, mas também em seu caráter político. Foram igualmente produzidos outros manuais de apoio destinados a instrutores e supervisores - em sua maioria enfermeiros -, responsáveis pela condução do processo formativo dos agentes.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

O estudo de foro qualitativo e de natureza descritivo-interpretativa, trata a respeito dos processos formativos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a importância da emergência dos estudos sobre gênero na formação dos mesmos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro com 12 agentes comunitários de saúde atuantes em uma unidade básica de saúde do bairro Lagoa do Mato na cidade de Mossoró-RN. As entrevistas ocorreram no mês de março de 2022, seguindo normas éticas, a cada entrevistado foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, informando os objetivos e processos nela inscritos e alertando que a pesquisa não acarretaria nenhum prejuízo a sua prática profissional, além de que nos dados apresentados em suas narrativas não constariam seus respectivos nomes.

Todo o roteiro esteve centrado nas condições sobre o processo de formação e capacitação inicial ou continuada do agente comunitário de saúde, bem como nas suas percepções e concepções sobre as questões relacionadas as suas ações educativas em saúde junto ao público masculino. O critério de seleção e inclusão dos participantes foram agentes de saúde concursados da própria unidade, totalizando al de 12 entrevistas realizadas com os referidos profissionais de um total de 13 ACS lotados na unidade, porém, um agente não se disponibilizou a participar da coleta. Os dados analisados nesse trabalho constam de: análise de documentos, entrevistas em profundidade (a partir de roteiro semiestruturado) e de observação etnográfica, mais especificamente, em uma unidade básica de saúde de um bairro específico do município de Mossoró-RN, sob escolha aleatória.

As entrevistas foram devidamente gravadas em áudio (narrativa, entrevistas e algumas conversas mais informais com profissionais da assistência) ou em diários de campo (anotações acerca da descrição do ambiente dos serviços visitados, das atividades assistenciais presenciadas, das reuniões da equipe de profissionais presenciadas e das impressões acerca do trabalho de campo como um todo). As gravações em áudio foram posteriormente transcritas e as transcrições, revisadas pelos entrevistadores. Sempre foi solicitada a autorização para a gravação e todos consentiram através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o anonimato foi assegurado a todos

## **2.1. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo de formação dos ACS ainda conserva, em grande medida, a estrutura vigente desde o início do programa, como indicam os relatos obtidos nas entrevistas. Segundo a percepção dos participantes, a capacitação inicial mostrou-se insuficiente; contudo, observa-se que a prática cotidiana - tanto nas atividades assistenciais quanto naquelas vinculadas ao “aprender fazendo” - constitui o principal espaço de construção de saberes e competências no exercício profissional. Vejamos as posições dos agentes 1, 3, 5 e 6:

ACS 1: “A gente teve uma capacitação pra poder a gente tomar, saber qual era a função do agente de saúde dentro da comunidade, o que que a gente tinha que fazer... Eu acho que a gente teve uma semana, foi uma semana de capacitação.”

ACS 3: “Eu achei um pouco falho, muito embora eu tenha participado de um processo de formação que as minhas colegas não participaram, nós participamos do curso do CEFOPE<sup>8</sup>, e muitas colegas não fizeram, algumas foram jogadas aí no serviço pra aprender no dia a dia mesmo. Assim, a gente fez curso, teve um curso introdutório de uma semana e teve esse curso do CEFOPE que durou não sei se foi um semestre.”

ACS 5: “Eu não tive nenhuma capacitação, eu aprendi a ser ACS indo casa a casa, conhecendo família por família, a realidade de cada um.”

ACS 6: “Na verdade a capacitação foi uma manhã, uma coisa bem de leve. Não teve uma preparação mesmo, deveria ter sido mais profundo. Na verdade, a gente aprende mesmo é na prática.”

---

<sup>8</sup> Centro de Formação de Pessoal Para Os Serviços de Saúde - CEFOPE

De modo pontual, devemos tomar como parte essa relação próxima que existe entre os sujeitos agentes de saúde versus a população, como ponto de partida no sentido de relevância em sua integralidade, pois é nesse contexto que há um acolhimento e uma efetivação das políticas públicas de saúde. Esse acolhimento vai além de uma prática assistencial, preventiva. Sobre as distinções de tais práticas, Mattos (2007) aponta que:

No plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos: as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. (MATTOS, 2007, p.55)

O trabalho do agente comunitário se encontra nessa dupla tarefa - a de compreender as necessidades bem como suas demandas da comunidade, haja vista que é um membro da mesma, e a preventiva -, sendo um elo entre a população e os serviços de saúde. Nesse sentido a integração está relacionada “a da concepção de ‘eficácia técnica’, em que não só o produto da ação ou o tratamento das doenças está em jogo, mas também a própria relação interativa do profissional com os usuários” (SCHRAIBER, L. B., FIGUEIREDO, 2011. p. 28). As atividades desenvolvidas pelos ACS são de suma importância para a construção da integralidade dos serviços de saúde. Ainda que no seu processo de implementação e efetivação do referido programa tenha tido poucas mudanças na sua estrutura de formação profissional, mas uma questão importante se torna emergente, é a educação em gênero ou uma formação voltada para os estudos que abarcam as questões de gênero.

No ano de 2022, teve início um curso de capacitação voltado aos Agentes Comunitários de Saúde e aos Agentes de Combate às Endemias em todo o país, fruto de parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), denominado *Projeto Saúde com Agente*. Em setembro de 2024, iniciou-se a segunda turma do curso. A análise do projeto político-pedagógico e do cronograma das disciplinas da primeira turma indica a ausência de menções à abordagem de gênero ou à interseccionalidade na formação dos agentes (UFRGS, 2021). Já no projeto político-pedagógico da segunda turma, observa-se a incorporação dessas temáticas, evidenciada,

por exemplo, pela disciplina *Compreendendo os conceitos de equidade em sexualidade e gênero para o trabalho do agente de saúde*.

A disciplina traz na sua ementa o debate sobre a equidade de gênero e a sexualidade, assim como o preconceito e a discriminação relacionados a estes determinantes sociais. Analisando tais conceitos dentro de uma perspectiva interseccional e como estes conceitos estão presentes nas políticas de saúde e na prática cotidiana dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. UFRGS (2024).

Tal demanda encontra eco no campo das políticas sociais e econômicas, onde questões de identidade de gênero tem na contemporaneidade um debate profícuo no campo das ciências humanas e principalmente no das políticas públicas, que de um modo geral, tencionam e refletem a sociedade. As políticas públicas de saúde do homem são um exemplo que corporifica e nos faz refletir sobre uma necessidade emergente de uma formação voltada para a capacitação em que englobe a questão de gênero.

### **3. GÊNERO, HOMENS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE**

O estudo sobre gênero vem sendo amplamente discutido nas ciências sociais desde os anos 1970. Autores como Scott (1990) apontam que existe um caráter determinante nas relações sociais, pois esse foi criado em oposição ao determinismo biológico entre os sexos.

Na sua utilização mais recente, o termo "gênero" parece ter feito sua aparição inicial entre as feministas americanas, que queriam enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição do determinismo biológico implícito no uso de termos como "sexo" ou "diferença sexual". O termo "gênero" enfatizava igualmente o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. (SCOTT, 1990, p. 72)

Nesse sentido, o conceito de gênero confere centralidade ao caráter relacional das construções sociais do feminino e do masculino. Torna-se inadequado compreender os estudos de gênero de forma isolada, uma vez que são definidos em termos recíprocos e interdependentes. Assim, o gênero não se restringe às distinções entre os sexos, mas é atravessado por marcadores de diferença e por relações de poder que estruturam a vida social. Para Joan Scott (1990, p. 5), gênero é “um elemento constitutivo de relações



sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. As questões de gênero surgem como afirmações de que as diferenças sexuais não são apenas determinadas por aspectos biológicos, mas são culturalmente construídas e reguladas por normas sociais. Para Butler (2010, p. 26), essa construção se dá pelo fato de que:

[...] a ideia de que o gênero é construído sugere um certo determinismo de significados do gênero, inscritos em corpos anatomicamente diferenciados, sendo esses corpos compreendidos como recipientes passivos de uma lei cultural inexorável. Quando a ‘cultura’ relevante que ‘constrói’ o gênero é compreendida nos termos dessa lei ou conjunto de leis, tem-se a impressão de que o gênero é tão determinado e tão fixo quanto na formulação de que a biologia é o destino. Nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino.

A autora argumenta que, no entanto, a noção do gênero como construção pode também levar a um tipo de determinismo, não biológico, mas cultural, e cita Simone de Beauvoir na sua celebre frase “não se nasce mulher, torna-se”. Essa afirmação da identidade da pessoa é construída discursivamente e socialmente sempre em um contexto cultural. Na área de saúde, o conceito de gênero refere-se às relações socialmente construídas entre os sexos e aos seus efeitos sobre o estado de saúde, bem como sobre o acesso e a utilização dos serviços, conforme aponta Barata (2009). Para a autora, as questões de gênero “atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens” (BARATA, 2009, p. 77). A política de saúde do homem (PNAISH), surge na necessidade de se criar uma política específica para o homem com objetivo de promover a saúde da população masculina na perspectiva do cuidado, resguardando assim a sua integralidade. “Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem<sup>9</sup> (PNAISH) são publicados em 2008, sendo a política oficialmente lançada em 2009”. (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DASILVA, 2012. p. 2.608). Na construção de sua política vários fatores foram considerados para a sua construção, como morbidade e mortalidade que ocorre mais entre os homens do que em mulheres como aponta Gomes (2008), e que entre outros fatores, podemos

---

<sup>9</sup> Ver o documento: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (Princípios e Diretrizes).

elencar as questões culturais que estão imbricadas na cultura do homem de não frequentarem os postos de saúde com frequência mínima.

[...] determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde; são os principais atores na violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos; o desemprego compromete o bem-estar masculino e pode se relacionar a suicídios de jovens. (GOMES; COUTO, 2012. p. 2570)

As políticas públicas de atenção à saúde do homem vêm sendo amplamente abordadas na literatura sobre saúde e sociedade, conforme indicam Oliveira e Souza (2020). No entanto, estudos que avaliam seus resultados e impactos ainda são incipientes, seja em razão da amplitude territorial do país, seja pelo desconhecimento - total ou parcial - da própria política por parte daqueles responsáveis por sua implementação, como gestores municipais e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As falas dos agentes corroboram essas constatações, especialmente quando indagados sobre seu conhecimento acerca da política:

ACS 1: “Vixe! Não tenho, não! Não tenho mesmo. Não sei.”

ACS 2: “Poucas, pouquíssimas.”

ACS3: “Se eu tenho conhecimento das políticas voltadas para a saúde do homem? Então, tem a política nacional de atenção integral à saúde do homem, mas como eu disse anteriormente, nós não temos muito conhecimento. As ações são tímidas; o nosso conhecimento também. Mas eu sei que a saúde do homem não é só a saúde sexual e reprodutiva. Esse homem tem suas particularidades e precisa ser compreendido a partir disso.”

ACS 4: “Não! Muito pouco.”

ACS 5: “Pouco, porém conheço.”

ACS 6: “Não, não tenho muito, não!”

ACS 7: “Bem, no mês de novembro sempre tem aqueles exames o PSA, né?”

ACS 11: “Sim, existe a política nacional voltada pra saúde deles, que trabalham o estímulo e incentivo a realização de exames e consultas. Porém, em âmbito municipal, essa política não é bem desenvolvida.”

ACS 12: “Tenho muito não! Mas sei que não é só novembro azul. Saúde do homem tem a ver com o contexto que esse homem está inserido, com a construção social. Tem a ver com aproximar o homem do serviço de saúde; elaborar planos pra trazê-lo para o serviço.”

No que se refere à PNAISH, a ausência de um conhecimento mais abrangente por parte dos agentes compromete a efetividade dos objetivos da política, centrados no cuidado. Essa lacuna formativa, evidenciada nas falas dos entrevistados, limita sua implementação tanto no âmbito da prevenção quanto da promoção da saúde. Este último conceito, alinhado aos princípios da PNAISH e às competências da União, dos estados e dos municípios, é compreendido, segundo Lefevre (2004), como um conjunto de medidas de caráter duradouro, voltadas à redução ou eliminação sustentada de doenças e agravos. Uma característica relevante que emerge das narrativas apresentadas, no que se refere ao limitado conhecimento sobre a política de saúde do homem, é o distanciamento em relação ao princípio da equidade em saúde, entendida como “a distribuição justa dos benefícios, do poder, dos recursos e das responsabilidades entre as mulheres e os homens” (OPAS/OMS, 2018, p. 49). A insuficiência de conhecimento sobre o programa - não apenas por parte dos ACS, mas também das próprias secretarias de saúde, que não promovem discussão nem oferecem capacitação adequada - contribui para a manutenção de desigualdades, reforçando uma iniquidade de gênero. Ademais, segundo a OPAS (2018, p. 56), as questões de gênero são fundamentais para a análise em saúde, devendo ser tratadas de forma transversal, com vistas à sua efetiva incorporação nas políticas e práticas: “A transversalização de gênero é tanto um processo como uma estratégia, que avalia as implicações de gênero para qualquer ação planejada, tendo como objetivo final alcançar a igualdade de gênero”.

A transversalização de gênero pode ser compreendida, ainda, por meio do uso de ferramentas de análise de gênero propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseadas em questões orientadoras que permitem avaliar as ações das políticas públicas voltadas a esse campo. Tais instrumentos contribuem para a compreensão das respostas necessárias à identificação das demandas em saúde de grupos específicos, como os homens, que frequentemente se encontram afastados dos serviços por fatores culturais, socioeconômicos e pelas iniquidades presentes nas ações e políticas de saúde. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de uma capacitação efetiva voltada às discussões de gênero entre os profissionais da saúde, não apenas os agentes comunitários, mas todos os envolvidos na implementação e execução dos programas e serviços.

O conceito de gênero está relacionado com as políticas públicas de saúde do homem se esta “for politicamente compromissada – podendo trazer novas dimensões

para que melhor se compreenda os eventos da vida de mulheres e homens em busca da ampliação da autonomia” (GOMES; COUTO, 2012. p. 2572).

Anterior à PNAISH, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que estabeleceu a saúde feminina como prioridade, incorporando a perspectiva de gênero e reconhecendo as especificidades de grupos como mulheres negras, indígenas, lésbicas e profissionais do sexo. Contudo, conforme destacam Gomes e Couto (2012), as políticas públicas tendem a enfatizar as mulheres como principais beneficiárias, enquanto os homens não são plenamente reconhecidos como sujeitos estratégicos para a promoção da equidade de gênero. Tal assimetria também se manifesta nas ações voltadas à saúde do homem, cuja visibilidade frequentemente se restringe a campanhas pontuais, como o Novembro Azul, centradas predominantemente na prevenção. Observemos, a seguir, as posições dos depoentes 03, 04, 09, 11 e 12:

ACS 11: “Sim, existe a política nacional voltada pra saúde deles, que trabalham o estímulo e incentivo à realização de exames e consultas. Porém, em âmbito municipal, essa política não é bem desenvolvida.”

ACS 12: “Tenho muito não! Mas sei que não é só novembro azul. Saúde do homem tem a ver com o contexto que esse homem está inserido, com a construção social. Tem a ver com aproximar o homem do serviço de saúde; elaborar planos pra trazê-lo para o serviço.”

ACS 09: “Tenho, mas pouca. Porque quando se fala em saúde é complicado.”

ACS 3: “Como eu falei, que eu lembre, a gente trabalha no novembro azul com ações voltadas para a saúde do homem e essa questão do carnaval. Inclusive esse ano nem teve, né? E, acredite, não tinha preservativo.”

ACS 4: “Uma vez ao ano. Na verdade, a gente não vê incentivo para realizar qualquer outra tarefa. E, e quando vem a última ação que a gente vai pensar é na saúde do homem. A gente só pensa em ação sobre a saúde do homem quando é em novembro e a gente pensa em fazer uma, o novembro azul. Pronto! Durante o ano todo não se fala em saúde do homem, não, meio que cai no esquecimento. É só no novembro azul. Fora isso, não existe! É utopia do homem. O que é que chega para a gente?! Novembro azul.”

Transparece nas narrativas informações muito deficitárias sobre o entendimento da própria política e que a promoção da saúde do homem é dada e efetivada apenas no novembro azul. Outro ponto que podemos perceber é que os programas e campanhas de

conscientização não surtem o efeito desejado na população específica como o caso do novembro azul. A abordagem do cuidado é demasiadamente importante nas ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, no entanto tal relação tem natureza complexa na prática profissional como aponta Hirata (2016, p. 154):

a relação entre o sexual e o cuidado mostram a complexidade do trabalho do care e a dificuldade em apreender as fronteiras entre suas diferentes dimensões: o amor, o afeto, as emoções não são do domínio exclusivo das famílias; e o cuidar, o fazer, as técnicas não parecem ser do domínio exclusivo das trabalhadoras do care.

O trabalho do ACS está intimamente ligado as diferentes emoções, onde a dimensão sexual está presente, principalmente quando está relacionado as questões de saúde e de políticas públicas e principalmente as questões de gênero. E isso reflete não apenas um entendimento, mas também em um processo de reflexão que permeia a própria formação do ACS, para que sejam o elo entre os serviços de saúde e a comunidade é necessário uma formação e capacitação constante, principalmente naquelas em que as questões de gênero estejam diretamente ligadas. Falta de capacitação leva a uma não integralidade dos indivíduos aos serviços de saúde principalmente quando os próprios ACS não se sentem à vontade para desenvolver suas atividades frente ao público masculino, como podemos notar nos depoimentos 1 e 2:

ACS 1: “Eu acho que existe, assim... porque a gente não tem, eu acho a gente não tem tanta liberdade pra chegar até o homem pra conversar sobre a saúde deles. Eu acho que a gente precisava ter uma formação mais assídua, à saúde do homem pra poder a gente chegar até eles, pra poder informar realmente. Também tem a questão que a maioria do público que recebe o ACS, é, a maioria é mulher. Eles não procuram nem por acaso se tiver em casa e a gente chegar pra fazer uma visita, uma abordagem, eles não procuram nem saber o porquê, qual o trabalho, o que é que eles têm direito. Nem isso eles procuram se informar”.

ACS 2: “É um tipo de usuário que ainda existe uma barreira, do próprio usuário de procurar atendimento na unidade, apesar das unidades proporcionarem alguns atendimentos, não são muitos, mas vêm médicos urologistas, têm palestras, e assim é difícil ainda a gente trazer esse tipo de usuário pra unidade. E isso aí é uma questão cultural. A gente sabe que a nossa cultura o homem tem aquela entreve de chegar, de dizer o que tá sentindo, de buscar, solucionar o problema que ele tenha específico, preconceito”.



Observa-se, nesse contexto, a existência de lacunas na organização do modelo tecnoassistencial em relação às necessidades da população. Embora persistam barreiras tanto na procura dos homens pelos serviços de saúde quanto no acesso às informações necessárias ao cuidado, tais questões configuram um cenário preocupante e demandam ancoragem no saber-fazer dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Desse modo, “é notável a ausência da dimensão da sexualidade nas teorias e nas práticas profissionais do *care*, com raríssimas exceções, quando a gerontologia se empenha em mostrar que a sexualidade não se extingue na velhice” (HIRATA, 2016, p. 156). Essa dimensão do cuidado também se relaciona à prática dos ACS, cujo papel profissional é estruturado a partir da lógica do cuidado e da mediação entre sujeitos e serviços de saúde, de modo que seu trabalho de escuta e de compreensão das necessidades individuais e coletivas torna-se um elemento central e indissociável da promoção da saúde em diferentes contextos e situações. Segundo Soares (2012), essa dimensão está expressa no trabalho do *care*, o trabalho de cuidar do outro envolve várias atividades e dimensões, que depende de variáveis sobre quem é o sujeito e quem é o objeto e o agente comunitário de saúde na sua prática cotidiana ver essa relação com o outro como uma barreira cultural, que necessita de uma formação mais específica centrada em categorias analíticas sobre o outro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde consiste em atuar como elo entre a comunidade e os serviços de saúde; contudo, não se reduz a um conjunto de tarefas técnicas delimitadas. Suas atividades envolvem o cuidado com usuários inseridos em diferentes contextos sociais, considerando múltiplos fatores que incidem sobre suas condições de vida e de saúde. Embora essa atuação anteceda a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), o espaço formal do ACS passou a se consolidar a partir das leis de regulamentação do sistema e das Normas Operacionais Básicas, que contribuíram para a efetivação do modelo de atenção proposto pelo SUS. O agente de saúde tem como espaço de atuação a atenção básica, porta de entrada para toda a rede de atenção à saúde, primeiro contato dos indivíduos com os serviços de saúde, desde o início de sua criação a formação inicial dos mesmos seguem o mesmo modo operandi, formação de curta duração, ou sem nenhuma formação, onde o próprio fazer dos ACS se dá pelo fazer fazendo

como apontou uma das entrevistadas: ACS 6: “Na verdade a capacitação foi uma manhã, uma coisa bem de leve. Não teve uma preparação mesmo, deveria ter sido mais profundo. Na verdade, a gente aprende mesmo é na prática”.

Dada a complexidade de suas atribuições e seu papel como elo responsável por viabilizar o acesso aos serviços de saúde em territórios mais distantes, os ACS ocupam posição estratégica, especialmente em contextos como o da saúde do homem, em que, por razões culturais, sociais e econômicas, esse público tende a se afastar dos serviços. As narrativas dos entrevistados evidenciam que o processo de formação desses profissionais ainda carece de uma capacitação básica para lidar com segmentos específicos, como a população masculina. Tal lacuna, particularmente no que se refere às ações educativas voltadas a essas abordagens, contribui para a fragmentação das práticas em saúde. No entanto, essa limitação não pode ser atribuída individualmente aos ACS, uma vez que decorre de uma insuficiente incorporação das questões de gênero na formação dos profissionais de saúde - aspecto ainda negligenciado nos serviços. Nesse sentido, a inserção sistemática da temática de gênero nos processos formativos mostra-se fundamental para a promoção da equidade em saúde e para o reconhecimento do direito à diferença.

## REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SUS: significado e cuidado**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884–899, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes**

**para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.

BUTLER, J. **PROBLEMAS DE GÊNERO: feminismo e subversão da identidade.** 2. ed. Tradução de R. Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

GOMES, R.; COUTO, M. T. **HOMENS, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS: a equidade de gênero em questão.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2569–2578, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

HIRATA, H. **Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado.** Cadernos Pagu, Campinas, n. 46, p. 151–163, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8645399>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. **O PERCURSO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS HOMENS (PNAISH): desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2607–2616, 2012.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **PROMOÇÃO DE SAÚDE: ou, a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MATTOS, R. A. de. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2007.

MINAYO, M. C. de S.; D'ELIA, J. C.; SVITONE, E. **Programa agentes de saúde do Ceará.** Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF. **CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, Rússia. Brasília: UNICEF, 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **GUIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS PRIORIDADES TRANSVERSAIS NA OPAS/OMS DO BRASIL: direitos humanos, equidade, gênero e etnicidade e raça.** Brasília: OPAS, 2018.

OLIVEIRA, A. L. A.; SOUZA, B. J. de. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DO HOMEM DO CAMPO NO SEMIÁRIDO NORDESTINO.** Estudos Sociedade e Agricultura, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 644–675, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36920/esa-v28n3-7>.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. **Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero.** In: GOMES, R. (org.). **SAÚDE DO HOMEM EM DEBATE.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19–38.

SCOTT, J. **GÊNERO: uma categoria útil para análise histórica.** Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5–22, jul./dez. 1990.

SOARES, Â. As emoções do care. In: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (org.). **CUIDADO E CUIDADORAS: as várias faces do trabalho do care.** São Paulo: Atlas, 2012. p. 44–59.

SILVA, J. A. da; DALMASO, A. S. W. **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

STARFIELD, B. **ATENÇÃO PRIMÁRIA: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 21 dez. 2021.