

Gênero, saúde e práticas profissionais

[Série] **Família e Gênero** | nº 17

Gênero, saúde e práticas profissionais

Pedro Nascimento

Luís Felipe Rios

[orgs.]

Editora
Universitária  UFPE

Recife, 2011

Universidade Federal de Pernambuco
Publicações Especiais do Programa de Pós-Graduação em Antropologia
@ Núcleo de Pesquisa Família, Gênero e Sexualidade (FAGES)

Conselho Editorial

Antônio Carlos Motta
Bartolomeu Figueiróade Medeiros
Carlos Sandroni
Danielle Perin Rocha Pitta
Eduardo Duarte
Josefa Salette Barbosa Cavalcanti
Judith Chambliss Hoffnagel
Luís Felipe Rios

Maria Aparecida Lopes Nogueira
Maria do Carmo Tinoco Brandão
Marion Teodósio de Quadros
Peter Schröder
Renato Athias
Roberta Campos
Roberto Motta
Parry Scott

Núcleo de Pesquisa Família, Gênero e Sexualidade

Coordenadores: Parry Scott e Judith Chambliss Hoffnagel
<http://www.ufpe.br/fages>
fages@ufpe.br

Créditos

Capa | Ana Farias
Projeto Gráfico | Evelyn Rodrigues
Revisão | Evelyn Rodrigues

Montagem e Impressão

Editora
Universitária  UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife - PE | CEP: 50.740-530
Fones: (0xx81) 2126.8397 | 2126.8930 | Fax: (0xx81) 2126.8395
www.ufpe.br/edufpe | edufpe@nlink.com.br | editora@ufpe.br



Editora Associada a

Catálogo na fonte

Bibliotecária Joselly de Barros Gonçalves, CRB4-1748

G326 Gênero, saúde e práticas profissionais / organizadores Pedro Nascimento, Luís Felipe Rios. – Recife : Ed. Universitária da UFPE, 2011. 212 p. – (Família e gênero, n.17).

Vários autores.
ISBN 978-85-7315-932-5 (broch.)

1. Saúde pública. 2. Jovens – Comportamento sexual. 4. Idosos – Saúde e higiene. 5. Mulheres. 6. Políticas públicas. I. Nascimento, Pedro (Org.). II. Rios, Luís Felipe (Org.). III. Série.

362.1 CDD (22.ed.) UFPE (BC2011-113)

Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos e videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial em qualquer sistema de processamento de dados e a inclusão de qualquer parte da obra em qualquer programa jusciberntico. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. *Todos os direitos reservados.*

Apresentação

Parry Scott

Em 2011 o FAGES - Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade - da Universidade Federal de Pernambuco iniciou o novo formato visual da série **FAMÍLIA E GÊNERO**, apoiado pela ação 1433 - *Cidadania e efetivação de direito das mulheres*, que forneceu um apoio a Núcleos de Gênero com recursos provenientes da Secretaria Especial de Políticas para a Mulher, da Presidência da República. A elaboração de quatro coletâneas organizadas por integrantes do FAGES faz parte do conjunto de atividades realizadas nesta ação.

Cada coletânea reúne trabalhos sobre temas de interesse para os estudiosos no campo de gênero, abordando famílias, práticas profissionais em saúde, gerações jovens e idosas, e violência contra as mulheres. Sendo assim, tornou-se uma oportunidade de reunir textos dispersos publicados anteriormente sobre família (**Famílias brasileiras: Poderes, desigualdades e solidariedades** do coordenador do Núcleo, Parry Scott), bem como de disponibilizar textos de pesquisadores com trabalhos recentes, atualizando as informações e estimulando a discussão entre leitores interessados da academia, dos movimentos sociais e da área de gestão de políticas públicas.

Na coletânea aqui apresentada, os textos sobre *Gênero, Saúde e Práticas Profissionais* subsidiam debates de mais alta relevância para as políticas públicas e para as reflexões acadêmicas sobre estes assuntos. Os pesquisadores e professores Pedro Nascimento, da Universidade Federal de Alagoas, e Luís Felipe Rios, da Universidade Federal de Pernambuco, têm voltado suas atenções à organização do SUS, à reprodução assistida, à compreensão da sexualidade e ao combate à AIDS. Aproveitando seus conhecimentos amplos e a sua inserção nos contextos de estudos sobre Ciências Sociais e Saúde, solicitaram e selecionaram um conjunto de textos que honram a tradição da linha de pesquisa sobre saúde do FAGES, pesquisando, interpretando e pensando sobre a intervenção na saúde em uma perspectiva de gênero.

Os resultados das pesquisas dos integrantes de FAGES sobre saúde têm sido publicados em diversos locais, e esta própria série, em números anteriores aponta para uma tradição marcada de pesquisa e de formação nessa área.

Deste modo, esta coletânea dá uma importante contribuição, abrindo novas frentes, bem como, retomando debates vistos nas publicações anteriores da série **FAMÍLIA E GÊNERO**, o que inclui, especialmente, o número **02 | Famílias, Sexualidades, Saúdes**, na Revista *Anthropológicas* (IV), n. 9, 2001; o número **08 | Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**, organizada por Parry Scott, Renato Athias, Marion Teodósio de Quadros, e publicada pela Editora da UFPE, 2007; e número **09 | A Diversidade do Ibura: Gênero, Geração e Saúde num Bairro Popular do Recife**, organizada por Parry Scott e Marion Teodósio de Quadros, e publicada pela Editora da UFPE, 2009.

Recife, maio, 2011

Sumário

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

Capítulo 01 | Parry Scott

13 As famílias que os programas de saúde pública constroem no Brasil

Capítulo 02 | Nádia Meinerz

51 Impasses classificatórios envolvendo gênero e sexualidade no atendimento público de saúde

Capítulo 03 | Marion Quadros; Karla Adrião; Anna Karina Xavier

73 Circuitos (des)integrados? Relações de convivência entre mulheres jovens e profissionais de saúde numa comunidade de periferia da cidade do Recife (PE)

Capítulo 04 | Soraya Fleischer

95 Expectativas, diálogos e negociações sobre o trabalho das “parteiras de Melgaço”

Capítulo 05 | Fernando Seffner; Richard Parker; Luana Emil

125 Homens envolvidos com o cuidado num lugar muito particular: respostas religiosas à AIDS “progressistas” e produção de identidades masculinas “não hegemônicas”

Capítulo 06 | Normando Viana; Luís Felipe Rios

147 **“Tem dinheiro... fica logo duro!” Excitação e prazer nas transações sexuais comerciais entre homens no Recife**

Capítulo 07 | Lady Selma Ferreira Albernaz

167 **Gênero e Classificação das Profissões: Trajetórias de mestrandos dos cursos de Física e História da UFPE**

Capítulo 08 | Pedro Nascimento

183 **Não-provedores: Homens, mulheres e desemprego em uma “Invasão” em Camaragibe (PE)**

213 **Sobre os autores**

Introdução

Pedro Nascimento e Luís Felipe Rios

Esta coletânea foi elaborada a partir da chamada para a organização de um livro sobre Saúde e Trabalho. Esta associação remetia a um conjunto de pesquisas que analisam os impactos de certas estruturas e dinâmicas do trabalho; sua interface com gênero; seus rebatimentos na organização social em diferentes escalas; e sua interferência na saúde de sujeitos específicos.

Os autores convidados para compor a coletânea nos brindaram com uma diversidade de temas e abordagens que, ao se distanciar da orientação inicial, cruzam gênero e práticas profissionais em contextos diversos, com algumas ênfases: [a] A atuação profissional no contexto de serviços de atenção à saúde; [b] Mecanismos de controle que incluíam assimetrias em termos de gênero, sexualidade, classe e geração; [c] As formas de escolha profissional e os discursos sobre o trabalho. Neste conjunto, alguns artigos focam as políticas e a prática profissional no contexto da saúde, a partir das relações com sujeitos específicos diversos como “a família brasileira”; jovens que recorrem a serviços de saúde; as “parteiras de Melgaço”. Outro conjunto de textos, voltado às questões de gênero e sexualidade, amplia o olhar para práticas de cuidado ou atuações profissionais, como os “*boys*” em Recife e os religiosos “progressistas” em Porto Alegre. Esse campo é ainda composto por um olhar sobre como o gênero orienta escolhas profissionais de estudantes da UFPE e os sentidos atribuídos ao trabalho ou sua ausência por homens “sustentados” por mulheres.

A organização dos capítulos desta coletânea procurou dar coerência a esta diversidade de olhares. Acreditamos que essa coerência ou sua ausência variará de acordo com cada leitor e leitora que se dedicar ao percurso que começa com a reflexão de **Parry Scott** acerca das políticas de saúde no Brasil, particularmente a partir da elaboração do PACS e PSF, que produzem imagens e composições familiares. Este argumento é viabilizado a partir da análise da elaboração da política que sustenta estes programas como prioridade nacional na área de saúde a partir do Nordeste, e os significados atribuídos a gênero e geração, os principais constitutivos das hierarquias internas da família.

Nádia Meinerz discute desafios e, mais ainda, impasses colocados para profissionais de saúde em situações que não se enquadram facilmente nos esquemas classificatórios relativos ao gênero e à sexualidade. Os impasses apresentados referem-se ao atendimento de saúde de gays, lésbicas, travestis, e homens e mulheres transexuais. Essas questões são abordadas no texto a partir de uma situação clínico-ginecológica envolvendo uma adolescente grávida, homossexual e masculinizada. Com base na descrição etnográfica sobre a discussão de um caso, realizada em uma unidade básica de saúde, vinculada a um hospital-escola no Rio Grande do Sul, a autora afirma que esses impasses apontam para uma reflexão mais ampla sobre convenções médicas sobre sexo e à identidade de gênero, e os corpos que se arriscam em posições de trânsito e ambiguidade. Discutir tais impasses é fundamental frente à aplicação de princípios que orientam o SUS, em especial o da equidade. Nesse contexto, a ‘não discriminação’ se converte em espécie de imperativo ético dos profissionais de saúde e ao mesmo tempo numa agenda política em relação à reivindicação de direitos específicos, no que tange ao atendimento público de saúde” (MEINERZ, nesse volume).

Os dois textos seguintes dão sequência a essa discussão sobre a prática profissional no contexto da saúde pública, destacando as assimetrias presentes nesses contextos. O texto de **Marion Teodósio de Quadros**, **Karla Galvão Adrião** e **Anna Karina Xavier** analisa como mulheres jovens percebem o atendimento recebido pelos(as) profissionais de saúde das redes de atenção primária e de média complexidade. A partir disto, refletem sobre os significados e práticas dos profissionais ao lidar com a sexualidade ativa de mulheres jovens. Dialogando com a noção de circuitos integrados de Donna Haraway, destacam as relações contraditórias entre as mulheres jovens e as redes de saúde e comunitárias engendradas. Por sua vez, **Soraya Fleischer** nos apresenta o contexto de mulheres da cidade de Melgaço, Pará, que atuam diariamente como parteiras, mas também como cuidadoras populares, em espaços domésticos e também, por vezes, hospitalares. Ao nos apresentar os vários interlocutores e cenários de atuação dessas mulheres - cartórios, repartições públicas, organizações não governamentais, barcos e veículos de transporte - propõe-se ampliar nossa compreensão acerca de quem e onde se presta “serviços de saúde”. Para isto, Soraya assume como foco de seu artigo “mostrar como essa multiplicidade de atores, em especial as parteiras, mantinha um diálogo perene com os profissionais que pretendiam cuidar da saúde local”

(FLEISCHER, neste volume), destacando as expectativas que eram construídas a respeito do trabalho das parteiras.

Fernando Seffner, Richard Parker e Luana Rosado Emil

contribuem para a reflexão sobre cuidado e gênero, a partir de pesquisa realizada em Porto Alegre, como parte de um projeto mais amplo sobre Respostas Religiosas ao HIV/AIDS no Brasil. O artigo é elaborado a partir do estudo de caso realizado na casa Fonte Colombo, a reflexão apresentada refere-se à produção da masculinidade dos agentes que trabalham na casa, ponto de partida para se discutir a tese: “na Casa Fonte Colombo temos um processo em que de modo simultâneo acontece tanto uma produção de ‘novas’ identidades masculinas como uma modalidade de resolução da tensão entre as demandas da saúde pública em AIDS e ensinamentos morais tradicionais da igreja católica numa direção progressista”. O “resultado” desse processo é a emergência de um pensamento profundamente católico e ao mesmo tempo progressista quanto à sexualidade e AIDS e de notável visão estratégica no enfrentamento da epidemia [...]. Ao mesmo tempo (de modo simultâneo como estamos acentuando) os agentes mais diretamente envolvidos nesse processo “produzem-se” portadores de uma identidade masculina que apresenta vários traços que a colocam em sintonia com as chamadas “novas masculinidades” e/ou com o que Connell denomina de masculinidades subalternas” (SEFFNER, PARKER e EMIL, neste volume).

O texto seguinte aborda de modo mais direto a relação entre sexualidade e práticas profissionais, e contribui também para uma análise no campo das masculinidades. **Normando Viana e Luís Felipe Rios** apresentam uma compreensão acerca do trabalho sexual exercido por homens no centro de Recife, PE. Os autores apontam os recursos utilizados por negociantes de prazeres sexuais, localmente definidos *boys*, para se engajar em transações sexuais com homens, ao mesmo tempo em que buscam manter posições identitárias heterossexuais. Com aporte etnográfico discutem as categorias prazer e excitação sexuais, descritores usuais entre sexólogos, psicanalistas e construcionistas sexuais para analisar a conduta sexual humana.

Os dois últimos artigos, de perspectivas diferentes, abordam questões em torno das definições de identidades marcadas pela relação entre gênero e trabalho. Importa marcar que ambos são artigos apresentados ou reapresentados após mais de uma década de suas elaborações originais. Isto implica em reconhecer as marcas de debates realizados naqueles contextos iniciais, ao mesmo tempo em que apontam para a permanência

dessas questões. **Lady Selma Albernaz** discute o trabalho das mulheres como elemento de realização pessoal partindo de dois aspectos: A escolha profissional e a trajetória da profissionalização. Essa abordagem tem como desdobramento evidenciar a classificação das profissões por gênero e como interferem nas trajetórias solicitadas para as pessoas que nelas ingressam. O artigo de **Pedro Nascimento** apresenta parte dos resultados de pesquisa realizada junto a homens residentes no município de Camaragibe, Região Metropolitana de Recife, entre 1997 e 1999. O objetivo central naquele momento era perceber as conexões entre gênero e desemprego masculino ou, especificamente, os sentidos associados ao fato dos homens não serem provedores de seus lares e depender financeiramente de mulheres. Com a análise dessas trajetórias masculinas, buscava compreender os significados associados à construção da masculinidade para homens que estavam adaptados a uma situação em que se identificavam e eram identificados como “homens que não trabalhavam”, “sustentados” por outrem.

Esse conjunto de artigos nos remete ao seminal artigo da Gayle Rubin (1993), “O tráfico de mulheres: Notas sobre a ‘economia política’ do sexo”. Nele a autora vai localizar, ao lado do tabu da homossexualidade, o “tabu do trabalho” como estruturador das assimetrias e desigualdades instituídas pelo sistema de sexo-gênero. Em uma sociedade onde a divisão do trabalho se organiza em torno da ideia de profissões, percebidas como escolhas e/ou condições, esperamos que a dispersão de temas e abordagens apresentados nesta coletânea possa oferecer elementos para adensar a reflexão sobre o lugar do trabalho nas relações em gênero. E ainda, auxiliar pesquisadores e profissionais de saúde a reconhecer como as estruturas opressivas de sexo-gênero, na interação sinérgica estabelecidas com raça, idade, geração, classe e orientação sexual, impactam a vida de pessoas e, por conseguinte, condicionam seus acessos à saúde, em seu sentido mais lato.

Referências bibliográficas

HARAWAY, Donna. Um manifesto para os *cyborgs*: Ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de. *Tendências e impasses: O feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. p. 243-288.

RUBIN, Gayle. *O tráfico de mulheres: Notas sobre a “economia política” do sexo*. Recife: SOS Corpo, 1993.

As famílias que os programas de saúde pública constroem no Brasil¹

Parry Scott | UFPE

No Brasil, uma das políticas prioritárias de saúde é o Programa de Saúde da Família (PSF), precedido, e ainda coexistente, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estas políticas servem como vitrine para a compreensão de como o Estado participa na construção de imagens e composições de famílias, neste caso realizadas a partir da realidade das desigualdades regionais e sociais presentes no nordeste, inseridas num contexto nacional. Segundo as informações do IBGE (Censos e PNAD's) e os levantamentos de estatísticas sobre saúde (como os DHS's de 1993 e 1996), o Nordeste acompanha a tendência nacional brasileira de queda de fecundidade, diminuição do número de pessoas residindo em cada domicílio, envelhecimento da população e diversas outras tendências. Um programa inspirado nas desigualdades nordestinas, pelo simples fato de sua associação às desigualdades e à pobreza na região, desenvolve a sua prática em torno de índices preocupantes para os

¹ Este trabalho foi elaborado a partir de três redações anteriores em português que são amplamente reproduzidas em tradução aqui com a permissão dos editores dos livros onde apareceram como capítulos: “Transição política e a agenda de programas de saúde reprodutiva em regiões de periferia nacionais: O caso do Nordeste brasileiro”, em OLIVEIRA, M. C. de *et al* (Org.). *Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina*. Campinas: NEPO, 2000; “Gênero, família e comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família”. In: VILELLA, Wilza, MONTEIRO, Simone (Org.). *Gênero e saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2005; e “Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: Reprodução, disciplina e a simplificação administrativa.” In: BARROS, Myriam Lins de (Org.). *Família e gerações*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. Os amplos cortes e acréscimos feitos reportam aos objetivos específicos deste trabalho, cuja combinação particular é inédita.

planejadores e administradores desenvolvimentistas centrais do país. Não somente coloca o Estado frente ao seu papel idealizado de redistribuidor, mas também revela faces da intercomunicação entre ocupantes de espaços diferentes nas estruturas de poder ao favorecer um contato mais direto de profissionais de saúde com a vida cotidiana da população mais pobre. Debruçar sobre as imagens e as composições familiares que o Estado ajuda a produzir a partir do PSF pode ser feito por vários percursos. Com a ideia de descobrir significados realçados pelo Estado construtor de percepções e organização da família, se verá [1] a elaboração da própria política que sustenta o Programa como prioridade nacional na área de saúde a partir do Nordeste, e [2] o tratamento e os significados atribuídos aos dois elementos principais constitutivos das hierarquias internas da família: Gênero e Geração. Finaliza com algumas considerações sobre o poder e a família no contexto de políticas públicas.

A família nordestina e a história de políticas públicas de saúde

O Nordeste detém um lugar muito especial na identidade histórica do país, seja pelo fato isolado de valor simbólico de haver sido “onde o Brasil começou”, ou pela riqueza comparativa dos seus senhores de engenho nas zonas açucareiras nos primeiros quatro séculos da nação. Apelando à importância histórica desta região na formação da nação brasileira, criou-se uma imagem de uma família patriarcal comandada pela elite nordestina como o modelo fundador de família emanando do Nordeste e abarcando o país inteiro.

Esta imagem propagada foi defendida fortemente por diversos cientistas sociais, historiadores e políticos, mais intensivamente desde a era centralizadora de Vargas. Também encontrou oponentes, tanto entre os defensores do estabelecimento de uma política nacional de desenvolvimento industrial centrada no potencial econômico do centro-sul, quanto entre os intérpretes da sociedade pluricultural onde a leitura da história da nação se torna multicêntrica e mais sensível aos padrões demográficos que evidenciam diferenciações significativas na vivência da família por segmentos diferentes da população. Em ambos os casos, trata-se de um exercício do reconhecimento da importância de um modelo originário de família-nação, mas a necessidade de suplantá-la com modelos

capazes de realçar visões de um futuro diferente (mais afinados com a desiderata do desenvolvimentismo) e de uma história e composição social atual marcada por grandes diferenciações entre segmentos sociais e entre regiões.

Com o trem de desenvolvimentismo brasileiro firme nas suas trilhas no meio do século, e o “*baby-boom*” da felicidade pós-guerra americana demonstrando os seus efeitos nas pirâmides etárias e projeções populacionais, o bombardeio internacional contra o familismo e o patriarcalismo toma forma em políticas de controle de natalidade, sustentadas por cálculos catastróficos sobre as consequências da continuação do crescimento populacional. Nos anos 60 e 70 na América Latina, a revolta dos excluídos (ou super-incluídos como argumentamos em outro local - Motta e Scott, 1983) da rota desenvolvimentista em muitos locais na América Latina ascende uma preocupação política dos Estados Unidos, desafiados com a implantação de um regime socialista na ilha de Cuba.

O apoio norte-americano a regimes dispostos a reprimir os protestos dos excluídos e reafirmar a sua integração à trilha desenvolvimentista do alto modernismo capitalista internacional trouxe consigo um modelo de “planejamento familiar” que implicava na aplicação e transferência de tecnologias de controle de reprodução humana e a valorização da limitação da prole e da formação de famílias pouco numerosas (ver Scott, 2005). Mais um golpe no patriarcalismo e no familismo radicados no Nordeste, emblema do subdesenvolvimento.

A “agitação” no Nordeste açucareiro espantou os proponentes da trilha desenvolvimentista por causa das suas semelhanças históricas e estruturais com a Cuba açucareira. Sentiram uma necessidade de investir fortemente em evitar a replicação da revolução cubana. A literatura desenvolvimentista já tinha identificado a oligarquia nordestina como um empecilho claro à adoção de políticas modernas de formação e administração de indústrias. As oligarquias tradicionais formaram alianças com a elite nacional para não perder as suas bases de poder, sem impor mais o seu “modelo” de família à nação, que os enxerga ainda como carregados com os “vícios” do familismo.

Se a família patriarcal como modelo entra em queda livre, graças aos acontecimentos políticos as famílias das classes populares galgaram uma nova visibilidade. Proliferaram estudos das mais diversas tendências ideológicas sobre a organização destas famílias, na atualidade (com intenso uso de dados demográficos cada vez mais sofisticados e confiáveis, e também alguns estudos de pesquisa de campo) e, inclusive, no passado (com os historiadores resgatando a importância da “família” e do controle sobre ela desde os tempos de escravidão). O padrão histórico de intensificação de emigração e fornecimento de mão de obra para o centro-sul pintou um quadro de excesso populacional e insustentabilidade (econômica e climática) como marcadores da nordestinidade.

Com índices alarmantes de mortalidade infantil e materna, índices de câncer de colo uterino e de próstata, e expectativa de vida muito inferior à média nacional mais uma vez alertaram para a insalubridade da família nordestina. Um caminho para a solução deste problema já vinha pronto no pacote desenvolvimentista: Limitar o número de filhos. Menos pessoas precisam migrar, menos bocas para alimentar, menor taxa de crescimento populacional, menor morbidade e mortalidade - ou seja, instaurou o argumento de que, para as classes populares melhorarem de vida, é necessário que sejam menos promíscuas.

Mesmo que argumentos semelhantes fossem desenvolvidos para tratar de famílias nas classes populares no país inteiro, em nenhuma outra região a conjunção de fatores indicadores da necessidade de intervenção em nível da família foi tão forte quanto no Nordeste. Não faltavam defensores do posicionamento político que eram as muitas famílias nordestinas migrantes que estavam dificultando o padrão de vida em outras regiões. Assim, mesmo fora da região a “família nordestina” passou por um processo histórico de resignificação. Passou de modelo-nação de uma oligarquia fundadora de um país, para empecilho de integração à trilha desenvolvimentista (em referência à oligarquia) e indicador de insustentabilidade de padrões de vida razoáveis (em referência às classes populares). Virou família problema.

A crise cada vez mais forte no bloco de países socialistas, cujo ápice é marcado pela queda do muro de Berlim e por uma plethora de processos de “democratização”, rearticulou as forças políticas internacionais de tal modo que, do ponto de vista norte-americano, a ameaça de integração dos países

em desenvolvimento em outro mega-projeto político foi afastada. Na América Latina, as décadas recentes evidenciam um processo de valorização no discurso e na prática de respeito aos direitos humanos e de participação. Intensificam-se movimentos populares e incentiva-se o envolvimento de representações nacionais no estabelecimento de grandes acordos temáticos internacionais - Estocolmo, Beijing, Cairo, Rio. A possibilidade de lidar com a diversidade é reforçada pela intensificação da unificação econômica internacional. Em vez de que realçar as articulações de movimentos com “mega-blocos políticos”, identificam os interesses (muitas vezes designados de “direitos”) específicos promovidos por um movimento ou outro. Esta diversidade e pluralidade forma uma espécie de competição interna para marcar quais as “diferenças que fazem a diferença” no contexto de capital globalizado (Pierucci, 1999).

De particular importância para compreender as pressões sobre a família e sobre a limitação da prole, neste ambiente, o movimento feminista tem tido particular reverberação, apontando direitos que precisam ser respeitados e organizando agendas para apoiar as mulheres na sociedade. Como mostrou Sônia Correia (1996), ao analisar o contexto discursivo-político dos termos saúde, direitos, reprodução e sexualidade, mesmo interrelacionados, os encaminhamentos para “saúde reprodutiva e sexual” implicam em associação com questões de administração mais direta de programas estimulados direta ou indiretamente pelos governos, enquanto os de “direitos reprodutivos e sexuais” colocam a questão na definição política de interesses de movimentos sociais diferentes.

Do ponto de vista das estratégias de articulação de uso da força de trabalho familiar, a família nordestina enfrenta desde os anos 80 o fechamento progressivamente maior do mercado de trabalho nos locais tradicionais de destino da emigração nordestina (São Paulo e Rio de Janeiro). As famílias de classes populares que residem no Nordeste, já detentoras de índices altamente desfavoráveis de condições sociais, precisam articular estratégias de apoio para familiares que retornam do sudeste. Os programas controladores estimulados nas décadas anteriores surtem efeitos em todo Brasil nesta mesma década de 80, diminuindo a fecundidade. Os domicílios diminuem em mais de uma pessoa por mulher e por grupo doméstico, e continuam declinando até hoje.

No ambiente administrativo ou no ambiente de movimentos sociais, não se nota nenhum rompimento efetivo com a identificação da família de classes populares como “problema”. Esta família ainda é o alvo mais direto das ações de programas específicos governamentais na área de saúde, e isto promove a invenção de muitos novos atores no setor. Uma família problema sugere a necessidade de uma solução-família, e propostas de soluções brotam do governo e dos movimentos populares e sociais de organização civil. Não é de se estranhar que na revista “Medicina: Conselho Federal” de junho de 1998 aparece um artigo com o título “Saúde da Família: Uma solução?” O primeiro parágrafo anuncia claramente qual solução está sendo procurada:

Apesar da situação difícil, quase desesperadora, em que se encontra a área de saúde no Brasil, alguns esforços em busca de melhorias nos indicadores de saúde e da qualidade de vida no país começam a registrar resultados significativos. As denominações podem variar - saúde da família, saúde em casa, médico da família - mas já há sinais de que programas visando a universalidade e a humanização da assistência têm em comum, vários aspectos. O mais importante deles é o fato de estimularem a introdução de mudanças radicais na concepção de uma estratégia eficaz de atenção à saúde e ao atendimento básico. A ênfase desloca-se da doença para uma atuação mais ampla que, obrigatoriamente, envolve administradores públicos, profissionais de saúde e a comunidade usuária. (ano XII, n. 94, 1998: 17)

É justamente este processo de deslocamento que termina incorporando não somente o enfoque tradicional de doenças como alvo de intervenções sanitárias (campanhas e programas dirigidos a problemas cuja etiologia biológica é facilmente identificável ou a caminho de identificação biológica) mas também o enfoque social de identificação de segmentos específicos da população cujas características particulares requerem tratamentos especiais (mulher, adolescente, idoso etc).

O primeiro tipo de enfoque (doenças) se associa nitidamente a um estilo de administração de programas de saúde que favorece aos conhecimentos especializados no campo médico. As suas medidas de eficácia são na redução de índices de morbidade e mortalidade cuja causalidade se restringe à doença, alvo do programa. Por este caminho muitas doenças têm sido debeladas, e mais outras (especialmente aquelas cuja etiologia indica forte participação no ambiente e saneamento) têm voltado após a sua aparente eliminação. Campanhas e programas contra poliomielite, tuberculose, difteria, febre amarela, malária, dengue, cólera,

câncer do colo uterino e da próstata, DST/AIDS etc, se repetem. O retorno de alguns velhos problemas e a persistência de indicadores negativos em locais onde esta estratégia é privilegiada ampliam a consciência que atacar a doença muitas vezes é uma estratégia que, apesar de render alguns resultados que não poderiam ser obtidos por outro caminho, muitas vezes prova ser uma estratégia cara cujos resultados são precarizados por fatores fora do controle dos profissionais de saúde. Assim, em alguns casos, isto sensibiliza até aqueles administradores de programas de saúde mais preocupados com os índices contábeis de custo-benefício do que com a identificação de grupos sociais específicos cujas demandas precisam ser atendidas. Ganham-se alguns adeptos dispostos a juntar forças com outros profissionais afinados com os interesses de segmentos e grupos específicos necessitados da população.

Estes “outros” profissionais, cuja ressonância é mais evidenciada desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e no subsequente conteúdo da Constituição de 1988, adotam um segundo estilo de administração no qual lutam para incluir uma sensibilidade aos segmentos e grupos sociais diferenciados na agenda sanitária no país. As suas convicções se beneficiam de um diálogo com os setores organizados da sociedade civil. Os grupos que querem ser representados se proliferam e programas dirigidos às mulheres (PAISM), a adolescentes (PROSAD), a idosos e à população indígena tomam forma e procuram ocupar espaços nos diversos níveis de gestão das políticas de saúde onde possam articular uma inclusão integrada da defesa e atendimento dos seus interesses na definição de prioridades de orçamento inclusive em áreas não relacionadas diretamente com saúde. Às vezes, isto resulta em fogo cruzado, mas sem dúvida incentiva uma percepção das pessoas dos contextos sociais de sua atuação.

Não deixa de haver uma associação curiosa dos interesses “sociais” com grupos identificados pelos marcadores biológicos de sexo e de idade - tornando-se muito confortável ao olhar sanitário individualizante e à inserção em “especialidades” capazes de lidar com os problemas mais prevalentes em cada grupo. Os atores sociais são identificados ou por ser mulher (mesmo diante do frisson atual em torno de estudos de masculinidade), ou pela sua ocupação específica de um local no ciclo vital individual - jovem/adolescente ou idoso. Isto promove uma percepção social que privilegia o indivíduo, que compartilha algumas características

específicas com outros indivíduos, mas que ainda é descontextualizado do seu meio. Isto não quer dizer, necessariamente, que na sua elaboração estes programas não consigam enxergar o social “contextualizado”, mas apenas que a sua concepção inicial individualiza o alvo das ações de saúde. O indivíduo tem atributos fundamentais relacionados com os processos do ciclo vital - independente do contexto social onde estes processos são vividos.

Nos programas de saúde, a mulher e a adolescente se destacam. As preocupações com concepção, contracepção, aborto, parto, mortalidade materna, prevenção contra câncer do colo uterino, DST/AIDS e, inclusive, mortalidade infantil revelam uma luta por direitos reprodutivos que se torna símbolo de um fortalecimento da emancipação da mulher com a colaboração estreita de organizações não-governamentais. Com pouco espaço nas estruturas tradicionais de atendimento ambulatorial para realizar um atendimento “integral” (de pessoas, e não só de órgãos e doenças específicas), a “integralidade” tornou-se uma maneira de criticar esta compartimentalização.

Aproveitando os serviços direcionados ao que interessava à mulher e ao adolescente para estabelecer centros de referência, também se ressaltou a necessidade de intensificar o diálogo com estes atores além do ambiente ambulatorial e hospitalar. A vontade de extrapolar os limites estreitos do atendimento em contextos de domínio direto das secretarias de saúde foi estabelecida, mas os meios de extrapolar estes limites ainda estavam difíceis de formular nestes nódulos dirigidos a segmentos específicos da população. Apesar de alguns importantes esforços de sensibilização da população e de projetos a serem desenvolvidos em comunidades e/ou ambientes específicos extra-ambulatoriais, a esmagadora maioria das mulheres e dos adolescentes encontrados para serem engajados nestes programas de saúde continuavam sendo simplesmente “quem aparecia nos serviços para se tratar”. Com a implantação descentralizada do SUS - Sistema Único de Saúde, reforça-se mais o tratamento de “grupos” com uma referência comunitária muito mais clara que os segmentos. Essa passagem de “segmentos” para “grupos” implica numa estratégia que permite que acrescente à noção de atendimento “integral” a ideia que as pessoas fazem parte de uma realidade social específica vivida no dia a dia onde se podem armar estratégias mais eficazes.

Explicando melhor o que se quer dizer aqui, há uma diferença entre segmentos sociais e grupos sociais, embora ela nem sempre seja usada por quem emprega os dois termos. Um segmento social tem uma conotação mais abstrata, e costuma ser definido por alguma(s) característica(s) que pode(m) contribuir para isolar “o segmento” do restante da população. Assim, temos mulheres, adolescentes, idosos, pobres, negros, deficientes etc. É claro que a característica identificadora (sexo, idade, renda, cor, deficiência etc) não é nada abstrata, mas tratar do “segmento” extrai as pessoas com estas características do contexto onde vivem. Isto permite a articulação entre pessoas de grupos diversos e a criação de grupos de pressão e de representação cuja abrangência é muito ampla nos mais diversos níveis de articulação política. Unidos e mais visíveis, os que advogam os interesses destes segmentos procuram promover, uma melhora no tratamento, com repercussões significativas para a sua vivência do cotidiano, para a sua qualidade de vida. E esta qualidade de vida é vivida na sua comunidade, onde proliferam pessoas de diferentes “segmentos” sociais e onde é preciso negociar os rearranjos desejados dentro das relações sociais cotidianas, nem sempre tão favoráveis aos “segmentos”.

Os grupos sociais dos programas que agem territorializados têm referências diferentes ao mesmo tempo mais concretas e mais complexas. São congregações de pessoas, frequentemente de características diversas, que interagem com regularidade na vida cotidiana. Grupos familiares, de parentesco, de vizinhança são exemplos específicos. Em muitos casos, tendem a manter uma identidade de acordo com a sua inserção numa localização geográfica específica que recebe diversas denominações, mas que, de costume, pode ser chamada de “comunidade”. Uma percepção da potencial eficácia de se endereçar a “grupos sociais” estimulou muitos administradores sanitários, profissionais de saúde e representantes de segmentos sociais específicos a apoiar os programas de saúde na família.

O início da década de 90 assistiu a uma proliferação de programas “isolados” (mas, de fato, intercomunicativos) de agentes comunitários de saúde e de outros que se denominavam programas de saúde na família (médico na família, saúde em casa etc). Os administradores municipais destes programas declaravam abertamente a sua adesão aos princípios dos capítulos sanitários da constituição (nascidos da oitava conferência de saúde) e justificavam a sua preocupação social declarando a sua inspiração

em modelos chineses (*barefoot doctors*) e cubanos. Mesmo assim, foram os resultados numéricos de melhoramento de diversos índices de condições nos locais que experimentavam os programas isolados “bem sucedidos”- [“de Ceará, Goiás, Pernambuco, Maranhão, Vale da Ribeira (SP) e Rondonópolis (MT)” segundo o panfleto informativo do próprio Ministério de Saúde - 1994: 02], junto com as sugestões da Pastoral da Criança e de um movimento nacional de agentes comunitários, que deram o maior ímpeto para a instalação mais ampla de um programa que “surgiu como uma estratégia do Ministério de Saúde/Fundação Nacional de Saúde para responder a uma demanda deficitária na atenção primária em saúde, que garantisse, prioritariamente, assistência ao grupo materno infantil.” (Brasil, Ministério de Saúde, 1994). Assim, o apoio do “segmento”, com uma denominação característica da área de saúde (materno-infantil), encontrou uma forma de ser aplicado em “grupos” comunitários específicos, ampliando a eficácia do tratamento. O PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, iniciou em 1991, e o PSF - Programa de Saúde da Família, em 1994. Ambos priorizam atividades no Nordeste, na região das famílias problema.

Inicialmente, os boletins de divulgação do Ministério da Saúde e as normas e diretrizes do PACS e do PSF são explícitos no seu favorecimento da região Nordeste “priorizando as ações de informação e educação em saúde, voltadas para a área materno-infantil” (Brasil, Boletim do PACS, 1994: 02). Selecionando moradores de comunidades acima de 18 anos, alfabetizados, residentes há pelo menos dois anos e com tempo integral disponível, o PACS explicita que a cooperação com a comunidade mobilizada (via associações, igrejas, sindicatos etc) é um objetivo específico anunciado como “a **principal** estratégia de formação de agentes comunitárias” insistindo que as organizações comunitárias devam participar em todas as etapas do programa, receber todas as informações essenciais sobre os programas, e ter o controle social de todos os segmentos da sociedade favorecida. Quem supervisiona até 30 agentes é um enfermeiro profissional do município. A operacionalidade é assegurada via Coordenação Nacional e Coordenações e Conselhos estaduais e municipais.

Já em 1997, a nova cartilha do PACS reafirma a prioridade do programa na procura de “contribuir para a construção de um modelo assistencial cuja

ênfase se encontra nas ações preventivas e de promoção de saúde” (Brasil, 1997: 01), e enfatiza a prioridade para os municípios incluídos no Projeto para Redução da Mortalidade na Infância da Comunidade Solidária”. Esta cartilha demonstra uma maior maturidade “burocrática”, pois é muito mais ampla, didática e informativa de procedimentos e normas formais que a anterior. Insiste muito na necessidade de um bom cadastramento de todas as famílias cobertas (100 a 150 por agente em áreas rurais, e 200 a 250 em áreas urbanas). Detalha as ações mensais e o acompanhamento e orientação das famílias e procura de soluções com o serviço de saúde local e com a comunidade (p. 04).

Para o morador virar agente, há uma diferença sutil quando recomenda “a avaliação da mobilização da comunidade” na sua escolha. A comunidade, mesmo fortemente recomendada e especificadas algumas maneiras de interagir com ela, não é mais citada como principal estratégia, e sim como um dos pontos sobre o qual o candidato é avaliado (literalmente, “por sua experiência e por sua participação em ações comunitárias”) na suas provas de seleção (1997: 06) Exorta-se a sensibilidade às condições específicas de cada comunidade, como tinha feito na cartilha de 1994. A ideia da sensibilidade à comunidade não é perdida, mas o Estado, desconfiado com a perda do controle sobre os ACS, dilui a força das suas recomendações sobre participação da comunidade na nova perspectiva.

Em 1997, outro programa, o PSF, concebido formalmente no ano anterior e inspirado em programas diversos já em aplicação desde 1994 (Brasil, 1994) anuncia a vontade de incorporar o PACS (embora não de imediato), ampliando a cobertura direta à população por equipes [médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes - em torno de 6, (apesar de não designar este número explicitamente nas descrições iniciais, ele é amplamente divulgado e contido no material de divulgação na Internet sobre como constituir as equipes)] - e, eventualmente outros profissionais (“devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo”) (Brasil, 1997: 13). De uma forma contida, mas ainda bastante otimista, Cordeiro (1996) e boletins médicos mostram como as novas demandas de um programa amplo de PSF podem resultar em modificações profundas no próprio processo de formação de profissionais de saúde, favorecendo

generalistas e profissionais com maior sensibilidade para as demandas diversas das pessoas e das suas comunidades.

O PSF é anunciado como uma concepção de continuidade do processo de reforma sanitária cujo “ponto central [é] o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (1997: 07), a família passando “a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive”. Assim, no PSF não há, de fato, um abandono da “comunidade” como um enfoque, mas um ajuste onde se escolhe “a família” (antes não realçada nos programas do PACS) como ponto de partida para chegar à comunidade (ao ambiente que “mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria de condições de vida” (p. 08).

Ao mesmo tempo, o Ministério de Saúde resolve fazer esclarecimentos adicionais que precisam ser entendidos para perceber o que esta nova concepção implica: Primeiro, declara que “não é um programa pobre para áreas pobres” (é um modelo substitutivo e de cobertura universal que “exige alta complexidade tecnológica nos campos de conhecimento e de desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes); e segundo, “não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança”, sendo também “de vigilância e de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral” (p. 08-09).

Esta perspectiva não se desvencilha do contexto da sua criação. Os planejadores e administradores do Sistema de Saúde, fiéis à sua formação disciplinar e a sua inserção na sociedade como detentores de um capital cultural e social privilegiado, aderem a um discurso muito organizado sobre as metas gerais para a área de saúde. Como já se viu, a organização do programa de saúde da família é uma das políticas prioritárias para modificar o modelo de atenção básica a saúde conforme os princípios expostos desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição de 1988. Os muitos autores que descrevem o programa (Vasconcelos, 1999; Silveira, 2003; Viana e Dal Poz, 1998; Santos, 2001; Cordeiro, 1996; Portella e Gouveia, 2001) ressaltam as metas de *universalização, descentralização, integralidade, territorialização, participação da comunidade e priorização da família*. Estas questões se sobrepõem a qualquer esforço articulado de entender gênero, geração e família. Assim forjam-se

na prática, repleta com as suas predisposições e com os seus constrangimentos, as imagens de famílias, alvos do programa.

A parcela pobre da nação é fatiada em territórios frouxamente inscritos na realidade histórica da formação de comunidades em áreas urbanas e rurais, e a cada uma destas áreas adscritas com médias oscilantes (normalmente para cima!) em torno de 1000 a 1200 grupos domésticos (entendidos como “famílias”) se destina a equipe de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (estes últimos, os únicos residentes na própria área adscrita). Já devidamente territorializadas, identificadas através de cadastros feitos por agentes, as populações descobrem que, em nome da saúde, o olhar vigilante do estado as trata diferentemente de acordo com o seu sexo e a sua idade, indicadores do seu pertencimento a segmentos alvos de ações que fazem parte da agenda de cuidados sanitários aprendidos desde a formação acadêmica até o exercício institucionalizado do trabalho profissional. Marcado pela desigualdade, o espaço de gênero, geração e família, como componentes da organização social e de parentesco da população atendida, é um espaço sujeito aos percalços das redefinições proporcionadas pela perspectiva de quem olha.

Nos próximos itens, mais etnográficos que históricos e documentais, tratam-se, sucessivamente, de gênero e de geração para encerrar com algumas observações sobre como a percepção destas questões contribui para noções de famílias construídas pelos serviços de saúde do país. Necessariamente haverá uma certa redundância devido à intrincada relação entre estas esferas, mas as mudanças de enfoque servem bem para realçar a direção múltipla desta construção.

Construindo as famílias pelo gênero

A questão de gênero é inextricavelmente associada a qualquer política pública que se pronuncia como direcionada à família. Quando se trata do PSF, a problematização formal de gênero, pelos idealizadores e administradores do programa, está quase inexistente. Não há nenhuma menção explícita à equidade ou às relações de poder entre homens e mulheres nos seus manuais e normas fundantes. Na observação da prática dos profissionais e outros trabalhadores em saúde inseridos nos programas, porém, aparece evidência do embasamento de ações e ideias em pressuposições sobre relações de gênero, em diversas esferas de poder

associadas à atenção básica de saúde. A mesma coisa acontece em relação ao termo “família”. A “família” como ideia sintetiza noções imprecisas não somente de gênero, mas também de gerações (ver Scott, 2005) e de pertencimento a grupos na base de laços de consanguinidade e afinidade.

Quem aborda **família** como objeto de estudo costuma entender que é um conceito inerentemente polissêmico. Família remete à incorporação de relações de consanguinidade e aliança em torno da normatização de identificação de pares com relações sexuais estabelecidas, que empregam noções hierarquizadas de gênero, de geração e de idade para construir referências de pertencimento social a grupos. Desta forma, quem faz parte de famílias produz, reproduz, distribui, herda e reside de acordo com os diversos princípios citados para a “casa” por Netting, Wilk e Arnould (1984). O uso contextualizado do termo “família” ora se remete a um grupo que reside num domicílio (“Eu moro com a minha família”), ora a toda uma linha ou rede de parentes (“Sou da família Cavalcanti.”), ora a uma noção de solidariedade e pertencimento mais ampla (“Ele já é da família.” ou “é um estabelecimento familiar”). A força dada à questão das relações de poder internas ao grupo familiar oscila de acordo com as preferências de quem aborda a questão.

Já quem aborda **gênero** como objeto de estudo entende que o conceito refere a relações de poder na construção de diferenças e igualdades entre homens e mulheres, diferença essa que remete a dispositivos que conferem significações culturais e sociais aos atributos identificados como masculinos e femininos nas mais diversas esferas de ação. Desta maneira, gênero é, simultaneamente, um conceito menos abrangente incorporado dentro do conceito da família, e um conceito mais abrangente que informa um leque transversal de relações sociais onde família entra como apenas mais um item.

Assim, se família não é gênero, ao mesmo tempo o inclui, e se gênero tem um raio de aplicabilidade que pode ressignificar muitas das esferas de ação da família, convém identificar algumas das instâncias concretas quando este processo ocorre. A própria polissemia do conceito de família desavisa qualquer tentativa de adotar posicionamentos generalizadores sobre as consequências de priorizar a “família” em políticas, mas na esfera concreta de atendimento a saúde, ao pensar os atores envolvidos, é seguro dizer que há um favorecimento do conceito “senso comum” reforçado por

instruções administrativas. Há pontos de conflito e conformação entre noções de família empregadas por equipes de saúde da família, e são sujeitas a reinterpretações que o acréscimo da noção de gênero opera nelas. Desta forma, exagerando propositalmente as consequências de uma abordagem simplificada de família onde o senso comum e a idealização permitem um “passeio” entre significados oscilantes pelos próprios atores, pode-se entender que família é um conceito que esconde a questão de poder e desigualdade, enquanto gênero a aborda explicitamente, tornando-se um eixo fundamental para interpretação.

Há um princípio de união e de inclusão “englobado” (no sentido de Dumont, 1996 e Duarte, 1996) que permeia a noção de família. Desta perspectiva, os atores familiares obedecem a papéis e promovem complementações, o que é muito diferente que a negociação desigual entre homens e mulheres, pautada em ideias difusas sobre os direitos no individualismo moderno que sustentam análises de gênero. No molde de ações familiares, o casamento, o nascimento e a filiação se unem num ato instaurador da família na aliança entre grupos de parentes, pessoas enamoradas e expectativas de reprodução. Já, no molde de gênero questionam-se as implicações destes três atos para o poder entre as mulheres e homens envolvidos neles. Pergunta-se quais as consequências da formação da união e do aparecimento de filhos sobre a divisão de trabalho e as relações de atividade e outras facetas das relações desiguais e recíprocas entre homens e mulheres.

A família é uma instituição cuja história se associa à legitimação e à ilegitimação de relações sexuais, enquanto a perspectiva de gênero acresce que o sexo é fonte de criação de identidades positivas ou negativas dependendo da maneira que é articulada entre homens e mulheres. A referência a uma “moral familiar” sugere uma imagem de união, convergência, reciprocidade e solidariedade² que é desconstruída pela interpretação de gênero quando ressalta que há quem controle a unidade familiar, referência da ideia de “moral”, e que as imagens criadas no seu entorno podem favorecer a perpetuação da desigualdade.

² Justamente por causa disso, a ideia de moral familiar vem associada regularmente a posições políticas conservadoras, incorporadas a palanques de opositores da democratização de relações familiares.

Em resumo, acrescer a noção de gênero à noção de família ancora as referências nas relações de poder entre mulheres e homens sem perder por inteiro a polissemia da ideia de família. É importante explorar esta interface para entender sobre qual família o Programa de Saúde da Família está falando. Como não podia deixar de acontecer na esfera de saúde, a noção de família e de papéis de sexo é sujeita a uma naturalização que sugere uma possível origem biológica das práticas a ela relacionadas. Esta ideia costuma ser combatida pelos autores da abordagem de gênero, que insistem na construção social e cultural de imagens sobre diferenças biológicas.

Também o fato que a instalação de uma equipe de atenção básica a saúde numa comunidade é um ato repleto de conteúdos que se referem ao poder onde o Estado, ao traçar a sua estratégia de alcançar os objetivos de mudança no modelo de atenção a saúde para os cidadãos, faz muito mais que apenas oferecer (dentro das suas limitações) serviços universalizados, descentralizados, participativos e integrais. A sua mera presença incentiva um ato contínuo de disciplinamento e vigilância, no sentido de Foucault (1984) Donzelot (1986) e Freire Costa (1993). A equipe que media a relação, por mais complexa e variada que seja, tem uma composição originada num ideário administrativo de camadas médias de “articular o uso de trabalho de outros” (Scott, 1996), onde o exercício dessa mediação dominante suscita uma resistência a ela (no sentido identificado por Goffmann, 1963 e James Scott, 1990, 1998). Isto informa a tensa relação entre o estado e o cidadão, como também entre camadas, classes ou quaisquer outras formas desiguais de organização social.

Gênero nas famílias atendidas: As mulheres preferenciais

Como a biologia é a ciência da vida e os princípios técnicos do atendimento de saúde estão calcados na biologia desde a própria formação acadêmica, a perpetuação de um enfoque materno-infantil, independente do modelo em que está inserido, já anuncia uma predileção por mães, reprodutoras da espécie. Cada unidade de saúde está repleta de mães: As mães recentes recebendo orientações sobre como cuidar do seu bebê, adotando práticas higiênicas de amamentação e de alimentação corretas; as mães que acompanham os seus filhos mais crescidos e, inclusive, os pais dos seus filhos à unidade; as grávidas fazendo pré-natal; as mães “duas

vezes” que ganham o apelido carinhoso de vovó ou voinha, ressaltando a sua contribuição à formação de uma linha de perpetuação da vida; as “mães comunitárias” (Cantarelli, 2002) que são as agentes comunitárias de saúde que visitam os usuários e usuárias e dão orientações sobre o tratamento de saúde igual a quaisquer outras mães bem informadas; e as próprias enfermeiras e médicas, mães para a comunidade quando a sua sensibilidade permite! Essas mães que não acabam mais se inserem em diferentes níveis e lidam diferentemente com poder e autoridade, mas a busca simbólica pelo papel materno reforça constantemente a preferência por mulheres reprodutoras e cuidadoras. Inclusive, basta uma mulher passar perto do posto para um profissional de saúde a apelidar de “mãe” ou “mainha”, mesmo se não estiver acompanhada por um filho. As agentes de saúde, que são as vizinhas destas mulheres, são mais propensas a usar os nomes próprios delas, mas no seu afimco de mostrar a adesão à carreira sanitária, também boa parte adota o termo de referência materno.

As mães são as cúmplices dos profissionais de saúde, pois através delas é que se pode alcançar as metas do setor de saúde, como por exemplo, a redução da mortalidade infantil, importante indicador de sucesso da equipe. Também as mães são quem adotam o papel de cuidadoras dos seus dependentes e mesmo dos seus parceiros, e assim assumem com “naturalidade” as tarefas e o discurso relacionados à saúde (Scott, 1991). Quando o profissional desconfia que alguém não está captando as suas orientações e, conseqüentemente, não vai segui-las, costuma procurar as mães ou as esposas para ajudar na interpretação, compreensão e obediência destas instruções. Assim, a equipe de saúde privilegia a “mãe de família”, atribuindo a ela uma valorização mais intensa e estabelecendo relações que possam reforçar e dar destaque aos atributos naturalizados do papel a ela conferido na família. Simultaneamente, este destaque tem um preço, pois é cobrado da mãe a disponibilidade de tempo para exercer a atividade de cuidar e de acompanhar, esperando-se que o seu tempo seja mais “disponível” que o do provedor masculino. A sua presença, já esperada, na unidade de saúde, é entendida como uma manifestação “menos urgente” de problemas de que a presença de um homem representa. Espera-se uma maleabilidade maior destas mães, que possam enfrentar frequentes e demoradas esperas para atendimento e ainda dar um jeito para dar conta das suas outras atividades (entre as quais pode figurar, por acaso, o trabalho remunerado!).

A mulher enquanto esposa não encontra tanto espaço na unidade. Mesmo podendo acompanhar o marido ou estimulá-lo para se tratar, ou buscar remédios e resultados de exames para ele, é novamente na esfera de reprodução que ela encontra mais ressonância para as suas necessidades, priorizadas em torno de acesso a anticoncepcionais e, muito secundariamente, evitação de infecções sexualmente transmissíveis. O controle da sua reprodução, desejado por ela como meio de administrar e planejar a sua vida conjugal e familiar calha perfeitamente com o temor generalizado das camadas médias sobre a reprodução, supostamente desenfreada, dos pobres. Este temor que ainda povoa a cabeça destas camadas como atesta uma diversidade de declarações de políticos e jornalistas formadores de opinião e de projetos de leis restritivos à reprodução. Raramente os homens são convidados (e nem se sentem à vontade quando são!) para participar nas reuniões sobre métodos anticoncepcionais, restringindo-se às suas manifestações mais claras de interesse aos jovens, geralmente não casados, na procura de preservativos. Quem regula o tamanho da prole são elas, mesmo que o uso da contracepção seja uma peça constante nas negociações de relações de poder entre homens e mulheres na comunidade. Como ressalta Quadros (2004), há uma nítida transformação de ênfase de responsabilidade para o uso de métodos para maior exclusividade feminina após a união conjugal, o que está em consonância com a atuação das equipes de PSF.

Nos grupos domésticos de baixa renda a prevalência de casas chefiadas por mulheres é alta; as separações e rearranjos sexuais, conjugais e residenciais ocorrem com frequência; e o número de filhos, mesmo em plena queda, continua acima da média geral societária. Assim, os integrantes da equipe de saúde estão constantemente desafiados para reavaliar a sua noção idealizada da família burguesa pequena, organizada, solidária e refúgio da esfera pública (versão essa, por sinal, que nem corresponde bem à realidade das próprias famílias de camadas médias!). Este caminho de reavaliação está pavimentado por observações constantes e acentuadas sobre a desorganização das famílias atendidas, a começar com a imposição de uma ficha cadastral que sugere que a entrada e a saída de residentes de domicílios seja uma prática irregular! Receber parentes, por períodos longos ou curtos, permite que filhos sejam criados pelos outros (a circulação de crianças descrita por Fonseca, 1995), desfazer-se de um marido que não presta e admitir outro, viajar para tentar achar trabalho ou

de outra forma melhorar de vida em outro local, promover entradas e saídas de dependentes que casam, todos são fatores absolutamente corriqueiros na vida familiar integrada a redes de parentesco e de aliança mas não raramente as modificações resultantes nas fichas de cadastro dão um nó na cabeça dos disciplinadores da saúde familiar. O apego ao cadastro feito anteriormente sugere que as famílias dos usuários não deveriam mudar de composição (talvez seja com o intuito restrito para não ampliar a burocracia do seu trabalho!). Quando uma mãe tem filhos de diferentes, sucessivos parceiros sexuais, é motivo para marcar a sua diferença com comentários de quem “compreende” mas mesmo assim “estranha” e questiona tanto a sexualidade das mulheres, quanto as intenções dos homens. A proximidade às pessoas da comunidade reduz a probabilidade que este tipo de observação redunde em atitudes preconceituosas na interação diante destas mães que tiveram vários maridos ou que são profissionais do sexo. Isto não implica que nos “bastidores” (Goffmann, 1963) na equipe não se faça comentários entre amigos e colegas das mesmas camadas que os profissionais sobre “como eles são diferentes!”.

Um dos acontecimentos que mais serve para marcar esta diferença é a gravidez entre adolescentes cujo espaço condenatório no discurso de saúde é bem definido como “gravidez de risco”. Nestas ocasiões, a vontade de “prevenir” é muito maior que a vontade de “compreender”. Alertados sobre o risco à saúde da mãe, e também sobre o percebido e imaginado risco da alta fecundidade das camadas populares, os integrantes da equipe pensam as consequências para os próprios pobres e para a relação deles com outras camadas. Dobram os esforços para adiar o tempo que as meninas entrem na categoria de “mãe” no trabalho da unidade de saúde. Trabalham para perpetuar o status de “filha” e de “namorada” bem informada sobre como prevenir a gravidez, tentando promover reuniões onde o assunto é a passagem de informações sobre anticoncepcionais e não outras práticas de integração saudável dos jovens. Como o trabalho de promoção de saúde que ocorreria entre adolescentes, grávidas ou não, é pouco favorecido por muitas razões (veja Albuquerque, 2003; Albuquerque e Stotz, 2004; que detalham este desfavorecimento). Isto inclui, entre outras razões, a determinação de medida de produtividade do profissional (calculada em número de consultas realizadas). O espaço coletivo para estes jovens termina, efetivamente, sendo bastante reduzido, integrando

quase unicamente as grávidas que vão entrar na rotina de pré-natal. Simbolicamente emblemáticas da “diferença familiar” dos usuários, comentadas extensamente pelos integrantes da equipe de saúde, estas jovens terminam por se integrar à categoria preferencial de “mães” por precisarem ser incluídas nas práticas bem tradicionais de consultas materno-infantis.

Gênero nas famílias atendidas: Os homens temidos

Se quem tem conhecimento sobre a saúde são as mulheres, o que é que os homens têm para fazer nas unidades de saúde? Parece que esta ideia é um embasamento comum da cultura popular e da prática de integrantes da equipe de saúde. Com a sala de espera repleta de mulheres, bebês e crianças, inclusive com algumas mães que dão de mamar, os homens que comparecem à unidade acham os espaços externos menos constrangedores e mais convidativos, preferindo ficar do lado de fora para aguardar a sua vez. Assim, se relativamente poucos se motivam para comparecer, uma vez que se deslocam para a unidade não sentem reforço à ideia de continuar comparecendo, a não ser quando são os ocasionais “pais” que acompanham as suas mulheres e filhas no cuidado de recém-nascidos e filhos pequenos. O homem da comunidade olha a unidade de saúde como um domínio predominantemente feminino e seleciona apenas algumas outras horas, relacionadas a patologias específicas ou à reafirmação da sua autoridade nas relações de gênero, para se aventurar a esse domínio.

A biologização dos papéis sociais é um fator que afasta os homens dos serviços de saúde. Depois do ato social eminentemente biológico da concepção, as atividades masculinas se dissociam do biológico e a definição da sua paternidade é reafirmada na sua demonstração de aceitação ou não da gravidez e da responsabilidade da criação dos filhos. Não sendo tão atreladas ao biológico, são relegadas ao segundo plano na definição de tarefas a serem cumpridas pela equipe de saúde.

A construção da imagem do homem pelos profissionais de saúde é muito diferente da imagem das mulheres. Nem se fixam numa imagem do pai, homem provedor, muito presente entre as próprias camadas populares, como atesta Sarti (1996). A vulnerabilidade das camadas populares se evidencia na precariedade de oportunidades de ganho, corroendo a possibilidade de cumprir com as demandas do papel da

imagem do pai provedor. O desemprego, a frustração, o consumo de álcool e também o envolvimento de alguns com atividades ilícitas se conjugam para situar o homem num plano que o aproxima mais à categoria de “ameaça” de que a de “provedor seguro”, e isto é patente em muitas facetas da sua interação com as equipes de saúde.

A exposição permanente ao perigo da morte (Weiselfeisz *et al*, 2004) informa as decisões dos homens jovens populares sobre o que fazer nas suas práticas cotidianas, e não os aproxima à unidade do PSF que percebe as ações de prevenção e de repressão de violência como responsabilidade prioritária de outros setores (educação, ação social, esportes e segurança pública/defesa). Algumas tentativas observadas de lidar com a questão de tabagismo e substâncias tóxicas apoiadas pelo setor de saúde resultaram em confrontos diretos com interesses com alguns integrantes da comunidade que afastaram de uma forma ameaçadora os jovens que tinham participado da interação com o governo, avisando que era importante que eles não fossem confundidos com perseguidores e deduzidos. Assim o trabalho “intersetorial” de combate à criminalidade e diminuição do índice de mortalidade juvenil dificilmente recebe adesões calorosas dos trabalhadores de saúde. Fica criado um espaço de cegueira conveniente do PSF em torno do ambiente “insalubre” da pobreza, urbana ou rural.

Alguns homens integrantes das comunidades já encontraram o seu nicho de “provedor” realizando atividades ilícitas com o pleno conhecimento das suas vizinhanças. Nesta hora vigora, em respeito à integridade física de quem tem conhecimento, a muito conhecida “lei do silêncio” que, num ato de cumplicidade forçada, amordaça tanto vizinhos quanto integrantes das equipes de PSF. Muitas vezes a equipe toda (marcadores de consultas, agentes, auxiliares, enfermeiro, médico e odontólogo) se mobiliza para modificar a ordem de atendimento para responder às necessidades de um praticante criminoso conhecido para quem “não é conveniente aguardar na fila” para não “ficar exposto” por muito tempo.

A tensão em casa entre homens e mulheres e entre pais e filhos (Guerra, 1993; Schraiber *et al*, 2002; D’Oliveira e Schraiber, 1999) promove estouros de descontrole onde os homens procuram provocar a obediência dos seus “dependentes” pela força. Os incidentes de violência doméstica

têm dois endereços fixos: As delegacias (comuns e especializadas) e o silêncio sofredor. Muito mais de que um respeito à privacidade alheia, o ditado repetido de que “em briga de marido e mulher não se mete colher” conota uma tática de autoproteção na qual quem age de acordo com os preceitos da frase tem menos probabilidade de ser a próxima vítima do agressor. Se emprego e renda são difíceis, é ainda mais difícil contar com o apoio eficiente de uma rede de proteção a vítimas e denunciante, montada pelo governo e seus serviços de apoio psicológico e de segurança em colaboração com organizações não governamentais e filantrópicas. Como as equipes de saúde têm um conhecimento privilegiado da comunidade por estarem atendendo no local diariamente, tornam-se “quase” moradoras. Como os integrantes são simultaneamente “da comunidade” e “do governo” a primeira suspeita sobre quem denunciou um ato de violência cai sobre eles. Quem sofreu agressão muitas vezes passa pelas unidades de saúde então, além dos vizinhos (especialmente as vizinhas!) mais próximos, são os integrantes da equipe que primeiro tomam conhecimento das consequências da ação. Cria uma ambiguidade entre a obrigação profissional da denúncia e a garantia da manutenção de um espaço de atuação dentro da comunidade através da adoção das suas próprias leis de convivência. Desta forma, homens agressores têm mais um apoio para se perpetuarem neste meio.

Viver na pobreza dilapida as condições físicas dos pobres, diminuindo as suas expectativas de vida comparada com as expectativas de outras camadas. Quando se trata dos homens este enfraquecimento progressivo abre perspectivas para uma aproximação com as unidades de saúde. A biologização do seu sofrimento, manifestada em diabetes, hipertensão e outras patologias adquiridas ao longo da vida, torna estes homens alvos de organização de grupos de homens e mulheres co-sofredores de patologias “de idade”. Estes são os homens que são bem-vindos à unidade, que são convidados a comparecer. Fragilizados pela vida, e, quando aposentados, detentores de uma fonte segura de renda como “provedor”, eles são apenas uma sombra dos homens agressivos e ameaçadores que povoam a imagem construída na relação da equipe de saúde com a comunidade. Estes, sim, ganham o apelido de “vovô” que simbolicamente os re-insere numa rede de família e parentesco, outorgando a eles uma posição de respeito ganho por esta posição de “autoridade” na família. Talvez isto explique parcialmente a revolta expressa continuamente pelas equipes de

saúde sobre a “negligência” e o “abandono” dos idosos, pois justamente na hora que os homens conquistam uma imagem associada à família solidária idealizada, a questão da “preocupante” organização da família na pobreza opera, produzindo um questionamento dos integrantes da equipe sobre se estes senhores de idade possam assumir a condição de referência para a reprodução de uma linha de descendentes que possam ser vistos com “a sua família”. Quando se trata de senhores de camadas médias detentoras de patrimônios utilizáveis para investir na construção do capital social dos descendentes, isto é evidente. Mas quando o patrimônio é pequeno e depende de transferências do governo toma outro sentido.

Talvez o melhor segredo guardado sobre a participação dos homens nas unidades de saúde é que, mesmo diante das enormes barreiras à sua participação, a observação direta comprova que costumam representar em torno de 20% das pessoas presentes na rotina cotidiana. Estes homens que confirmam a busca masculina de saúde e sugerem um possível envolvimento numa construção mais igualitária de atividades em família, raramente são referenciados pelas equipes de saúde. Quando não são vítimas da violência cotidiana (costumeiramente atendidas em hospitais de maior complexidade) estes são os homens que mais se aproximam a uma noção idealizada de família solidária. Mesmo assim, o peso da diferença que a pobreza faz, e a diferença que o ser homem representa na conferência de confiabilidade retira deles uma visibilidade merecida para compreender como lidam com a saúde de si mesmos e das suas famílias.

Construindo as famílias pelas gerações

Ao falar sobre gênero, as diferenças de gerações tiveram que ser destacadas. Tanto quanto no caso de gênero, é justamente na realidade familiar que as gerações são fabricadas. Mas a separação conceitual ajuda a esclarecer alguns dos mecanismos pelos quais os programas de saúde constroem noções de família.

As populações organizam e pensam as suas relações de parentesco via a identificação de gerações cujas referências são os laços, reais ou fictícios, de consanguinidade. A interligação pai/mãe □ filho/filha, estendida para avô/avó □ neto/neta, informa qualidades de relações que abarcam complexos de hierarquia e autoridade onde gênero e idade são a matéria-prima (Barros, 1987; Sarti, 1996). A aproximação social de pessoas de

diferentes gerações da mesma família (na sua acepção ampliada) é, simbolicamente, mais premente que a aproximação de pessoas não aparentadas que são da mesma idade (e.g. Goode, 1970; Segalen, 1993; Sahlins, 1972). Assim, a ocupação da comunidade é feita por famílias onde grande parte pode traçar relações entre si por serem “parentes” que elegeram proximidade residencial como uma estratégia de reforçar a união “natural” que ocorre por causa de consanguinidade e afinidade. Inclusive em estudos de etimologia sociológica o próprio nome de comunidade deriva de uma ideia de comunicação total onde o encontro entre o estrutural e o fluido e processual fornece um ambiente que liberta e potencializa sociabilidades, abreviadamente designada de *comunitas* (Turner, 1974, 1982; Rappaport e Overing, 2000).

As gerações comunitárias se formam nesta complexa mistura de autoridade, hierarquia, distância e proximidade, onde a procura de outras pessoas e grupos amplia o círculo mais restrito em torno do parentesco. Nunca é demais lembrar a prática popular de invocar o sangue para insistir na força da permanência do compromisso com os outros (Abreu Filho, 1980; Woortmann, 1988). A união inter- e intra-geracional permeada pelas regras de parentesco é diferente da união de uma geração que se remete a pertencer ao mesmo grupo de idade, independente do parentesco.

As gerações preferidas: A infância e as mães

Anunciar a predileção pela saúde materno-infantil em unidades de atendimento básico de saúde chega a ser um dos lugares comuns mais difundidos entre os observadores deste setor. No Programa Saúde da Família não poderia ser diferente. Desde a própria criação do programa, nascido no bojo progressista da reforma sanitária, elegeu-se um indicador para representar o grande objetivo de melhorar a saúde da população: A mortalidade infantil. Privilegiar as ações de modo a contribuir para a redução de óbitos neonatais e na primeira infância se tornou imprescindível como medida de sucesso profissional da equipe. O que ocasiona a maior interrupção da rotina do atendimento da equipe é a notícia de um agravamento na saúde de algum bebê na comunidade, pois quando morre um na área adscrita, além do próprio sofrimento que acompanha a morte de qualquer pessoa, é fonte de nervosismo intensificado sobre a permanência dos membros da equipe no emprego

devido à possibilidade de uma avaliação negativa do seu empenho em evitar o “óbito”. Quando o programa divulga o sucesso da sua atuação, a primeira referência é a divulgação da diminuição generalizada na taxa de mortalidade infantil³.

O estímulo e a normatização de ações que contribuem para alcançar esta meta promovem a unificação de gerações, acrescentando as mães como as responsáveis pelos bebês nas famílias, nas áreas. A saúde desta geração de reprodutoras passa, necessariamente, pelo fato de as suas ações influenciarem diretamente a saúde dos bebês. Assim, além das muitas mães descritas no item sobre gênero, há uma inchação proporcional de atividades promovidas pela equipe de saúde que trata diretamente as mães como reprodutoras, ressaltando a união materno-infantil mais que qualquer outra noção da integralidade da saúde da mulher. Isto inclui sessões de orientação de práticas e distribuição de anticoncepcionais e preservativos, insistência da adesão a um rigoroso programa de pré-natal muitas vezes com premiações (cestas básicas, enxovais, certificados etc) para as mães mais fielmente participativas, estímulo à realização de partos em ambientes hospitalares com a presença de especialistas capazes de averiguar sinais de fraqueza ou ameaça à saúde dos bebês, incentivo à prática de amamentação e acompanhamento do crescimento e estado nutricional do recém-nascido intensivamente até seis meses, continuando mais espaçadamente até dois anos.

Como já se frisou, a mãe é objeto de atenção justamente por ser mãe, muito mais do que por ser uma mulher adulta com uma multiplicidade de papéis sociais na sua comunidade e além. São muitos os membros da equipe que mostram esta despersonalização ao optarem por tratar estas mulheres como “mãe” ou até com um carinhoso “mãezinha”, em vez de que pelos nomes dados a elas na sua família e na comunidade. No cadastro, nos prontuários e na “ficha A”, registrando as consultas de cada comunidade, sempre há uma facilidade de identificar o número de grávidas e mães com bebês que estão ainda na idade de amamentar. As agentes de saúde orgulhosamente exibem os cartões de criança cuidadosamente preenchidos em obediência ao olhar vigilante dos profissionais da equipe que orientam e fiscalizam o seu trabalho. Ensinar o dia da consulta e da

³ Ver: <<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/psfinfo2.pdf>>.

vacina, a melhor posição para amamentar, a restrição aos complementos alimentares e outras práticas de garantia à saúde dos seus filhos preenchem boa parte de todos os dias de trabalho.

Essa mesma díade mãe-filho não deixa de ser alvo de tratamento especial na própria comunidade. Mesmo diante da queda na fecundidade, o bebêcentrismo da sociedade brasileira chama atenção ao observador proveniente de países com taxas inclusive abaixo do necessário para a reposição populacional. Mas na comunidade quem tem um bebê costuma continuar sendo chamada (pelos parentes, amigos e vizinhos) pelo mesmo nome próprio usado para referir a ela como esposa, nora, irmã, cunhada, vizinha etc, respeitando alguns nuances de acordo com a proximidade social proveniente da interação cotidiana⁴. A mulher como trabalhadora se envolve em muitas atividades além das que a identifica como mãe, pois a sua inserção na comunidade é muito mais multifacetada que aquela que é vista com prioridade intensa pelas equipes de saúde.

A sensibilidade à simbologia da reprodução biológica marca a prática da política pública que informa o Programa de Saúde da Família, tanto pelo conhecimento biológico fundamentar a lógica sanitária, quanto pelo índice de mortalidade infantil ser um dos indicadores mais transparentes e mais utilizados para situar o país nas escalas comparativas de desenvolvimento nacional. Alcançar cada comunidade que apresenta condições lastimáveis de pobreza com uma equipe aberta a colaborar na melhora generalizada da saúde desta comunidade, sem dúvida, é uma aplicação dos princípios da reforma sanitária de parte do Estado (Minayo, 2001). Para agir, o estado elege prioridades que ordenam o mundo de uma maneira que simplifica a

⁴ Uma nota curiosa que ilustra estas questões anterior à existência do Programa de Saúde da Família pode ser vista numa etnografia famosa, Death Without Weeping (1992), escrita por uma voluntária de paz tornada antropóloga, que chegou na conturbada Zona da Mata pouco depois do golpe militar de 1964 para trabalhar com o cuidado de bebês. Nas ênfases constantes no estilo narrativo da autora, ela legitima a sua inclusão como participante na comunidade sempre designando as mulheres pelos seus nomes “comunitários”, mas o seu olhar do setor de saúde “em treinamento” (pois, não era profissional nesta atividade) realça o papel materno esperado das mães, denunciando uma negligência materna, informada pelo meio social violento. Certamente a definição das suas atividades na promoção de saúde direcionaram a atenção por um trato etnográfico disciplinador das relações mãe-bebê. (Scheper-Hughes, 1992; Scott, 2004).

identificação das suas áreas de atuação, assim orientando os seus serviços prioritariamente sobre alguns setores, e no caso da área de saúde, ele disciplina e ordena o campo da reprodução biológica, dando preferência às gerações, unificadas, de mães e de bebês, contribuindo para a efetivação de um processo de super inclusão para os dois.

As gerações liminares: Adolescentes e idosos

Nas outras duas gerações que recebem atenção do PSF, adolescentes e idosos, mesmo com menor intensidade, o entrelaçamento com a reprodução biológica toma aspectos muito diferentes, dando espaço para questões adicionais.

Os adolescentes: Experimentando com relacionamentos e namoros, os adolescentes estão num processo dos primeiros exercícios mais explícitos de reprodução, um assunto sobre o qual os adultos costumam tentar mantê-los bastante afastados enquanto crianças. A própria passagem difícil da identidade de criança para a de adulto passa por um carimbo autorizador das gerações superiores que atuam com disciplinadoras que legitimam e deslegitimam esses relacionamentos. Na comunidade os pais (mães e pais) e os parentes próximos se juntam ao que Scott e Franch (2004), inspirados em Foucault, designam do olhar “panótico” dos vizinhos no controle sobre estas atividades.

A intensidade deste controle varia com a estreiteza das redes de relações na comunidade, mas quando tiver uma unidade de saúde nela, a equipe costuma se tornar uma aliada dos pais nesta tarefa, ora informando às adolescentes o que os pais se acanham em informar sobre a reprodução biológica e a contracepção (mais que sobre a sexualidade em si), ora, com muito menor frequência, oferecendo oportunidades de desenvolver outras atividades promotoras da sua saúde. O crescimento e desenvolvimento da saúde dos jovens, independente das questões de reprodução, não tem nenhum papel de destaque na atuação das equipes de saúde nas comunidades, sendo deixado à iniciativa independente de equipes com integrantes particularmente interessados.

Se, em algumas ocasiões, fazer parte da família leva as adolescentes femininas a ajudar as suas mães na tarefa de cuidar da saúde dos outros (especialmente dos bebês), o mesmo imperativo não age no caso dos

adolescentes masculinos, como foi bem ilustrado por Uchôa (1996). Em grande parte, os adolescentes julgam que não há nenhuma necessidade de passar o seu corpo saudável ao escrutínio de qualquer profissional ou técnico de saúde. Só se ocorrer algum acidente que requer um curativo, emblema de terem se exposto a algum perigo nas suas atividades físicas, ou como observa Costa (2003), demonstra “força, assertividade, invulnerabilidade, e nunca fraqueza!”. Os jovens são, então, muito marginais à ênfase das equipes na reprodução biológica. Mesmo que o crescimento da mortalidade juvenil masculina resulte em preocupações de diversos setores da sociedade nacional e internacional (Weisselfeiz *et al*, 2004), as repercussões disto na atuação das equipes de PSF são relativamente imperceptíveis.

É justamente quando as ações das adolescentes as inserem na reprodução biológica que as unidades escancaram as suas portas para recebê-las: A gravidez na adolescência é uma grande preocupação para as equipes. É um assunto dos mais presentes na relação de monografias realizadas por alunos nas especializações em saúde da família. Nas unidades, deixa-se pouco espaço para os pais, sejam rapazes ou homens, arredios aos cuidados em saúde, enquanto verte-se atenção para o acompanhamento das jovens mães, expostas a riscos pela falta de maturidade do seu corpo e que, conseqüentemente, constituem mais um risco para o índice de mortalidade. Também a gravidez da adolescente coloca em questão modelos de idades ideais para exercício de sexualidade e formação de família valorizados pelas camadas médias de onde provêm os profissionais e técnicos da equipe, e não raramente compartilhados pelas próprias meninas que, mesmo sendo sexualmente ativas, preferem manter um segredo aparente, não procurando orientações ou anticoncepcionais nas reuniões e consultas nas unidades.

Há mais um elemento de relações de poder e a concentração dos impactos de violência na faixa dos jovens de camadas populares que opera na relativa ausência dos adolescentes masculinos da atenção da unidade. A presença de equipes de saúde integradas nestas comunidades promove uma aproximação inusitada entre camadas médias e camadas populares, com conhecimento, familiaridade e convivência permitindo uma abertura do cotidiano destas, inclusive em torno de assuntos que exigem silêncio de parte dos moradores. Há uma aliança de respeito mútuo absolutamente

necessária para que a equipe do governo (por sinal, uma equipe invariavelmente mais feminina que masculina) seja aceita, e isto contribui para afastar do escrutínio profissional o disciplinamento da área de saúde assuntos como criminalidade, tráfico de drogas, violência doméstica e outras questões que, investigadas e tratadas como assuntos de saúde reportados nos seus devidos formulários encaminhados às instituições cabíveis, quebrariam o pacto de convivência.

E é justamente a faixa dos adolescentes masculinos (e também a de outros homens adultos) que seriam os mais vulneráveis caso se intensificasse a disciplina sob este setor. A tática adotada pela equipe e pelos rapazes é das relações de evitação e de brincadeira (Radcliffe-Brown, 1950). Mascaram-se as tensões na aliança que apenas ocasionalmente são explicitadas, como quando aparece um homem na unidade e insiste em ter algum privilégio especial em um tratamento específico, sob as ameaças, sejam elas implícitas ou explícitas, de violência.

Desta perspectiva o PSF pode ser visto como o confronto entre duas hierarquias - a hierarquia de classe (onde a equipe prevalece) - e a hierarquia de gênero (onde os homens prevalecem). Assim, uma hierarquia preserva a outra: A equipe opera na comunidade com uma certa proteção dos homens da localidade, e os homens operam na comunidade com uma certa proteção da equipe. E a convivência entre camadas é perpetuada, sem violar os códigos da comunidade, nem constituir uma ameaça às integrantes das camadas médias que passam o seu dia *in loco*.

Os idosos: O envelhecimento populacional e a história da adoção de padrões de fecundidade muito mais baixos contribuíram para que jovens e idosos virassem setores de alta visibilidade no país, como argumentei em outros locais (Scott, 2001, 2002). Assim, nas comunidades atendidas pelo PSF os idosos também aumentam a sua presença. Estão fora da faixa reprodutiva (pelo menos as mulheres, pois os homens são muito lentos para admitir isto!). Não sendo reprodutores (salvo as vovós, simbolicamente “duas vezes mães”, que dão uma mão às suas filhas ou noras), a sua inserção no rol de atividades da unidade de saúde ocorre por outras razões, também muito legítimas para o emprego do conhecimento médico-sanitário biologizante. A crescente necessidade de atendimento às doenças corporais devidas à própria idade coloca este segmento da população em evidência, e uma das grandes lutas é manter a adesão deles

para que o tratamento não se prejudique. Quando presentes na unidade, há uma tendência de agrupá-los de acordo com as suas patologias - especialmente hipertensão e diabetes, atendidos em grupo. Além de participar em palestras e outras atividades desenhadas para orientá-los para o uso adequado dos medicamentos e dos comportamentos condizentes aos portadores das suas patologias, recebem os seus medicamentos. Do mesmo jeito que ocorre com os adolescentes, são poucas as unidades que tomam as iniciativas particulares necessárias visando maior integração com outras atividades cotidianas individuais e coletivas na comunidade desta população.

Efetivamente, os mais adoentados fazem parte dos “acamados” incluídos nas visitas domiciliares. Sendo impossível ignorar a necessidade de tratar os problemas dos idosos, muitos integrantes das equipas elaboram um discurso dirigido para a cobrança do maior envolvimento familiar em auxiliar no tratamento deles, bem como em denúncias de precárias condições, de abandono e de solidão. Desta forma o serviço de saúde repete o que vem sendo observado em diversos locais: Uma compreensão da velhice como *problema* no discurso de profissionais e de outras pessoas não idosas que lidam com ela, e, o que comumente se verifica em pesquisa direta, um discurso muito mais positivo proveniente dos próprios idosos.

A proximidade da unidade facilita a questão de transporte e acesso ao tratamento, embora nas comunidades que se localizam próximas a, ou mesmo dentro, das instalações dos antigos postos de maior complexidade há queixas de não haver especialistas em doenças geriátricas, como havia antes. A sua distância do cotidiano da reprodução, apenas parcialmente compensada pelo fato da grande maioria ser mulher, exige outra referência para pensá-los. Nesta hora entra uma combinação do modelo ideal da família acolhedora, corrente entre todas as camadas, mas questionado mais intensivamente quando as camadas médias olham para as classes populares. Ideias de desordem, de exploração e de abandono povoam as descrições que terminam por sublinhar todo o impacto que estar trabalhando numa comunidade pobre com altos índices de desemprego, ingestão de álcool, utilização de drogas, violência e atividades ilícitas incitam. É um discurso que denuncia a exclusão, tanto quando está recheado do temor da distância que separa as camadas e os *insiders*

(*estabelecidos*) e *outsiders* da comunidade (Elias e Scotson, 2000), quanto quando está recheado com a intencionalidade de colaborar no combate solidário aos problemas.

A complexa trama de autoridade e hierarquia que marcam o estabelecimento da ordem moral das famílias pobres com referências fortemente fincadas no valor do trabalho e da reciprocidade entre mais próximos (Sarti, 1996; Scott, 1996; Woortmann, 1984) se apresenta para as equipes de saúde através de uma lente cujo filtro obscurece estes aspectos solidários em favor de uma reafirmação de distância e de exclusão. Assim, questionar a relação entre o idoso e a sua família em certas ocasiões pode se tornar uma maneira de normatizar os comportamentos idealizados, sem haver uma leitura mais aprofundada desta trama mais complexa que já busca uma ordem moral própria do grupo.

É possível dar exemplos extraídos de comentários corriqueiros de observadores destes idosos, questionando as interpretações preferidas por alguns componentes das equipes de saúde. Morar sozinho ou sozinha pode não ser abandono. Acompanhar o idoso para o banco para retirar a aposentadoria ou o benefício pode não ser uma maneira de se apropriar da sua renda. Apresentar indícios de subnutrição pode se relacionar mais às condições gerais da família do que de qualquer distribuição interna desigual de alimentos. Repartir os cômodos da casa deixando espaços mais diminutos para os idosos pode ser um reconhecimento da valorização da sucessão dos seus próprios filhos no patrimônio familiar.

Resumindo, o tratamento do idoso não é homogêneo em todas as unidades do PSF, mas é um grupo inevitável por causa da importância das crescentes fraquezas biológicas do corpo. O desafio do tratamento pode apresentar à equipe de saúde algumas filhas muito dedicadas ao cuidado que são, por sua parte, reprodutoras, pois são mães dos netos dos seus idosos! Mas o que predomina é um discurso que remete ao abandono e exploração do idoso. A veracidade desta ocorrência, merecedora de muita atenção crítica de pesquisadores com a consciência afiada sobre direitos humanos, não está em questão aqui. O que sobressai é uma relativa ausência de referências sobre a integração complexa entre idosos e seus familiares com base nas noções populares sobre a ordem moral das famílias, assim favorecendo um discurso onde a compreensão do idoso remete à noção da pobreza e de exclusão reinante nas comunidades

atendidas por equipes de PSF, assim apontando a tensão subjacente da relação entre camadas sociais desiguais. As famílias dos idosos, dessa maneira, como *insiders* comunitários na mira dos *outsiders* designados de cuidar da sua saúde, enfrentam o desafio de convencer a equipe de saúde de que as suas ações, não são de uma população perigosa de adultos e de jovens que esquecem e maltratam os seus genitores.

As famílias e as imagens construídas nos serviços de saúde

Com algumas exceções normatizantes notáveis, a recusa quase sistemática de profissionais de saúde de dar realce ao parentesco se remete à criação de uma distância enxergada como necessária para o desempenho adequado da própria profissão de cuidar da saúde dos outros. A denominação “programa saúde da família” simboliza uma combinação de ação proposital e dirigida em favor de saúde, junto com adesão a valores que enfrentam o desafio de reduzir a distância social entre pessoas de camadas sociais distintas. Em alguns locais o programa nacional que adota esta designação é reinterpretado como “saúde em casa”, refletindo com mais fidelidade o que ocorre com o processo de cadastramento que, simplificando para facilitar a administração, equaciona uma casa a uma família. Inclusive pesquisa no Recife verificou que nas próprias fichas padronizadas disponibilizadas pelo SIAB, não há nem local formal para o grau de parentesco entre os habitantes da cada casa.

É a convivência dos profissionais com estas populações, e não as ferramentas e orientações provenientes das normas do seu trabalho, que favorece a percepção da solidariedade dentro e entre famílias aparentadas que habitam nas comunidades. Mesmo que os profissionais reconheçam a importância do pertencimento familiar dos comunitários que procuram a unidade, quando realizam os atendimentos aflora a percepção médico-sanitária da inserção das pessoas de acordo com a sua idade e sexo, entendidos como segmentos da população que merecem todos os cuidados especializados aprendidos para pessoas da faixa em questão.

Na própria formação médica há uma medicina familiar sobre a qual já se produziu tomos grossos (ver Rakel, 2002a). Inclusive, Vasconcelos (1999) relaciona historicamente esta literatura com o Programa de Saúde da

Família. Se tomarmos o conteúdo dos artigos contidos no Tratado de Medicina à Família é possível reconhecer que a identificação de patologias biológicas associadas a pessoas de idades diferentes é o que mais se destaca. Ou seja, mesmo havendo uma demonstração de alguma importância dada a sujeitos inseridos nas suas redes familiares com trabalhos específicos sobre isto, a concepção medicalizada da família promove a prática de entrecortar as lógicas familiares com uma lógica que enxerga o crescimento e deterioro dos corpos biológicos individuais no curso da vida individual. Inclusive num trabalho sobre genealogia familiar do mesmo autor (Rakel, 2002b) é fascinante ver como um instrumento que apresenta enormes complexidades para observadores antropólogos pode se aparelhar para a identificação de trajetórias de doenças!

No manual-coletânea como um todo, há um realce a alguns papéis familiares (sobretudo, o maternal), porém a ideia de geração que se limita à idade é predominante. No percurso da formação médica existem muitas oportunidades para cursar disciplinas dirigidas à saúde infantil, do adolescente, do adulto e do idoso, ou da mulher (não do homem!). É muito mais difícil encontrar disciplinas que privilegiam a integração das pessoas nos seus grupos familiares e comunitários. Assim, quando o médico, enfermeiro, odontólogo ou auxiliar de enfermagem passa a exercer a sua profissão é muito mais aparelhado a ver patologias em faixas etárias diferentes e em mulheres do que ver relação entre gerações e gênero hierarquicamente dispostas em redes de parentesco e de relacionamento comunitário.

Diferentes esferas de poder se encontram. O Estado, ator num processo de democratização e universalização com programas concretos que alcançam as comunidades nos seus próprios territórios, exerce controles sobre os cidadãos através de equipes que mediam a chegada do seu poder às comunidades. As imagens realçadas retratam relações de gênero e geração que se articulam na perpetuação de uma desigualdade que ressalta agressividade e ameaças masculinas, zelo e cuidados femininos e papéis reprodutivos, sempre dando preferência a gerações desprotegidas biologicamente. Neste encontro, que oferece brechas ocasionais importantes para a superação de algumas desigualdades pontuais e que oferece um campo para a aplicação de um conhecimento disciplinar arraigado, o que sobressai no âmbito social é o reforço à continuidade de

confrontos de poder, e a referência a um modelo idealizado de família. Como já alertou Bourdieu (1983), ao falar da família também se fala das relações entre o Estado e o cidadão e entre as camadas médias e as camadas populares. Estas relações não deixam de ser uma das forças motrizes para a perpetuação de desigualdades que se manifestam ao nível de gênero e de geração na família.

Referências bibliográficas

- ABREU FILHO, Ovídeo. *Sangue, raça e luta: Identidade e parentesco em uma cidade do interior*. 1980. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)-Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.
- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. *A educação popular em saúde no município do Recife: Em busca da integralidade*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.
- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular em saúde no município: Em busca da integralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, n. 15, p. 239-245, 2004.
- BARROS, Myriam Lins. *Autoridade e afeto: Avós, filhos e netos na família brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- BOURDIEU, Pierre. A propos la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la Recherche en Science Sociales*, Paris, n. 100, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. *Normas e diretrizes: Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: MS, 1994a.
- _____. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: MS, 1994b.
- _____. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS, 1997.
- CANTARELLI, Jonnhy. Mães comunitárias: O papel de agentes de saúde no Ibura- Recife. In: Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco, VII, 2002, Recife. *Anais...* Recife: UFPE, 2002.
- CORDEIRO, Hésio. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos Saúde da Família*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 13-18, jan./jun. 1996.
- CORRÊA, Sônia. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

- COSTA, Rosely Gomes. Saúde e Masculinidade: Reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista de Brasileira de Estudos Populacionais*, v. 20, n. 1, p. 79-82, jan./jun. 2003.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (Org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; CNPq, 1996.
- DUMONT, Louis. *Homo hierarchicus - le système des castes et ses implications*. Paris: Gallimard, 1996.
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John J. *Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- FONSECA, Claudia. *Os caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FREIRE COSTA, Jurandir. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice Hall, 1963.
- GOODE, William J. *The family*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1964.
- _____. *World revolution and family patterns*. New York; London: Free Press, 1970.
- GUERRA, Alba Gomes. *Perda e miséria: O dia-a-dia de favelados*. Recife: Ed. Inojosa, 1993.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. (Série Estudos e Pesquisas, n. 9)
- MEDICINA. *Conselho Federal*. jun. 1998.
- MINAYO, Maria Cecília Souza de. *Tendências na qualidade de vida*. In: Seminário de Tropicologia, Recife: Fundação Gilberto Freyre, nov. 2001. (Texto da palestra)
- MOTTA, Roberto; SCOTT, Parry. *Sobrevivência e fontes de renda: Estratégias de famílias de baixa renda no Recife*. Recife: Massangana, 1983.

- NETTING, Robert; WILK, Richard; ARNOULD, Eric. *Households: Comparative and historical studies of the domestic group*. Berkeley: Univ. of California Press, 1984.
- PIERUCCI, Antonio Flavio. *As ciladas da diferença*. São Paulo: Editora 34, 1999.
- PORTELLA, Ana Paula; GOUVEIA, Taciana. Políticas sociais de saúde: Uma questão de gênero? O caso das agentes de saúde do município de Camaragibe, PE. *Cadernos SOS*, v. 3, Recife: SOS Corpo, 2001.
- QUADROS, Marion Teodósio. Homens e a contracepção: Práticas, idéias e valores masculinos na periferia do Recife. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. Introduction. In: RADCLIFFE-BROWN, A. R.; FORDE, Daryll (Org.). *African systems of kinship and marriage*. London: Oxford Univ. Press, 1950.
- RAKEL, Robert E. *Tratado de Medicina à família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a.
- _____. *O heredograma familiar: Estrutura do heredograma. Tratado de Medicina à família*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002b.
- RAPPAPORT, Nigel; OVERING, Joana. *Social and cultural anthropology: The key concepts*. London; New York: Routledge, 2000.
- SAHLINS, Marshall. *Stone age economics*. Chicago: Aldine, 1972.
- SANTOS, Naíde Teodósio Valois. *Programa Saúde da Família como cenário para implantação de ações de promoção da saúde: Processo em construção no Município de Cabo de Santo Agostinho-PE*. 2001. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva)-Centro de Pesquisa Ageu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, Recife, 2001.
- SARTI, Cynthia Andersen. *A família como espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados, 1996.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy. *Death without weeping: The violence of everyday life*. Berkeley: Univ. of California, 1992.
- SCHRAIBER, Lília B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P.; FRANÇA JR, Ivan; DINIZ, C. S. G.; PORTELLA, Ana Paula; LUDERMIR, Ana Bernarda. Homens, relações familiares e violência de gênero na cidade de São Paulo (SP) e zona da mata de Pernambuco (PE). In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, V, 2002, Curitiba. *Anais...* São Paulo: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 2002. p. 33. (Suplemento Especial)

- SCOTT, James C. *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. New Haven: Yale Univ., 1990.
- _____. *Seeing like a state: How certain schemes to improve the human condition have failed*. New Haven: Yale Univ., 1998.
- SCOTT, R. Parry. Gênero, família e saúde. In: Encontro de Ciências Sociais do Norte Nordeste, IV, 1991, Recife. *Anais...* Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Massangana, 1991.
- _____. A etnografia da família de camadas médias e de pobres urbanos: Trabalho, poder e a inversão do público e do privado. *Revista Pernambucana de Antropologia*, Recife, ano 1, n. 2, 1997.
- _____. Quase adulta, quase velha: Porque antecipar as fases do ciclo vital. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 61-72, 2001.
- _____. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: Idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.
- SCOTT, Parry (Org.). *Saúde e pobreza no Recife: Poder, gênero e representação de doenças no bairro do Iburá*. Recife: NUSP - Editora Universitária, 1996.
- SCOTT, R. Parry; FRANCH, Mônica. Jovens, moradia e reprodução social: Processos domésticos e espaciais na aquisição de habilidades e conhecimentos. *Estudos de Sociologia*, Recife, v. 7, n. 1, p. 95-126, 2004.
- SEGALIN, Martine. *Sociologie de la famille*. Paris: Armand Collin, 1993.
- SILVEIRA, Maria Lúcia de. *Antropologia e Saúde da Família: Acordos e desacordos na construção de uma interface de trabalho*. In: Reunião de Antropologia do Mercosul, V, 2003, Florianópolis. (Trabalho apresentado no Simpósio Especial convergências e divergências entre a Antropologia e a Saúde Pública no cenário contemporâneo)
- TURNER, Victor. *Drama, fields, metaphors*. Ithaca: Cornell, 1974.
- _____. *The ritual process*. Ithaca: Cornell, 1982.
- UCHOA, Roberta Salazar. Gerações e saúde: Um estudo de caso dos jovens. In: SCOTT, Parry (Org.). *Saúde e pobreza no Recife: Poder, gênero e representação de doenças no bairro do Iburá*. Recife: NUSP - Editora Universitária, 1996. p. 119-128.
- VASCONCELOS, Eymard M. A priorização da família nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 06-19, set./dez. 1999.

- VIANA, Ana Luiza D'Avila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.
- WEISELFEIZ, Júlio Jacobo; XAVIER, Roseana; MACIEL, Maria; BARBOSA, Patricia Dantas. *Relatório de desenvolvimento juvenil, 2003*. Brasília: UNESCO, 2004.
- WOORTMANN, Klaas. A família trabalhadora. *Ciências Sociais Hoje 1984*, São Paulo: ANPOCS/Cortez, p. 69-87, 1984.
- _____. Com parente não se neguceia. *Anuário Antropológico 87*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

Impasses classificatórios envolvendo gênero e sexualidade no atendimento público de saúde

Nádia Elisa Meinerz | UFAL

Louro (2003) descreve os corpos como “campos de experimentação¹” produzidos em termos de matéria e significado pelos próprios sujeitos. Lembra, entretanto que os corpos são também marcados a partir de um olhar e de um dizer exteriores, sobre as habilidades de adaptação ou não às convenções sociais. Em meio a exemplares bem adaptados às normas sociais, alguns corpos expressam uma certa ousadia em ocupar posições de instabilidade e trânsito. Isso pode ser observado mais explicitamente naquelas posições que escapam da lógica binária de classificações que opõe masculino e feminino, heterossexualidade e homossexualidade. Assinalando a emergência de mudanças no campo da educação, a autora sustenta que os “corpos que escapam” impõem a criação de novas formas de convivência não fundamentadas nas habituais fórmulas de “correção” e “adequação” (Louro, 2003).

Questões semelhantes se impõem ao campo da saúde, frente ao manejo clínico de corpos que não se enquadram facilmente nos esquemas classificatórios relativos ao gênero e à sexualidade. Mais do que desafios, quero argumentar que os “corpos que escapam” colocam uma série de impasses no cotidiano dos serviços de saúde. As dificuldades se devem, em grande medida, à legitimidade que a naturalização das convenções corporais e das fronteiras entre normalidade e anormalidade assume no campo da saúde. No centro desse processo, o saber médico sobre o corpo orienta intervenções legítimas, tanto no que se refere à prática médica

¹ A expressão é extraída da leitura de Le Breton no livro *Adens ao corpo* (2003).

propriamente dita quanto no que tange à atuação de outros profissionais, tais como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos.

É também no contexto do serviço de saúde que os efeitos práticos da distinção binária entre os sexos se apresentam de maneira mais expressiva. A existência de uma área específica encarregada da mulher, no contexto da atenção básica, expressa nitidamente a eficácia médica na materialização de determinadas convenções. Enquanto ciência da diferença, tal como é proposto na leitura de Rohden (2001), a ginecologia atua resguardando um ordenamento natural constantemente ameaçado pelas deturpações do campo da cultura. Como mostra a autora, no início do século, as principais ameaças à natureza feminina eram as técnicas contraceptivas que, junto com a escolarização e entrada no mercado de trabalho e a ocupação de posições vistas como masculinas, desviavam as mulheres da sua essência feminina, a função reprodutiva.

Apesar das transformações no campo da reprodução e da sexualidade nos últimos cinquenta anos, os consultórios ginecológicos continuam sendo espaços por excelência de observação da “natureza” feminina. O advento das tecnologias de contracepção e das políticas de controle da natalidade, que se transformaram em ações de planejamento familiar e posteriormente em políticas de saúde reprodutiva, parecem ter incidido pouco sobre a estabilidade da compreensão sobre a “natureza” feminina e da sua relação inexorável com a reprodução. Mesmo com toda a influência exercida pelo movimento feminista na separação entre as esferas da sexualidade e da reprodução, no campo da saúde, a capacidade reprodutiva continua sendo o principal organizador da abordagem médica sobre o corpo feminino. Nesse sentido, trabalhos na área da homossexualidade feminina vêm apontando a inadequação da abordagem ginecológica frente àquelas mulheres cujas práticas sexuais não trazem consequências reprodutivas (Facchini, 2004; Meinerz, 2005; Barbosa e Facchini, 2006, 2009).

Além das questões relativas à sexualidade, da demanda por um atendimento ginecológico que contemple uma relativa independência entre práticas sexuais e interesses reprodutivos, colocam-se ainda algumas dificuldades relativas ao gênero. Nesse sentido, os corpos que requisitam a atenção da ciência da diferença, não são mais exatamente os mesmos. Os impasses que aponto ao longo desse artigo dizem respeito ao atendimento

de saúde de gays, lésbicas, travestis além de homens e mulheres transexuais. Abordo, especificamente, os impasses colocados numa situação clínico-ginecológica envolvendo uma adolescente grávida, homossexual e masculinizada. Apresento uma descrição etnográfica sobre uma discussão de caso, realizada no âmbito de uma unidade básica de saúde, vinculada a um hospital-escola no Rio Grande do Sul. Numa daquelas situações em que literalmente o campo se impõe ao pesquisador, essa experiência colocou-me frente a frente com o meu próprio tema de estudo no Doutorado em Antropologia², observado de uma outra perspectiva. A experiência mostrou-se profundamente reveladora das dificuldades da abordagem médico-ginecológica frente àquelas expressões de gênero e sexualidade que destoam das convenções corporais relacionadas à heterossexualidade e à feminilidade.

Os impasses que proponho, entretanto, apontam para uma reflexão mais ampla sobre as convenções médicas relativas ao sexo e à identidade de gênero, e sobre os corpos que se arriscam em posições de trânsito e ambiguidade. Discutir esses impasses torna-se fundamental frente à aplicação dos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, em especial o da equidade³. Nesse contexto, a “não discriminação” se converte em uma espécie de imperativo ético dos profissionais de saúde e ao mesmo tempo numa agenda política em relação à reivindicação de direitos específicos, no que tange ao atendimento público de saúde. Antes de adentrar a descrição propriamente dita, considero importante fazer uma pequena digressão acerca das possibilidades de uma prática “não discriminatória” em relação à orientação sexual e à identidade de gênero no contexto do serviço de saúde. Das diversas questões que merecem atenção nesse âmbito me dedico a descrever alguns elementos que compõem o imaginário médico em torno da homossexualidade. Tais elementos

² Atualmente desenvolvo uma pesquisa sobre mulheres e masculinidades no contexto das relações homoeróticas em grupos populares na cidade de Porto Alegre. A pesquisa destina-se a elaboração de uma tese de Doutorado em Antropologia Social, junto ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFRGS.

³ Embora não figure explicitamente entre os princípios dos SUS, a utilização do conceito de equidade tem sido empregado para problematizar os princípios de universalidade e integralidade. Ele dispõe sobre a necessidade de considerar as diferenças e desigualdades sociais e regionais que marcam a sociedade brasileira, contemplando assim necessidades de saúde variáveis (Campos, 2006).

conformam um “pano de fundo” a partir do qual as dúvidas e questionamentos dos profissionais de saúde que emergem na discussão de caso podem ser em certa medida, compreendidos.

Em linhas gerais, argumento que muitos dos sentidos relacionados à emergência da homossexualidade como categoria médica ainda perpassam a formação em Medicina. Apesar do tema da sexualidade não ser, em geral, abordado na formação de cursos da área da saúde, os manuais de medicina legal continuam a operar com um conceito de inversão/perversão sexual. Outro elemento importante a ser destacado é a não incorporação da trajetória conceitual de despatologização da homossexualidade pela literatura psiquiátrica brasileira. Além disso, o próprio reconhecimento da despatologização que ocorre no Brasil apenas em 1985, num momento histórico em que homossexualidade volta à cena como “causadora” ou “culpada” da epidemia da AIDS. Ou seja, novamente relacionada à doença.

A discussão sobre a homofobia e a prerrogativa da “não discriminação” deve considerar o contexto mais amplo de transformações nos sentidos atribuídos à sexualidade nos últimos cinquenta anos. Isso significa, entre outras coisas, considerar a existência de uma série de discrepâncias entre os saberes, convenções médicas oficiais e a prática clínica, além das dinâmicas de força entre diferentes profissionais que agem na área da saúde. Dispõe-se atualmente de poucos dados sobre a influência da despatologização da homossexualidade e da separação entre as esferas sexual e reprodutiva na dinâmica dos serviços de saúde. Pode-se apontar, todavia, para os dilemas em torno do equacionamento de uma demanda pela “não discriminação” e de uma associação persistente entre homossexualidade e doença.

A homossexualidade no imaginário médico⁴

Entre as ferramentas que vêm sendo construídas no âmbito do movimento social para enfrentar as diferentes formas de discriminação relacionadas à homossexualidade, destacam-se o conceito de homofobia e

⁴ Os elementos apontados foram discutidos durante a formulação do projeto “Faces da homofobia no campo da saúde” desenvolvido pelo NUPACS - UFRGS sob a coordenação de Daniela Riva Knauth em parceria com a Liga Brasileira de Lésbicas da Região Sul e o Candaces-RS. Para uma abordagem mais detalhada desses elementos ver Meinerz e Almeida (2008).

suas variantes mais especializadas lesbofobia e transfobia. Estes termos são utilizados, em grande medida, como categorias acusatórias que possibilitam a qualificação de diferentes tipos de discriminação e/ou violência relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero. Atualmente discute-se a institucionalização dessa forma de combate à discriminação, especialmente a partir da tramitação no congresso do Projeto de Lei da Câmara (PLC) 122/2006, que propõe a criminalização da homofobia⁵.

Nesse sentido, o termo homofobia tem sido cada vez mais acionado tanto no campo político e jurídico, quanto no acadêmico. Ele tende a ser operacionalizado do ponto de vista individual, considerando o sujeito homofóbico ou então uma prática homofóbica. Aplicando essa lógica ao campo da saúde, a preocupação com a “não discriminação” deveria se converter num imperativo ético e, potencialmente, numa exigência legal para os profissionais de saúde. Considerada no plano individual, se trataria basicamente de distinguir e identificar profissionais e/ou práticas preconceituosas. Há que se apontar, entretanto, para um outro registro de inscrição homofóbica que transcende as práticas individuais, e é de certa forma, atualizado nessas práticas. Trata-se do imaginário médico em torno da homossexualidade, e da associação histórica entre homossexualidade e doença.

A homossexualidade emerge como categoria médica no final do século XIX, na esteira da chamada “teoria da degeneração” desenvolvida por Morel e seus discípulos, para dar conta de uma série de comportamentos humanos até então estranhos à medicina que passaram a figurar no quadro das anormalidades de caráter degenerativo. Ou seja, por si só, ameaças à perpetuação da espécie humana. As classificações médicas abarcavam as práticas sexuais sem fins reprodutivos e definiam a homossexualidade ora como uma anormalidade de origem fisiológica - inversão sexual - ora como uma patologia moral - perversão.

A descrição da homossexualidade⁶ como sinônimo de inversão sexual aparece de forma mais específica nos escritos de Richard von Krafft-

⁵ Esse projeto foi elaborado pela Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), juntamente com mais de 200 organizações afiliadas, espalhadas por todo o país.

⁶ Entre os primeiros médicos a se preocuparem com as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o húngaro Karoly Benkert utilizou pela primeira vez o termo

Ebing. No texto *Psicopatia Sexualis* de 1886, o autor diferencia os “uranistas”, cuja homossexualidade resultava de uma patologia congênita dos “pervertidos” que tinham relações com pessoas do mesmo sexo em virtude de uma falha de caráter, não podendo ser considerados realmente invertidos sexuais. Por mais que ainda se baseasse na premissa da degenerescência, este autor procurava dar um sentido mais neutro à homossexualidade, considerando-a uma forma de rebeldia da espécie (Robinson, 1977). Apesar do questionamento em torno do caráter patológico ou não da homossexualidade, Krafft Ebing e Havelock Ellis compartilhavam com seus contemporâneos da crença de que a homossexualidade estava intimamente relacionada à diferença de ordem física entre os indivíduos. Como ressalta Foucault (2007 [1976]) a propósito da passagem de um registro jurídico para o registro médico da homossexualidade, mais do que alguém que comete um ato proibido, o homossexual passa a ser considerado como parte de uma outra espécie.

No Brasil, a discussão sobre a homossexualidade do ponto de vista médico tem sua porta de entrada pela via da medicina legal, inicialmente através dos escritos de Afrânio Peixoto⁷. Em seu *Elementos de Medicina Legal*, publicado inicialmente em 1911⁸, o autor dedica um capítulo às doenças mentais, dentre as quais figura a “degeneração”. Segundo ele, dentre os vários sintomas ou estigmas psíquicos da degeneração estariam as diversas perversões sexuais, a saber: Frigidez, erotismo (satíriase e ninfomania), exibicionismo, feiticismo, sadismo, masoquismo, bestialidade, necrofilia e, finalmente, as inversões sexuais, por ele distinguidas em: Homossexualismo masculino, homossexualismo feminino, topoinversões

homossexual, no ano de 1869. Nessa mesma época também foi cunhado o termo “uranista”, que viria a ser sinônimo de homossexual, pelo alemão Karl Heinrich Ulrichs. Nesse caso, o sentido do termo alude a não correspondência entre os órgãos genitais e o cérebro. Esse autor desenvolveu também uma complexa classificação acerca dos “tipos de homossexuais” que eram: “*mannling*”, totalmente masculino em aparência e personalidade; “*weibling*”, caracteristicamente efeminado; e o “*zwischen-urning*” que consistia em uma espécie de meio-termo (Fry, e MacRae, 1983).

⁷ Segundo Venâncio e Carvalho (2001), a primeira classificação psicopatológica brasileira é elaborada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1906, contudo, não dedica uma categoria específica para a categoria de homossexual.

⁸ Segundo Leonídio Ribeiro, discípulo e biógrafo de Afrânio Peixoto, o livro *Elementos de Medicina Legal* vendeu mais de 23.000 exemplares até a sua sétima edição, em 1946 (Ribeiro, 1950).

sexuais (práticas sexuais não reprodutivas) e as cronoinversões (preferência por práticas sexuais com velhos - gerontofilia - ou crianças - pedofilia ou pederastia) Essas classificações da homossexualidade indicadas em 1911 e incrementadas em 1938 por Afrânio Peixoto podem ser encontradas sem alteração em manuais recentes, sendo classificada entre as “formas de sexualidade anômala” em um dos mais conhecidos manuais de medicina legal no país (Fávero, 1991).

Segundo Robertson (2004) a homossexualidade aparece já na primeira edição do DSM em 1952 como “personalidade psicopática com sexualidade patológica”. A sua saída dessa classificação não pode ser pensada como um evento e sim como um processo gradativo (que inicia já no começo da década de 70) para o qual contribuíram tanto a atuação do movimento social organizado quanto à produção de evidências científicas, principalmente no campo da psicologia. Há uma sucessão terminológica que se segue a retirada da homossexualidade em si, a noção de “distúrbio da orientação sexual” no DSM 2 e “homossexualidade ego-distônica” no DSM 3. Apenas na revisão do DSM 3 publicada em 1987 esta última classificação é abolida. A psiquiatria brasileira manteve-se à parte dos debates sobre a despatologização da homossexualidade ao longo da década de 70. A influência da psiquiatria norte-americana só será sentida durante a década de 80, quando o DSM-III passa a ser incorporado na medicina brasileira (Oliveira, 2003).

Apenas na metade da década de 80, o Conselho Nacional de Medicina no Brasil reconhece as modificações realizadas no DSM. Em 1885, o Conselho Federal de Medicina, determina que “a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão” (Mott, 2006). Isto ocorre justamente num momento histórico em que a associação entre homossexualidade e doença começa a ser pautada no campo da epidemiologia, em virtude da Epidemia da AIDS. Aqui, a discussão privilegiada é com o paralelo traçado por Sérgio Carrara entre as campanhas de enfrentamento da AIDS adotadas pelo governo brasileiro no início da década de 90 e a luta anti-venérea no início do século. Segundo o autor a luta contra a sífilis era pautada por uma espécie “bactério-lógica” na qual a doença que acomete um grupo populacional é pensada como uma invasão de um micro-organismo estranho que precisa ser identificado e neutralizado. Tudo se passa, segundo o autor, como se “o doente

estivesse para a sociedade assim como o germe estava para o organismo individual” (Carrara, 1994: 105). Nesse sentido, homossexuais e a própria homossexualidade eram percebidos enquanto uma espécie de ameaça à sociedade à medida que eram responsabilizados pela epidemia da AIDS.

A atual classificação (DSM IV) diferencia três sub-grupos de transtornos: As disfunções sexuais, as parafilias (classificação da qual é retirada a homossexualidade, mas segue agrupando pedofilia, voyeurismo, sadismo e masoquismo, entre outros) e os transtornos de identidade de gênero. Para Russo (2004) esse movimento diz respeito a um processo mais amplo de re-biologização de temas e discussões que até então eram circunscritos ao campo do debate político, tais como gênero e raça. Ainda segundo essa autora, em meio a este processo se observa um alargamento da concepção de “desvio sexual” que não apenas se descola das outras categorias, mas passa a abarcar uma esfera diagnóstica mais ampla, incluindo o que era então percebido como a “normalidade sexual”. Um outro acréscimo importante da classificação médica atual é a modernização (e autonomização) do discurso sobre o travestismo, que passa a ser designado junto à nova classe dos transtornos de identidade de gênero (Russo, 2004).

Além disso, o retorno de terapias restaurativas pode ser pensando como um referencial sugestivo no imaginário médico sobre a homossexualidade. A mais atuante organização promotora das terapêuticas restaurativas para homossexuais é norte-americana NARTH - *National Association for Research & Therapy of Homosexuality*. Os integrantes desta organização desconsideram as resoluções da APA - *American Psychiatric Association* e a despatologização da homossexualidade por considerarem que a retirada da categoria do DSM deveu-se exclusivamente à pressão política para tanto, desconsiderando a existência de evidências clínicas e experimentais que subsidiaram tal decisão (Haldeman, 1999). A partir da atuação da NARTH constitui-se

⁹ Em elaborações posteriores (Russo, 2008), a autora refina este argumento, defendendo que enquanto a homossexualidade passa por um processo crescente de politização, a medicalização da sexualidade passa a ter como principal alvo a própria heterossexualidade. Neste processo, a patologização do excesso sexual dá espaço a um novo tipo de anormalidade, a sua falta.

espaço para a legitimação de práticas restaurativas em franca contraposição à APA e surgem novas terapêuticas para a “cura da homossexualidade¹⁰”.

No Brasil não há nenhuma organização com pretensões científicas de cura da homossexualidade como a NARTH. Todas as terapêuticas promovidas para a “cura da homossexualidade” são sustentadas por grupos religiosos, representados por organizações como o MOSES - Movimento pela Sexualidade Sadia, o CPPC - Corpo de Psicólogos e Psiquiatras Cristãos e a ABRACEH - Associação Brasileira de Apoio a Pessoas que Voluntariamente Desejam Deixar a Homossexualidade, conforme descreve Natividade (2006).

Todos esses elementos evidenciam uma espécie de retorno da noção de inversão sexual, se não explicitamente como sinônimo de homossexualidade, com o sentido de “disforia de gênero”. Frente a isso, cabe questionar em que medida a mudança de foco do interesse médico pelos desvios sexuais para a abordagem dos transtornos de identidade de gênero promove efetivamente uma ruptura com a patologização da homossexualidade ou se, na verdade, ela opera apenas um deslocamento das fronteiras em relação à normalidade sexual. Nesse sentido, a discussão de caso apresentada a seguir sugere que o processo de incorporação da homossexualidade às expressões normais da sexualidade não parece estar ainda bem estabelecido.

¹⁰ Apesar das críticas metodológicas e contrariedade oficial da APA à atuação e às publicações da NARTH, muitos médicos contribuem com esta organização, atestando que a prática clínica não segue estritamente as definições oficiais da categoria. Para amparar sua proposta clínica, dado que a DSM-IV e a CID-10 não apresentam categorias que possam subsidiar a sua proposta, a NARTH e os seus colaboradores constituíram o sucedâneo de diagnóstico chamado “*Same Sex Attraction Disorder*” - SSAD. Essa categoria opera de forma similar à antiga homossexualidade ego-distônica.

Um “causo”¹¹ envolvendo gravidez, homossexualidade e masculinidade

Em maio de 2007, fui convidada a participar de uma discussão de um “causo” envolvendo homossexualidade e gravidez junto com a equipe de uma unidade básica de saúde vinculada a um hospital-escola na cidade de Porto Alegre. Como parte de um projeto de extensão desenvolvido pelo departamento de medicina, a discussão de “causo” é um espaço de compartilhamento e ao mesmo tempo debate sobre as dificuldades encontradas pelos doutorandos¹² em medicina no manejo clínico dos pacientes¹³. A partir desse embasamento antropológico deveria contribuir com a compreensão de dois elementos considerados problemáticos na trajetória clínica de uma mesma paciente: A homossexualidade e a gravidez na adolescência.

A reunião foi realizada numa sala dentro da própria unidade de saúde, no horário do meio-dia. Por volta de onze e cinquenta, a sala já se encontra cheia e algumas pessoas que ainda chegam se acomodam em pé, junto às paredes laterais e ao fundo. A maioria dos presentes veste jaleco branco sobre as roupas. Algumas outras pessoas estão vestidas normalmente, são os agentes de saúde, presumo. A reunião se inicia com a descrição do “causo” feita pela própria “doutoranda”, Sandra. Ela liga o projetor e começa a ler os elementos que selecionou para contextualizar a paciente, a fim de dividir com os colegas as dificuldades que tem enfrentado em relação ao atendimento:

¹¹ A discussão de “causo” é um projeto de extensão do Departamento de Medicina Social que ocorre sob a coordenação de um médico com formação de Mestrado em Antropologia. Dessa maneira, a utilização do termo “causo” e não caso, como normalmente ocorre em relação as situações clínicas debatidas pelos médicos não é mera coincidência. Ela remete ao sentido do termo no contexto gaúcho, e a pressuposição de diferentes versões e atores sociais envolvidos narração de um mesmo evento.

¹² “Doutorando” no contexto médico é o termo utilizado para designar aqueles alunos do curso de Medicina que após concluírem o sétimo semestre do curso passam a desempenhar atividades de atendimento aos pacientes em situações ambulatoriais.

¹³ A discussão acontece com um grupo composto por 30 a 40 pessoas, entre médicos, enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos, estudantes da área da saúde, médicos-residentes, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Identificação:

Ana, 15 anos, fem, negra, natural e procedente de Poa/RS

Contexto familiar:

Ana, atualmente, cursa a 6ª série e “cuida carros” eventualmente. Vive em uma casa de madeira composta por 3 cômodos (sala/cozinha e 2 dormitórios) e 1 banheiro que fica situado do lado de fora da casa; possui água encanada e luz elétrica.

Divide o domicílio com:

-Mãe, 35 anos, doméstica;

-Pai, 37 anos, ajudante de serviços gerais, usuário de drogas (álcool e crack);

-Irmã, 18 anos, estudante 8ª série, mãe solteira; possui 1 filho de 4 meses cujo pai é desconhecido;

-Irmão de 12 anos, estudante 4ª série;

-Irmão de 10 anos, estudante da 3ª série;

-Irmão de 8 anos, estudante 1ª série;

-Amiga da família (que lá convive há 1 mês), 19 anos, não estuda ou trabalha e possui 1 filha de 2 meses;

A renda familiar é de aproximadamente R\$ 300,00 (sendo a maior parte proveniente do trabalho materno).

Enquanto Sandra lê as informações para os presentes, vai ao mesmo tempo fornecendo mais alguns detalhes da casa, principalmente do modo como as pessoas se acomodam nos quartos para dormir. Ela assegura aos colegas que o pai e a mãe têm um quarto separado e que os outros moradores se ajeitam em beliches e sofás velhos no outro quarto e também na sala. A jovem médica atende também três dos outros integrantes da família. Ela comenta que o acesso a essas e outras informações privilegiadas resultam do bom relacionamento que ela tem com a irmã mais velha, sua paciente já há mais de um ano. Na plateia, as pessoas já fazem alguns comentários. Atenta às falas, Sandra ressalta que está preocupada com a influência desse ambiente sobre a saúde de Ana, principalmente com a falta do que considera um *exemplo* por parte dos pais e de um incentivo para a elaboração de *planos para o futuro*. A essa altura algumas pessoas que já vinham fazendo comentários paralelos não se contêm e perguntam diretamente à apresentadora: *Você sabe se as crianças estão mesmo frequentando a escola?* Sandra ressalta que nas vezes que foi até a casa, não encontrou as crianças, não podendo dar certeza sobre seu

paradeiro. Percebeu, no entanto, que em uma das vezes que estava lá as mulheres se preparavam para buscar as crianças na escola.

Na sequência, a apresentação se organiza a partir de um breve detalhamento sobre cada uma das consultas de Ana, do acréscimo de algumas informações e do esclarecimento das questões feitas pelo público. Ao contrário de mim, todas as outras pessoas, até mesmo os agentes de saúde, pareciam bem familiarizados com o tipo de descrição e com a linguagem empregada. Além das informações técnicas, a descrição incorpora alguns elementos da anamnese, principalmente algumas justificativas dadas por Ana para certos comportamentos.

1ª consulta 15/02/06:

Ana, com 14 anos, procura atendimento para tratar lesões de pele (impetigo) e para iniciar ACO¹⁴ uma vez que, tinha iniciado relações sexuais com seu noivo de 18 anos há 3 meses; Referia tabagismo desde os 13 anos porque em sua casa todos os adultos eram fumantes e negava uso de outras drogas. Foi iniciado então, ACO, orientações sobre DSTs e aconselhamento para suspender tabagismo.

Após, paciente agendou 2 consultas subsequentes (maio/06 e dez/06) as quais não compareceu.

A descrição transcorre com bem poucas interrupções, a despeito de alguns comentários retomando a influência problemática da família na saúde da moça. As informações adicionais que aparecem timidamente nessa parte, vão perpassar de maneira mais expressiva o relato sobre a consulta seguinte, a qual só ocorre um ano depois. Na segunda consulta, Ana vem com uma demanda um tanto diversa, embora também centrada na questão da sexualidade. Ela compartilha com a médica suas angústias e estas, agora, já se sobrepõem ao detalhamento técnico na descrição de Sandra.

2ª consulta 15/02/07:

Ana vem à consulta afirmando que há 8 meses se descobrira homossexual e que desde então, vinha mantendo relações sexuais com uma parceira de 17 anos (que já possuía 1 filho de 6 meses) com a qual estava vivendo porque fora expulsa de sua casa quando revelou sua identidade sexual. Solicitava realização de anti-HIV porque em dez/06 havia mantido relação sexual desprotegida com parceiro do sexo oposto (45 anos e pai de um amigo) para provocar ciúmes na namorada (haviam tido um desentendimento); Ao prosseguir na anamnese, Ana também “lembrou” que estava

¹⁴ Significa contracepção.

com atraso menstrual de 1 mês e não usava ACO; no entanto, Ana não preocupava-se muito com esse fato e demonstrava muito medo de ter “AIDS”. Seguiu fumando (10 cig/dia). Nesta consulta, foi solicitado um rastreamento de DSTs, Beta-HCG¹⁵ e retorno em 1 semana.

Na plateia, as pessoas que até então acompanhavam tranquilas a descrição começam a ficar inquietas e fazem várias questões, logo depois que Sandra termina a leitura: *Mas ela teve a relação com o pai do amigo antes ou depois de começar o relacionamento homossexual? Essa coisa dela ter sido expulsa de casa, você chegou a ir atrás para ver se é verdade? Mas como é que foi que ela descobriu que era homossexual? O fato de ela ter relações com homens quer dizer que talvez ela não seja mesmo homossexual! Como é que é o jeito dela de se vestir, dá para notar alguma coisa diferente?*

Frente a esses questionamentos, Sandra se empenha em trazer outros elementos que atestem a sua crença na homossexualidade de Ana. O primeiro deles é o fato de Ana trabalhar cuidando carros bem em frente a uma escola de enfermagem. Segundo a médica, sua paciente está mais tempo na rua com os guris que cuidam carros do que em casa ajudando a cuidar dos irmãos. Além disso, ela destaca: *Com tanto lugar na cidade, por que ela iria ficar bem em frente a uma escola onde quase só tem mulheres?* Por fim, ela agrega um outro elemento na descrição que somada às demais soa como uma espécie de atestado da homossexualidade, que é a masculinidade de Ana. Sandra comenta que Ana *parece um homenzinho* e que apesar de ter uns traços femininos no rosto ela se veste e se comporta de um jeito *bem masculinizado*.

Um outro questionamento importante que aparece na descrição da segunda consulta é sobre a possibilidade de abuso sexual. Ele é trazido inicialmente por uma enfermeira, que contando um pouco de sua experiência profissional sugere a recorrência de abuso sexual por parte de um familiar em situações de uso de drogas. Um outro médico endossa o questionamento trazendo a hipótese de que uma situação de abuso poderia ter afetado o próprio desenvolvimento neurológico de Ana, provocando entre outras coisas, a homossexualidade. Em sua resposta, mais uma vez, Sandra é enfática sobre a relação de confiança que ela desenvolveu com a irmã mais velha de Ana e sobre o contato clínico que ela tem com os

¹⁵ Trata-se do exame de gravidez.

demais membros da família. *Não tenho nenhum elemento que aponte pra isso* afirma Sandra depois de detalhar a forma como abordou o assunto com ambas as irmãs, sem resultados. As pessoas seguem comentando as informações apresentadas e fazendo mais perguntas até que o coordenador da atividade proponha que deixemos a discussão para a segunda parte do encontro. Sandra retoma a palavra e dá prosseguimento à leitura:

3ª consulta 23/02/07:

Ana vem à consulta para resultado de exames; estava muito ansiosa e agora sim, preocupada com a possibilidade de estar grávida; Havia terminado o relacionamento com sua namorada anterior e havia voltado para casa há 2 dias. Disse que sua família agora aceitava sua homossexualidade.

Fornecido resultado de Beta HCG o qual foi positivo (por DUM¹⁶, paciente com 9 semanas de gestação). O rastreamento para DSTs foi negativo.

Após o resultado, paciente mostrou-se muito eufórica, disse estar feliz porque sua mãe sempre lhe exigira um neto e ela agora poderia ser “pai e mãe” de uma criança. Disse que não era de seu desejo comunicar o pai da criança uma vez que fora uma relação casual, sem compromisso. Nessa consulta, solicitou-se exames pré-natais e retorno em 2 semanas.

Novamente, ao longo do relato é perceptível o desconforto por parte de alguns profissionais de saúde com as informações apresentadas, sobre as quais são feitas mais questões de esclarecimento. *Mas como foi essa mudança de opinião tão súbita da família?* questiona o agente de saúde. *Será que ela não contou essa história de que a família não aceitava só para justificar o fato de estar morando com a namorada?* pergunta a médica sentada ao meu lado. Em que medida Ana falava a verdade nas informações que transmitia para a médica tornou-se um ponto chave para o entendimento do caso constantemente evocado, durante toda a discussão. Constituiu-se uma esfera de suspeição que colocava em jogo não apenas a veracidade das informações fornecidas por Ana, mas também a própria habilidade da estudante de medicina, na percepção daquilo que era verdade de fato e o que era *enrolação*.

A postura de Sandra, por sua vez, era de compartilhar a sua dificuldade de compreensão em relação ao caso. Postura, esta, que ficou bem evidente com a ênfase que ela deu ao fato de Ana ter ficado contente com a gravidez e com a possibilidade de ser *mãe e pai* da criança. Um pouco

¹⁶ DUM quer dizer data da última menstruação.

exaltada, ela repete: *Foi exatamente isso que ela me disse, que queria ser mãe e pai da criança.* Essa manifestação é imediatamente entendida como indício de alguma confusão mental por parte da menina. *Ela já tinha apresentado algum sinal de confusão mental antes?* Pergunta um dos médicos. Sandra prontamente responde que não, e afirma que Ana sempre lhe pareceu muito lúcida e que a menina não usava nenhuma outra droga, além do cigarro. A hipótese da confusão mental desencadeia mais uma vez uma série de discussões entre os presentes.

4ª consulta 08/03/07:

Paciente dizia estar muito feliz com sua gestação. Havia contado para a família e teve boa aceitação. Disse que havia contado para o pai da criança e que o mesmo não aceitou a gestação questionando a paternidade dizendo ser estéril (mesmo já tendo filhos); não falava com a ex-namorada desde a notícia da gravidez. Parou de fumar e havia realizado os exames (todos normais, inclusive CP). Revelou, durante a consulta, que em seu colégio havia 2 meninas gestantes e que conversava muito com elas sobre os sintomas da gestação. Nessa consulta, realizado pré-natal e agendado retorno para 3 semanas.

Ao encerrar esse relato, a própria apresentadora parecia convencida que de fato a gravidez havia trazido uma melhora nas perspectivas de Ana. Ela sublinha o abandono do cigarro e a frequência mais assídua ao colégio como indicativos de uma re-inserção de Ana em sua comunidade. Também as perguntas de esclarecimento por parte dos ouvintes e os comentários paralelos mudam de tom. Agora a ênfase estava na existência de preconceito por parte da escola e da família em relação a sua homossexualidade. *Você sabe se ela chegava a sofrer algum tipo de discriminação na escola? E na família, será que essa saída de casa não está associada à violência?* Sandra responde que não sabe, pois a Ana não teria em nenhum momento tocado nesse assunto. O que dava para perceber, pela interação clínica, é que a sua homossexualidade resultava numa espécie de isolamento social. *Eu acho que ela não tem muitas amigas,* comenta Sandra, enfatizando que o seu jeito masculino destoava muito em relação ao estilo das adolescentes da sua idade. A propósito dessa hipótese do isolamento a estudante de medicina dá mais alguns detalhes de uma das consultas, em que resolveu questionar a paciente sobre o fato de ela usar cuecas. Sua intenção era explicar para Ana que ela não precisava *se vestir como homem só pelo fato de ser homossexual.* Para abordar o assunto, durante a interação clínica a médica teria perguntado: *As tuas amigas não achavam estranho tu usar cueca?* Frente a isso,

enquanto vestia rapidamente a roupa, Ana teria respondido: *Qual é dotora, ta me estanhando?*

5ª consulta 22/03/07:

Ana chega chorando à consulta com a notícia de que havia tido um aborto espontâneo com necessidade de curetagem uterina em 17/03/07. Estava inconformada com a situação e decidira nunca mais engravidar e tampouco ter relações sexuais heterossexuais. Nessa consulta, foi iniciado ACO e fornecido retorno para 2 semanas.

Na última consulta que retrata o desfecho doloroso para Ana da interrupção da gravidez o que chama atenção no comportamento do público é o questionamento em relação à anticoncepção. *Mas por que ela quer anticoncepção se ela afirma que é homossexual e que não quer mais ter relações heterossexuais?* pergunta uma enfermeira sentada bem ao fundo da sala. *Eu também não entendi!* confessa Sandra confirmando que só prescreveu a anticoncepção porque de fato esta teria sido solicitada por Ana. A partir desses questionamentos pode-se depreender que a demanda por anticoncepção é considerada pelos profissionais de saúde como uma incoerência, que remete mais uma vez a ideia de perturbação. No entanto, essa ideia aparece não mais como uma suspeita, mas sim como a explicação para o comportamento de Ana, tal como observamos na fala do agente de saúde: *Ela só está confusa com tudo isso que aconteceram.* Essa explicação se fortalece na medida em que Sandra encerra a descrição do caso, compartilhando seu desapontamento pela *perda de contato* com a paciente.

6ª Consulta: paciente não compareceu à consulta planejada.

Em 23/04/07, realizada visita domiciliar para busca ativa e conhecimento da situação familiar. Ana não se encontrava em casa. A mãe referia que Ana estava “perdida” e que saía de casa sem dar satisfações (chegando a ficar 3 dias desaparecida) e que também havia parado de estudar; disse que a gestação havia “mexido” muito com Ana e que o aborto a deixara muito decepcionada. Quando questionada sobre a opção sexual da filha, a mãe mostrou-se bastante compreensiva, disse que levava um “choque” no início mas que agora havia aceitado a situação; o pai estava trabalhando no momento da VD e os irmãos encontravam-se em casa (os menores aguardavam o horário da escola e a irmã mais velha também havia parado de estudar). Ana deverá retornar à Unidade em 1 mês conforme consulta agendada.

Depois do aborto, Ana não comparece às outras consultas agendadas. O tom dos comentários, depois do relato da visita domiciliar volta a ser de pesar em relação ao sofrimento enfrentado por Ana em virtude de todas essas situações: “família desestruturada”, homossexualidade, gravidez,

aborto. As manifestações de preocupação com o estado psíquico são reforçadas pelo relato da mãe sobre os sumiços de casa, o abandono do colégio e pela percepção de que a adolescência é em si uma fase marcada por dificuldades. Ganha espaço a explicação de que Ana está confusa em relação a sua sexualidade e em relação a sua vida, de uma maneira geral. Por isso mesmo, é essencial que ela seja *trazida de volta*. Nesse sentido, os profissionais insistem na importância de Sandra ir atrás da moça para que ela permaneça vinculada ao serviço. A cobrança se dirige de forma mais expressiva ao agente de saúde que é convocado a acessar as suas redes de informação para descobrir o paradeiro de Ana.

E a antropologia, o que tem a dizer sobre isso?

Não parece difícil entender que os contornos masculinos do corpo de Ana tenham causado um estranhamento na equipe de saúde e em especial da doutoranda de medicina que dava seus primeiros passos na clínica ginecológica. Eles efetivamente perturbam a estabilidade do conceito de mulher e de diferença sexual sobre os quais a medicina em geral, e a ginecologia em particular, estão fundamentados. A própria existência da ginecologia, enquanto ramo da medicina responsável pela saúde da mulher, está ancorada na pressuposição de uma natureza feminina como absolutamente diferente da masculina. Ao fim da discussão, as sucessivas ambiguidades e incoerências percebidas na trajetória clínica colocam Ana à margem das classificações médicas.

Frente a esses impasses é esperada a contribuição da antropologia para a formulação de estratégias mais adequadas para resgatar o vínculo da paciente com a profissional de saúde. Entretanto, o que a antropologia tem a dizer sobre isso não é exatamente a resposta mais apropriada para os questionamentos a respeito de como resolver o problema de Ana. O que se pode discutir, do ponto de vista antropológico é sobre o próprio estranhamento em relação à trajetória clínica da paciente. Lançando mão dos argumentos clássicos como etnocentrismo e relativização, pode-se refletir sobre que o fato de não entendermos as atitudes e as razões de Ana não quer dizer que ela esteja confusa em relação a sua sexualidade e suas escolhas de uma maneira geral. Nossa dificuldade residiria justamente no olhar informado culturalmente a partir de uma experiência de classe social, raça e orientação sexual distintas.

A fim de redimensionar o olhar sobre Ana e sua trajetória clínica discuti com o grupo alguns conceitos básicos do campo de gênero e sexualidade. O primeiro deles foi gênero, a partir da sua leitura tradicional, como construção social distinta do sexo biológico. A intenção era, nesse sentido, mostrar que apesar de Ana ter nascido mulher, com uma vagina, ela poderia ter uma série de características masculinas porque isso dizia respeito não à sua biologia, mas a sua identidade de gênero. Além disso, valia a pena pensar, em comparação com qual feminino Ana podia ser considerada como tão masculina. Em que medida outros marcadores como a idade e também a raça não acentuam essa percepção de masculinidade.

A outra referência foi à distinção entre orientação sexual ou mesmo identidade sexual e práticas sexuais. Dessa forma, a partir do mesmo registro da construção social, sugeria que as relações heterossexuais de Ana que resultaram na gravidez não eram necessariamente incoerentes, podiam mesmo ser pensadas como parte importante do seu processo de elaboração identitária. Do mesmo modo que algumas pessoas heterossexuais que têm práticas homoeróticas e que nem por isso assumem uma identidade homossexual. Além disso, assinalei que a sexualidade deveria ser pensada como uma esfera separada da reprodução ou mesmo da vontade de filhos. São cada vez mais recorrentes, nesse sentido, tanto as referências jurídicas como os trabalhos acadêmicos nas áreas da psicologia, sociologia e antropologia que apontam para a “normalidade” do desejo de filhos entre homens gays e mulheres lésbicas (Zambrano *et al*, 2007; Uziel, 2007; Mello, 2005; Patterson, 1995).

Um terceiro elemento proposto para a discussão foi a diferença de valor atribuído à gravidez entre os segmentos populares dos quais a paciente é originária. A compreensão da gravidez na adolescência como problema de saúde e pela via da inexistência de um “projeto de vida” diz respeito a um contexto muito específico de classe social, no qual está pressuposta uma trajetória de vida linear onde estudo e trabalho antecedem as decisões reprodutivas. Nesse sentido, lanço mão das pesquisas realizadas sobre o assunto entre grupos populares na cidade de Porto Alegre, que vão mostrar a associação da gravidez com a modificação do *status* de menina para mulher bem como da sua inserção numa rede de relações de cuidado e reciprocidade (Almeida, 2006; Heilborn *et al*, 2006).

Para alguns dos presentes esses argumentos pareciam bastante convincentes. Como Sandra, por exemplo, que passou a considerar que a confusão estava mais na sua *cabeça* do que efetivamente nas atitudes de Ana. O agente de saúde reforça essa ideia, chamando atenção para o fato dos profissionais de saúde *sentirem na pele* as dificuldades dos usuários do serviço de seguirem as recomendações do posto. Também uma médica endossou a crítica ao estado de confusão mental, referindo que, poucas vezes os pacientes conseguem demonstrar tão explicitamente o que querem, *sem ter vergonha do que o médico vai pensar deles*.

Para os outros membros da equipe, entretanto, a iniciativa de relativização não parecia tão eficaz. Diante dos argumentos construtivistas, foi possível até mesmo reforçar algumas expectativas no que diz respeito à normalização dos comportamentos. Uma das enfermeiras, por exemplo, considerou as reações de Ana como absolutamente normais tendo em vista o contexto familiar e principalmente da fase da adolescência pela qual ela estava passando. Nesse sentido, destaco as falas em torno da importância da figura do médico como *exemplo* a ser seguido, frente à ausência dessas referências positivas na família e na escola. Há ainda um outro tipo de reação frente aos comentários que vale destacar: O da influência negativa do contexto familiar sobre o *desenvolvimento neurológico* de Ana. Nesse sentido, a própria descontinuidade entre sexo e gênero evoca certa maleabilidade do gênero de se moldar a partir das influências do meio.

O “causo” de Ana coloca os profissionais de saúde e também os antropólogos frente a uma situação de limite classificatório. Por diferentes razões, Ana continua sendo descrita como uma pessoa confusa, porque difícil de ser enquadrada tanto em relação à heterossexualidade quanto à homossexualidade. Ela não pode ser apreendida coerentemente nem como uma transexual e nem tampouco como uma adolescente de classe popular que agencia laços de parentesco e solidariedade a partir da gravidez. A despeito do discurso antropológico, não parece plausível do ponto de vista médico que alguém possa querer ser mãe e pai ao mesmo tempo, ou então que possa gestar e gerar uma criança num corpo masculinizado, um corpo que encarna uma vagina, útero e ovário, mas também encarna um jeito masculino e uma cueca. A própria necessidade de mobilização de diferentes conceitos, gênero, classe, sexualidade evidencia a

impossibilidade de uma definição mais precisa a partir da qual seja possível interagir com Ana de maneira mais segura.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Paula Camboin. O discurso médico sobre a gravidez na adolescência e a construção de um problema social. In: FONSECA, Claudia Lee Williams; BRITTES, Jurema. *Etnografias da participação*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.
- BARBOSA, Regina; FACCHINI, Regina. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: Promoção da equidade e da integralidade*. Rede Feminista de Saúde: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EA/Dossi%EA%20Sa%FAde%20das%20Mulheres%20L%E9sbicas.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2011.
- BARBOSA, Regina; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 291-300, 2009. (Suplemento 2)
- BRETON, David Le. *Adeus ao corpo*. São Paulo: Papyrus, 2003.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: O caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.
- CARRARA, Sergio. AIDS e doenças venéreas no Brasil. In: LOYOLA, Maria Andrea. *AIDS e sexualidade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- FACCHINI, Regina. Mulheres, diversidade sexual, saúde e visibilidade social. In: RIOS, Luís Felípe; ALMEIDA, Vagner; PARKER, Richard; PIMENTA, Cristina; TERTO JR, Veriano (Ed.). *Homossexualidade: Produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA, p. 34-43, 2004.
- _____. *Entre umas e outras: Mulheres, (homo)sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo*. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- FÁVERO, Flaminio. *Medicina legal*. Belo Horizonte: Vila Rica, 1991.
- FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade: A vontade de saber*. v. I. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007 [1976].
- FRY, Peter; MACRAE, Edward. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

- HALDEMAN, Douglas C. The pseudo-science of sexual orientation conversion therapy, *ANGLES - The Policy Journal of the Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies*, v. 4, n. 1, dec. 1999.
- HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M. L.; KNAUTH, Daniela Riva; BOZON, Michel. *O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais e jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- LOURO, Guacira Lopes. Corpos que escapam. *LABRYS - Estudos Feministas*, Brasília: UNB, n. 4, 2003.
- MEINERZ, Nádia. Método cien por ciento garantizado. Prácticas de sexo seguro en las relaciones homoeróticas entre mujeres de segmentos medios en Porto Alegre. *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en America Latina*, v. 2, n. 16, 2005.
- MEINERZ, Nádia; ALMEIDA, Francis Moraes de. As faces da homofobia no campo da saúde. In: Reunião Brasileira de Antropologia, XXVI, 2008, Porto Seguro. *Anais...* Porto Seguro: ABA, 2008.
- MELLO, Luís. *Novas famílias*. Rio de Janeiro: Garamond e Editora GLS, 2005.
- MOTT, Luis. Homo-afetividade e direitos humanos. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 509-521, maio-ago. 2006.
- NATIVIDADE, Marcelo. Homossexualidade, gênero e cura em perspectivas pastorais evangélicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 21, n. 61, jun. 2006.
- OLIVEIRA, Carlos Francisco Almeida de. *Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: Um esboço histórico*. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- PATTERSON, C. J. Lesbian and gay parenthood, homoparentalité. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.). *Handbook of parenting*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1995.
- RIBEIRO, Leonídio. *Afrânio Peixoto*. Rio de Janeiro: Conde, 1950.
- ROBERTSON, Phyllis K. The historical effects of depathologizing homosexuality the historical effects of depathologizing homosexuality on the practice of counseling. *The Family Journal*, v. 12, n. 2, p. 163-169, 2004.
- ROBINSON, Paul. *A modernização do sexo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

- ROHDEN, Fabíola. *A ciência da diferença: Sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Focruz, 2001.
- RUSSO, Jane. Do desvio ao transtorno: A medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORY, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio (Org.). *Sexualidades e saberes: Convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95-114.
- RUSSO, Jane. Sexualidade e saúde: A produção médico-psicológica de uma “vida sexual plena”. In: Reunião Brasileira de Antropologia, XXVI, 2008, Porto Seguro. *Anais...* Porto Seguro: ABA, 2008.
- UZIEL, Anna Paula. *Homossexualidade e adoção*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- VENÂNCIO, Ana Tereza A.; CARVALHAL, Lázara. A classificação psiquiátrica de 1910: Ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; CEREZZO, Antonio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros C. (Org.). *Clio-psyché: Ontem: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 2001.
- ZAMBRANO, Elizabeth; LOREA, Roberto; MYLIUS, Leandra; MEINERZ, Nádia; BORGES, Priscila. *Direito à homoparentalidade: Cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais*. Porto Alegre: Vennus, 2007.

Circuitos (des)integrados? Relações de convivência entre mulheres jovens e profissionais de saúde numa comunidade de periferia da cidade do Recife (PE)

Marion Teodósio de Quadros | UFPE
Karla Galvão Adrião | UFPE
Anna Karina Xavier | UFPE

Este trabalho é parte de uma pesquisa que faz interface entre a antropologia, a psicologia e a saúde coletiva, intitulada “Mulheres Jovens e Dupla proteção em diferentes circuitos de socialidade: Um estudo comparativo entre Recife e Caruaru-PE”¹. O objetivo da pesquisa é compreender como mulheres jovens de 16 a 24 anos, solteiras, casadas e com filhos, constroem suas trajetórias sexuais e reprodutivas, e como lidam de maneiras específicas com a contracepção e a prevenção a Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST/AIDS, tendo práticas de dupla proteção ou não. A dupla proteção refere comportamentos que promovem a proteção à gravidez não planejada e IST/AIDS, sendo uma forma de sexo seguro para casais com relacionamentos heterossexuais que implica na concordância e envolvimento dos parceiros (Berer, 2006: 162).

A metodologia dessa pesquisa é qualitativa, tendo a etnografia como método no qual a entrevista em profundidade foi a principal técnica de

¹ Com financiamento do CNPq e da FACEPE, entre os anos de 2008 a 2010. Sediada nos núcleos de pesquisa FAGES (Pós-graduação em Antropologia) e Lab-Eshu (Pós-graduação em Psicologia), do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

coleta de dados, associada de modo estreito à observação, registrada em protocolos que funcionaram como diários de campo. As entrevistas versaram sobre o contexto familiar e de gênero, bem como sobre a carreira sexual para captar os valores e ações construídos sobre as parcerias e práticas sexuais, bem como de proteção e contracepção. Foram contatadas diversas jovens na faixa etária supracitada, e, dentre estas, foram realizadas sete entrevistas em profundidade em uma comunidade da periferia do Recife. Para este trabalho, foram trazidas duas questões: Os relatos das jovens sobre a assistência da rede de atenção primária da comunidade e da maternidade mais próxima, bem como a avaliação dessas jovens sobre a assistência que os profissionais de saúde prestam às mesmas, a partir da análise de seis entrevistas.

Como referencial teórico-epistemológico está sendo utilizada uma abordagem feminista pós-estruturalista (Butler, 2003; Haraway, 1995, 2009). Na pesquisa trabalhamos com o conceito de gênero de Judith Butler (2003), para ela gênero compreende as relações de poder entre sujeitos generificados e socialmente constituídos em contextos específicos. Além disso, nos amparamos numa perspectiva construcionista do gênero e da sexualidade (Simon e Gagnon, 1999; Scott, 2005; Parker, 1991; Rubin, 1993, 1998; Vance, 1995). Os resultados preliminares da pesquisa evidenciaram que as jovens têm muitas dificuldades em relação ao acompanhamento médico quando iniciam sua trajetória afetivo-sexual. Isto nos levou a refletir acerca das características do atendimento básico realizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) na comunidade estudada, especialmente a relação que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres jovens.

Também constatamos que as jovens não se sentem acolhidas na maternidade em que vão parir seus bebês, o que nos levou a refletir sobre o atendimento dos profissionais na rede de média complexidade. Mesmo levando em conta o aumento das relações sexuais pré-maritais tanto em áreas urbanas populares quanto em áreas rurais (Castro, 2006; Silva, 2006; Longo, 2002; Scott, Quadros e Longhi, 2002; Heilborn e Equipe Gravada, 2005; Quadros, 2007; Castro, Abramovay e Silva, 2004), a vida sexual das mulheres jovens parece ainda invisibilizada em nossa sociedade, especialmente quanto aos serviços de atendimento dispensados à saúde sexual e reprodutiva.

Nosso objetivo com este trabalho é analisar como as mulheres jovens descrevem e avaliam o atendimento recebido pelos(as) profissionais de saúde das redes de atenção primária e de média complexidade, para refletir sobre os significados e práticas dos profissionais ao lidar com a sexualidade ativa de mulheres jovens. Para isto dividimos o texto em três momentos. No primeiro introduziremos o debate a partir do relato de seis jovens estudadas - três solteiras e três casadas - sobre suas trajetórias afetivo-sexuais e a relação dessas com o atendimento em saúde. No segundo, dialogamos com a literatura da área sobre prevenção e contracepção, e a cotejamos com os relatos das nossas interlocutoras. No terceiro momento, dialogamos com a noção de circuitos integrados (Haraway, 2009) para destacar as relações contraditórias entre as mulheres jovens e as redes de saúde e comunitárias engendradas. Neste item ainda faremos alusão ao campo de constituição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais, a partir do diálogo com Judith Butler (2003), quando a mesma evidencia as lutas feministas enquanto cenário de ordenamento de um sujeito político de direitos. Nestes termos, faremos relações entre a constituição de um sistema jurídico que pode promover o acesso a direitos para as mulheres jovens ou não. Finalmente, nas considerações finais, traremos possíveis (des)encontros nas relações das jovens com as(os) profissionais de saúde nestes circuitos (des)integrados.

As trajetórias sexuais e reprodutivas das jovens e a procura pelo atendimento nos serviços de saúde: Introduzindo as questões

Segundo Elaine Brandão e Maria Luiza Heilborn (2006), a partir das vivências da sexualidade as jovens vão, simultaneamente, afirmando uma “identidade de gênero”. Esse exercício da sexualidade requer o domínio das regras de negociação a dois, tanto num relacionamento fixo como num ocasional. A gravidez ou IST/HIV podem ocorrer nesse percurso porque nem sempre há uma interiorização das normas preventivo-contraceptivas e seu controle. No caso das jovens pesquisadas, o aprendizado e o domínio da contracepção e da proteção IST/HIV acontecem, após a iniciação sexual, principalmente a partir da primeira gravidez e/ou o nascimento do primeiro filho (Quadros, 2007; Heilborn e Equipe Gravid, 2005; Castro, Abramovay e Silva, 2004; Longo, 2002). Após quatro meses de inserção no

campo percebemos que as jovens sabem da existência de contraceptivos, e os utilizam em muitos casos, mas somente são visibilizadas pelos serviços de saúde como sexualmente ativas após o nascimento do primeiro filho², pois o uso de contraceptivos fora desta situação denunciaria que elas são sexualmente ativas. Neste momento, há visitas da agente comunitária de saúde, para fazer marcações para o(a) pediatra e para o(a) ginecologista. Anterior a esta fase é comum não haver visita ao(a) médico(a), apesar de a jovem ter tido sua iniciação sexual e/ou vida sexual ativa, o que contribui para que elas não tenham acesso a informação qualificada profissionalmente. A procura por informações é feita entre as amigas ou pela mídia. Percebe-se, dessa forma, que há um distanciamento da atenção primária de saúde em relação às jovens entre 13 e 16 anos, idade na qual a maior parte delas vem iniciando sua trajetória afetivo-sexual.

Vanessa³ é uma jovem negra, magra, de 22 anos, no momento da pesquisa de campo encontrava-se grávida do seu terceiro filho. A jovem estudou até o ensino fundamental. Referiu que parou de estudar quando engravidou do primeiro filho, por causa da gravidez de alto risco que não chegou a se completar, pois perdeu a criança com seis meses de gestação e não voltou mais a escola. Nosso contato com Vanessa foi através da Agente Comunitária de Saúde (ACS) da comunidade. O primeiro beijo dela foi aos 11 anos, mas só começou a namorar com 13 anos e seus encontros com o rapaz eram em casa. Sua primeira relação sexual foi aos 15 anos na qual engravidou e perdeu o filho. Aos 16 anos foi morar com o namorado e teve um filho dessa união, esse relacionamento durou 4 anos. Ela declara que depois que terminou esse relacionamento começou a sair para gafeira, nessa época namorava vários rapazes e usava camisinha com eles, porém afirmou que só com os ‘ficantes’⁴, nunca com os namorados e nem com o marido. Já tomou anticoncepcional na forma injetável uma vez, quando vivia com o pai do primeiro filho. Afirma que se esquece de tomar comprimido e que por isso engravidou pela segunda vez de uma menina. Ela sempre refere que namorou muito, e com vários ao mesmo tempo.

² Este resultado coincide com o que Marion Quadros (2004) encontrou como um momento importante também para o homem, quando percebe os cuidados e responsabilidades decorrentes da criação do primogênito.

³ Os nomes de todas as entrevistadas são fictícios.

⁴ Categoria *êmica* que significa um envolvimento afetivo e/ou sexual sem que haja um compromisso efetivo de manter o relacionamento.

Atualmente mora com o atual companheiro há um ano. Por causa da gravidez de alto risco moram na casa da sogra. Pois antes morava só. Ela não costuma frequentar o posto de saúde local.

Talita é negra, 23 anos, evangélica, casada, mora com o marido há quase quatro anos, dona de casa, tem um filho de 3 anos. Declarou que desde adolescência quis engravidar aos 20 anos e realizou esse sonho ao ter o filho com essa idade. Talita não chegou a completar o ensino fundamental, disse que desde pequena não gostava de estudar e que só ia à escola porque a mãe obrigava. Na adolescência foi passar uma temporada na casa da tia em Brasília, daí em diante parou de estudar e não retornou à escola. Ela só teve dois namorados e se casou com o segundo, que conheceu na igreja evangélica. Ele foi o primeiro com quem teve relações sexuais. Refere ter uma boa relação com o marido. Conversam sobre “tudo”, inclusive sobre contracepção e IST/AIDS. Declarou fazer uso de anticoncepcional injetável trimestral e já alternou com camisinha. Costuma ir ao posto a cada três meses para tomar a injeção.

Helena é uma jovem parda de 24 anos, casada, mora com o marido e a filha de 3 anos. Possui o ensino médio completo, desejava fazer vestibular para jornalismo, mas não deu prosseguimento ao seu interesse. Ela passou boa parte da adolescência sendo evangélica, convivendo prioritariamente com pessoas da igreja, conheceu seu primeiro namorado na igreja, que também é evangélico, namorou cinco anos com ele. Seu segundo namorado é seu atual marido, começaram a se relacionar um mês depois do fim do primeiro relacionamento. Ele foi o primeiro rapaz com quem ela teve relações sexuais. Na época do namoro ela nunca se preveniu contra gravidez ou IST, engravidou um ano depois de iniciadas as relações sexuais e casou com quatro meses de gestação. Atualmente faz uso de pílula. Costuma ir ao posto para fazer preventivo ginecológico.

Luana é uma jovem de 17 anos, solteira, sem filhos, mora com os pais e o irmão. Seu primeiro beijo foi aos 10 anos. Ela atualmente é estudante do ensino médio e deseja estudar Turismo. Para Luana, a relação sexual inicia desde o momento em que há ‘sarros pesados’⁵, com sexo oral. Ou seja, as

⁵ Categoria êmica das entrevistadas ligada às carícias da relação sexual sem penetração. Pode consistir num contato corporal com ou sem roupa, com maior ou menor intimidade, dependendo da situação.

relações sexuais para ela têm um significado diferente do que foi enfatizado pelas outras entrevistadas, pois englobam as carícias mais íntimas sem a penetração. Neste caso ela diz que começou a ter relação sexual muito cedo, mas não determina a idade. Sua primeira relação sexual com penetração foi com um rapaz que já foi seu namorado e que estavam ficando. Ela não teve essa experiência com outros rapazes até o fim do contato com ele. Está fazendo uso de camisinha. Só foi ao posto da comunidade uma única vez usando o nome da irmã mais velha, para fazer consulta de planejamento familiar com a enfermeira.

Taíza é uma jovem de 18 anos, negra, solteira, mora com os pais e o irmão. Atualmente frequenta a escola, cursando o ensino fundamental. Seu primeiro beijo foi aos 12 anos. Teve seu primeiro namorado com 16 anos e não relata ter tido relacionamento sexual com ele. Com outros rapazes ela relata ter acontecido ‘sarros pesados’, mas sem penetração vaginal, ela não considera essas experiências como relação sexual. Sua primeira relação sexual aconteceu poucos meses antes da entrevista. Havia tido dois encontros com este rapaz e não houve esse tipo de experiência com outros rapazes. Ela relatou usar camisinha nas suas relações sexuais. Nunca foi ao posto de saúde local.

Camila é uma jovem de 19 anos, solteira, tem uma filha de 9 meses, mora com a mãe e a filha. Possui o ensino médio completo, mas nunca relatou desejo de ter uma profissão ou continuar os estudos. Seu companheiro mora na casa dos pais dele e a visita diariamente, sempre que volta do trabalho. Ela relatou que seu primeiro beijo foi com 10 anos, e que seu primeiro namorado aconteceu quando era muito nova, mas não relata a idade com precisão. Diz que a relação com ele durou uma semana. Sua primeira relação sexual aconteceu quando tinha 15 anos e foi com um rapaz com quem já estava ficando há algum tempo, mas com quem não chegou a namorar. Ela afirma que teve relações sexuais com outros rapazes quando saía à noite. Geralmente aconteciam quando ambos estavam bêbados. Relatou ter tido relações sem camisinha nestas situações, mas afirmou que em outras ocasiões usava camisinha. Atualmente ela é a única das jovens pesquisadas que usa o DIU como contracepção. Ela procurou atendimento de saúde em outro lugar, fora da comunidade.

As mulheres jovens pesquisadas compõem um grupo heterogêneo, por apresentarem características diferentes em relação à idade, cor, religião,

estado civil, escolaridade, e classe social, apesar de pertencerem à mesma comunidade de periferia urbana. O que há de comum entre essas jovens mulheres é o fato delas terem tido acesso ao atendimento relacionado a saúde sexual e reprodutiva realizado no programa de saúde da família somente após sua primeira gestação.

Assim, todas estas jovens iniciaram sua vida sexual sem terem ido ao serviço de saúde para procurar informações sobre métodos de prevenção ou fazer exames ginecológicos. Uma série de fatores levou essas jovens a não terem procurado os serviços de saúde, tais como a vergonha, o medo de declarar a intenção de iniciar a vida sexual ou de assumir que tem vida sexual ativa. Muitos destes fatores parecem associados à falta de diálogo na família (Quadros, 2007; Almeida *et al*, 2003; Rohden e Equipe Gravada, 2005; Castro *et al*, 2006) e o controle comunitário sobre seus corpos (Quadros, 2004, 2007; Quadros e Menezes, 2009). Luana, por exemplo, teve acesso ao atendimento em um posto de saúde fora da comunidade e utilizou o nome de sua irmã mais velha, casada e com filho para marcar a consulta. Taíza, por sua vez, não procurou a unidade de saúde da família, pois sua irmã é agente de saúde do posto local. Como, então, o atendimento dispensado nos serviços de saúde leva as jovens a não procurarem os mesmos, ou só os procurarem em determinadas circunstâncias?

Problematizando as questões de prevenção e contracepção

Tendo em vista que este trabalho tem como foco central buscar compreender a relação entre mulheres jovens e profissionais de saúde da atenção primária e de média complexidade, especificamente, analisar como se dá a avaliação das jovens em relação ao atendimento recebido nestas unidades de saúde, faz-se necessário o diálogo com alguns conceitos chaves.

O primeiro termo que trazemos é o de dupla proteção. A ideia de dupla proteção é bastante debatida pela área médica, (principalmente por aqueles que trabalham com planejamento familiar), com a intenção de diminuir as práticas de risco, porém parecem não estar alcançando os resultados pretendidos. Marge Berer (2006) afirma que os profissionais que trabalham

com saúde sexual e reprodutiva focalizam mais este debate do que os profissionais ligados a HIV/IST e que as instituições que normatizam os significados da dupla proteção para orientar as práticas de prevenção e contracepção não parecem levar em conta os significados da população local para delinear formas mais eficazes e condizentes de atuação em relação à realidade vivida.

No que se refere às mulheres e a jovens, Wilza Vilela (2003) e Marge Berer (2006) apontam para questões e necessidades semelhantes: A importância de se repensar a prevenção e a contracepção a partir de uma perspectiva realista da avaliação sobre riscos específicos dos contextos diferenciados em que vivem e a necessidade de propor um modelo de prevenção na perspectiva da dupla proteção, bem como de envolver e treinar profissionais de saúde para o atendimento adequado ao planejamento reprodutivo, saúde sexual e saúde reprodutiva, além de diferentes ONGs, para o oferecimento desse serviço com o estímulo à dupla proteção. A dupla proteção envolve outros métodos e comportamentos contraceptivos e não apenas a camisinha, embora ela seja, junto à contracepção de emergência, o método preferido dos jovens (Berer, 2006). Esta realidade amplia as dificuldades a enfrentar, uma vez que, para os(as) jovens brasileiros(as), o preservativo masculino é amplamente utilizado, mas há muitas dificuldades no seu uso consistente (Quadros, 2007; Almeida, Aquino, Gaffikin, Magnani, 2003; Castro, Abramovay, Silva, 2004).

Além disso, maiores desigualdades de renda, escolaridade, gênero, raça/etnia, quando associadas à falta de acesso a informações e serviços de saúde, resultam em maior vulnerabilidade dos(das) jovens de tais grupos, que possuem baixa renda e baixa escolaridade (Rios, 2002; Pimenta *et al*, 2000; Berquó e Cavenaguí, 2006), especialmente aqueles situados nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

No debate sobre a prevenção tem-se discutido que no caso das jovens o aprendizado e o domínio da contracepção e da proteção HIV/IST acontecem gradualmente com a iniciação sexual. O uso de métodos contraceptivos e de prevenção ocorre sob determinadas condições, como no caso do preservativo estar disponível para usá-lo naquele momento e tê-lo à disposição, determinação e resistência no jogo que se instala entre parceiros para o convencimento de uma relação desprotegida (Brandão e

Heilborn, 2006; Quadros, 2007). Como exemplo, encontramos na fala de uma das jovens entrevistadas as incertezas e inseguranças em relação ao uso de anticoncepcional associado ao uso de camisinha quando tiver sua parceria fixa.

“penso que um dia ainda vou usar... quando eu começar mesmo a namorar com alguém... ter relação assim quase todos os dias... aí sim eu vou procurar tomar remédio pra evitar... rapaz... eu sou muito insegura contra isso visse. Eu sou muito medrosa acho que fica aquele negócio rondando vou engravidar... por que minha colega... a primeira transa que ela teve...a primeira vez a menina já tava grávida... já pensou? Aí não sei se posso dizer assim... se eu vou usar ou não.” (Taíza, 17 anos, solteira, sem filhos)

Considerando que há uma intensa divulgação de tais informações tanto pela mídia, escolas, serviços de saúde e ONGs, os serviços de saúde trabalham, muitas vezes com a ideia de que haveria uma assimilação automática pelos/as jovens de uma postura de prevenção, principalmente entre os escolarizados. Conjetura-se que o acesso a informação modifique de imediato as práticas sexuais dos/das jovens, instalando-se um comportamento preventivo que eliminaria os riscos. A forma como os/as jovens lidam com os métodos não parecem seguir esta lógica direta (Quadros, 2007). Muitas questões entram em cena: É necessário haver discussão entre os parceiros, autoconfiança, apoio social. Estar determinado/a e disciplinado/a com relação à escolha e adesão a um método dificilmente é compatível com o domínio dos primeiros passos sexuais. Por isso, a escolha de um método está inscrita num processo de aprendizagem e tomada de decisões no qual ter informações não é decisivo. Ter conhecimento *a priori* não leva a uma mudança no comportamento (Brandão, 2006) ou, dito de outra forma, ter informações é condição necessária mas não suficiente para que haja uma mudança de comportamento (Quadros, 2007).

A adesão ao comportamento preventivo está relacionada ao exercício sexual do/a jovem ser compartilhado pela família. Quando a vida sexual dos filhos/as não é discutida na família, a gestão da prevenção, sem a parceria dos pais torna-se mais difícil. Porém, o fato dos pais terem conhecimento e recomendarem atitudes preventivas não significa que isto seja feito, necessitando ainda de um espaço na comunidade e nos serviços de saúde que leve em consideração o desejo desses/as jovens e o respeito

ao seu tratamento como sujeitos de direitos. A fala de uma jovem retrata bem esta realidade quando diz que não vai ao posto de saúde de sua comunidade: *“porque os homem daqui diz que as mulher é safada, eu não vou não”*. (Camila, 19 anos, solteira, uma filha). Ou ainda, o relato de Helena (24 anos, casada, uma filha), afirmando que em uma consulta na Unidade de Saúde da Família que o médico não deu a informação que desejava, tendo que ficar perguntando para extrair do profissional alguma informação, e afirmando que são *“ruins de conversa”*.

Mesmo levando em conta que estamos ressaltando apenas um lado da questão, qual seja, o das jovens e não relatamos neste trabalho o que dizem os próprios profissionais que realizam o atendimento (foge aos propósitos deste trabalho), consideramos que os serviços de saúde, portanto, deveriam integrar uma série de requisitos e atitudes que promovessem um ambiente favorável para a prevenção e a contracepção das mulheres jovens, uma vez que deveriam se constituir, assim como a família e a escola, em bases de apoio e de procura por informações e acesso a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das jovens. Mas, como constatamos no nosso trabalho de campo, as percepções comunitárias parecem contribuir para processos de estigmatização das jovens, o que dificulta a assunção da vida sexual e parece integrar um conjunto de fatores que promovem a inobservância destes direitos para as jovens.

As mulheres jovens e as profissionais de saúde: Circuitos (des)integrados

Para a análise dos dados usamos como nossas lentes uma questão que é crucial para a política feminista, trata-se “das mulheres enquanto sujeito político” (Butler, 2003). O foco no debate mais amplo sobre a constituição de uma categoria “mulher” para o movimento feminista enquanto acesso a direitos fundamentais ajuda a perceber como a instituição família, a comunidade e as equipes de saúde (representantes das estruturas jurídicas) constroem esses sujeitos, as mulheres jovens, e como essas mesmas estruturas estão inter-relacionadas em contê-los.

Os sujeitos jurídicos são produzidos por via de exclusão que não aparecem quando a estrutura jurídica da política é estabelecida. A construção política do sujeito decorre vinculada a certos objetivos de

legitimação e exclusão e esses atos políticos são camuflados e naturalizados. O poder jurídico cria o que o próprio afirma representar, inevitavelmente a política se preocupa com essas duas funções do poder: “jurídica e produtiva” (Butler, 2003: 19). Consequentemente, a lei cria e depois camufla a ideia de sujeito diante da lei, invocando uma mudança discursiva como premissa básica natural, legitimando a hegemonia reguladora da própria lei.

É importante saber como a categoria das mulheres “sujeitos do feminismo” (Butler, 2003), é criada e sobrepunjada pelas mesmas estruturas de políticas por intermédio das quais busca emancipação, pois esta via abre o debate para a constituição de direitos reprodutivos e direitos sexuais como acesso fundamental dentro do campo dos direitos humanos. Nesse sentido, a saúde das mulheres, e das mulheres jovens em particular, foi alçada, ainda no final da década de 1980, como um direito, juridicamente falando, através dos direitos reprodutivos e direitos sexuais.

O termo direitos reprodutivos surgiu com a criação da Rede Mundial pela Defesa dos Direitos Reprodutivos das Mulheres em 1979, mas desde o início do século XX é possível identificar um movimento de mulheres que procuravam controlar sua capacidade reprodutiva. Na I Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1968, em Teerã, finalmente reconheceu-se o direito da pessoa a decidir sobre sua reprodução (Toneli, 2004).

Os direitos sexuais acompanham os direitos humanos sendo os segundos que foram reconhecidos pelas leis internacionais. Ambos incluem o direito de todas as pessoas sem exceção e banem todas as formas de coerção, discriminação, violência, preconceito devendo ser protegidos tais direitos e respeitados por todos. Foi grande a relevância das Conferências organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), nos anos 1990, pois através delas as mulheres alcançaram o apoio institucional internacional necessário para divulgar suas ideias nos campos de intervenção na saúde reprodutiva. A conferência ocorrida no Cairo destaca-se como marco principal, por ter sugerido a superação da perspectiva de saúde reprodutiva que enfatiza o controle da natalidade, além de ter reconhecido a sexualidade enquanto uma esfera positiva da atuação humana (Barzelatto, 1998 *apud* Toneli, 2004) que inclui sexo, identidades, gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Nesse momento, questões ligadas à reprodução e sexualidade passam a ser vistas no contexto da atenção integral à saúde e comentadas com base nas relações sociais de classe, raça/etnia, gênero, geração resgatando a relação entre o dia a dia e o contexto global. Esse processo nacional era estimulado por grupos feministas de mulheres, de acadêmicas/cientistas, ONGs e organismos governamentais (Mandu, 2002). Estimulava-se a necessidade de ampliar o acesso, melhorar a qualidade das ações e serviços em saúde, considerando as implicações médicas e éticas das novas tecnologias existentes na assistência (Ávila, 1993).

Em 1989, é lançado pelo Ministério da Saúde um documento que contém as bases nacionais da atenção ao adolescente, através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em resposta às pressões oriundas de órgãos internacionais como a OMS e UNICEF e de grupos nacionais, frente às necessidades de melhoria das condições de vida e saúde dessa população. Com esse grupo havia a preocupação em relação ao controle da fecundidade, exposição às DST/AIDS, violência e maus tratos dão a tônica das medidas propostas (MS, 1996 *apud* Mandu, 2002: 369). As propostas indicavam medidas de aconselhamento sexual, ofertas de informações e meios de controle da contracepção e prevenção das DSTs/AIDS, além de ações de detecção e tratamento de infecções genitais e controle de agravos no ciclo grávido puerperal. Utilizando o princípio da integralidade das ações em saúde são realizadas ações básicas dirigidas aos adolescentes de ambos os sexos, havendo uma articulação às ações direcionadas a saúde da mulher e saúde da família.

Em 1992, crianças, adolescentes e adultos jovens tornam-se prioridades do Estado na prevenção e controle de agravos e através de convênio, há ações locais de caráter educativo para práticas sexuais seguras, além da adoção de tecnologias para seu diagnóstico precoce e tratamento (MS, 1997 *apud* Mandu, 2002).

Dentro deste debate, é importante pensar a reprodução relacionada ao livre exercício da sexualidade. A partir deste olhar baseado em Judith Butler (2003) - sobre sujeitos e estruturas jurídicas - e Donna Haraway (2009) - sobre circuitos integrados nas comunidades -, percebemos que as mulheres jovens iniciam sua trajetória afetivo-sexual na adolescência sem posterior procura a um acompanhamento profissional de saúde, permanecendo escondidas sob a capa do moralismo que não permite que

essas jovens possam se mostrar sujeitos de desejos. Essas jovens encontram-se invisibilizadas dentro das estruturas jurídicas de políticas (políticas de saúde da mulher), que não se abriram para questões da sexualidade adolescente, legitimando crenças que negam a sexualidade feminina em tenra idade e valorizam a virgindade da jovem como um comportamento ideal até o casamento.

Observamos que não há acompanhamento ou uma busca ativa da ACS da Unidade de Saúde da Família a essas mulheres jovens. O que existe é um distanciamento, havendo dificuldade de acesso a profissionais de saúde para essas jovens, tendo em vista que as mesmas já iniciaram sua carreira sexual. Tal comportamento deve-se ao fato de não ter havido ainda no campo da saúde uma abertura para uma melhor compreensão da sexualidade feminina juvenil, sendo ainda tratada com pudores e preconceitos, principalmente no que se refere ao momento em que a área de saúde considera adequado para as jovens iniciarem a ter relações sexuais, através de um discurso regulador e normatizador (Butler, 2003).

Um termo que expressa bem este discurso é o que tem sido chamado de precocidade das relações sexuais entre os/as jovens. A literatura de inspiração biomédica e demográfica atribui grande importância à relação entre a prática contraceptiva e a primeira relação sexual, uma vez que os testes de correlação estatística apontam que a “precocidade” da primeira relação sexual ou o menor grau de escolaridade diminuem a chance de uso dos contraceptivos.

Ao legitimar o discurso da precocidade, os serviços de saúde parecem esquecer que as trajetórias sexuais masculinas e femininas em grupos populares urbanos (Heilborn, 1998, 1999; Cabral, 2003; Aquino *et al*, 2003) evidenciam que a iniciação sexual desses jovens ocorre de 3 a 4 anos mais cedo, quando comparados aos grupos de camadas médias. Esta é uma tendência específica desses grupos e vários estudiosos vêm evidenciando como esta tendência está relacionada a padrões de casamento, de gênero, de trabalho, de escolaridade, entre outros, não sendo interpretada como um comportamento fora do *script* para estes grupos (Cabral, 2002, 2003; Longo, 2002; Castro, Abramoway e Silva, 2004; Almeida *et al*, 2003; Almeida, 2002; Aquino *et al*, 2003; Heilborn e Equipe Gravad, 2005; Heilborn *et al*, 2006; Rohden e Equipe Gravad, 2005; Pirota, 2002; Scott, Quadros e Longhi, 2002).

O fato de as jovens, quando não possuem filhos e não são casadas, não procurarem o posto de saúde pode ter, na ideia de precocidade, uma base para a sustentação de valores que negativam, na família e na comunidade, a imagem da jovem mulher que assume ter vida sexual ativa. Talvez isto contribua para que não haja uma estrutura de atendimento que as jovens identifiquem como possibilidade de apoio para elas.

Por outro lado, as jovens casadas que frequentam o posto de saúde, também foram interpretadas por meio de qualificativos que possuem significados negativos, como dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade (Villela e Doreto, 2006), quando uma das enfermeiras da Unidade de Saúde da Família relatou que em seu atendimento às jovens da comunidade ela indica o método contraceptivo a partir do que ela denomina de perfil:

“(...) a gente vê pelo perfil da usuária, né?... então assim, uma usuária adolescente que não tem compromisso com horário, que não tenha a cabeça, que não lembra de tomar o remédio, que todo medicamento ele exige uma disciplina, uma menina de 14, 15 anos... às vezes disciplina ela não tem, disciplina, nem cabeça, aí a preferência agora... antigamente elas tinham medo, porque a injeção trimestral.. ela interfere muito no ciclo, você passa três meses sem menstruar você tem vários sangramentos no período, principalmente nas duas primeiras tomadas, só que depois que ela vêem que passam um tempo sem menstruar e que não precisam tomar todo dia, elas são mais fiéis a esse compromisso de três em três meses, do que a injeção mensal, do que o anticoncepcional oral tem aquela história de esconder a cartela, que tomam às vezes escondido, a injeção a cada três meses é mais fácil você não comenta nada em casa. Aí a preferência hoje em dia é essa (enfermeira da unidade de saúde da comunidade investigada).”

A afirmação supracitada nos leva a dialogar com Donna Haraway (2009), quando esta afirma a existência de um circuito integrado no qual se inserem os cenários sob os quais se devem considerar as análises sobre as vidas das mulheres. Para ela, há uma rede ideológica na qual ocorre uma cópia de espaços e identidades, com entrada no corpo pessoal e político dessas mulheres, e que é evidenciado nas relações das mesmas com os circuitos dos quais fazem parte. A fala da enfermeira aparece nesse circuito trazendo elementos que fortalecem o que a autora (Haraway, 2009) vai relatar como efeitos de desigualdades - de gênero, de classe, de geração, de raça, de etnia - nas diversas relações que compõem o circuito - a família, a comunidade, o posto de saúde, a escola, a maternidade. Dessa forma, não

há espaço claramente definido para as mulheres nessa rede, antes contradições, que ao serem interpretadas, permitirão construir novas alianças e coalizões.

Outro aspecto do atendimento dado pelos serviços de saúde, também diz respeito à saúde reprodutiva, que aparece como o foco dos serviços prestados na média complexidade, por meio da realização dos partos. Vanessa, 22 anos, solteira e mãe de três filhos, quando relata sua experiência numa maternidade de média complexidade próxima a sua comunidade, comenta: *“ah! Lógico. Quero ligar. Engravidar de novo, misericórdia! Quero engravidar mais nunca na minha vida. Sofro muito”*.

Buscando compreender melhor essas relações no circuito, trazemos as ações e significados que as ACS veiculam em sua prática profissional junto às mulheres jovens. As jovens nos relatam que as mesmas ficam mais próximas das mulheres somente depois que elas engravidam, para acompanhamento do pré-natal. Isso demonstra que a assistência à saúde atende às regras da regulação e não promove uma mudança discursiva. Os argumentos que impedem o acesso dessas jovens a seus direitos concentram-se no discurso das estruturas jurídicas, tal qual relatados por Butler (2003) e aqui supracitados. Quais sejam, de que ao se envolverem num relacionamento afetivo-sexual, este poderá atrapalhar os estudos das jovens, tendo em vista que as mesmas podem ter maiores dificuldades para ingresso em uma carreira profissional.

Além disso, também há a reiteração de que as mesmas devem casar com o rapaz que “tirou sua virgindade”, pois caso não o faça, irá ficar falada na comunidade, além de engravidar e ter que criar um filho sozinha “sem o pai ao lado”. É possível perceber isto a partir da abordagem da enfermeira quando atende uma adolescente que procura um método contraceptivo

“(...) como tá sua situação na escola... e se tu engravidar?... o teu namorado não trabalha... aí assim a gente tenta puxar... mas assim... melhorou um pouco a educação mas não melhorou o conteúdo, porque elas não têm planejamento de vida, onde é que eu quero tá daqui há cinco anos, três anos, é muito imediato, se der deus, se não deu engravidou (enfermeira, unidade de saúde da comunidade pesquisada).”

O reconhecimento da jovem como sujeito de direito e, portanto, com condições de acesso às políticas de saúde, se dá a partir da primeira

gravidez. Antes disso, as jovens são consideradas virgens pela família e comunidade, e mais que isso, sem carreira sexual, não podendo procurar seu reconhecimento enquanto sujeito de desejo e direito junto às equipes de saúde.

Chama-nos a atenção a restrita e/ou negada possibilidade de jovens, como as que tivemos contato ao longo da experiência de campo, falarem sobre sexualidade. Embora existam regulamentações e leis no sentido de garantir o direito a cuidados de atenção à saúde nos espaços privados e públicos, os mesmos ainda perpetuam uma lógica que nega a existência de desejo e sexualidade de mulheres solteiras, sobretudo das jovens. A elas é tolhido o direito de falar sobre sexualidade em casa, na escola, na rua, com profissionais de saúde e até mesmo com seus companheiros.

Esse ‘fechar os olhos’ provoca consequências no âmbito da saúde pública. Assim como as jovens que conhecemos, muitas das mulheres ainda continuam vulneráveis a doenças. Outras tantas também continuam a engravidar de forma não planejada, muitas casam e constituem família sem ao menos ter tido a oportunidade de refletir sobre sua condição de mulher e, menos ainda, de fazer escolhas para sua própria vida. Ao que parece, apesar das tantas conquistas feministas, a muitas delas resta repetir a trajetória de sua mãe e avós - silenciosamente.

Porém, mesmo vivendo numa rede social que tenta dificultar a vivência da sexualidade por causa de questões morais que permeiam a sexualidade feminina, encontramos em algumas dessas jovens formas de burlar o controle social e ter acesso às informações que procuram/necessitam nos serviços de saúde. Este é o caso de Luana, 17 anos, solteira, sem filhos, quando comenta: *“fui no posto com minha irmã e quando entrei, disse lá que a consulta era pra mim.”* Tal comportamento nos leva a interpretar, em consonância com Haraway (2009), que mesmo vivendo numa comunidade onde a interdição das relações sociais e sexuais das jovens são mediadas e impostas por circuitos integrados (família, comunidade e serviços de saúde) é possível construir novas alianças e novas coalizões. Acompanhemos, a esse respeito, o caso de uma jovem, relatada no diário de campo:

“Luana é uma jovem que, do universo das jovens pesquisadas, apresenta uma reflexão crítica tanto da sua condição de mulher na comunidade em que mora como dos circuitos pelos quais circula. A jovem relatou ter tido uma participação não muito expressiva em um grupo de protagonismo juvenil, com alguns jovens locais. Esta

participação lhe rendera alguns frutos, dentre estes, debater sobre relações de gênero, sobre política e ter uma reflexão crítica sobre padrões de comportamentos esperados pela sociedade e família. Entendemos que a adesão a esse grupo, mesmo sendo temporária, ajudou a subverter a ordem estabelecida na comunidade, que deixa nas “entrelinhas” que “as jovens virgens não devem buscar informações sobre direitos reprodutivos”. Quando decidiu ter sua primeira relação sexual, Luana agendou uma consulta no posto de saúde em nome de sua irmã casada e com filhos. No dia marcado, foi em companhia de sua irmã, e, ao entrar na sala de consulta, assumiu o lugar da irmã na frente do/a profissional de saúde, e realizou sua consulta. Dessa forma, a jovem buscou, da maneira como pôde, as informações no espaço do posto, de forma a encontrar a melhor decisão sobre contracepção e prevenção.”

É importante mencionar esta estratégia de uma das jovens pesquisadas, para evidenciar que algumas delas também buscam outras alternativas quando descobrem as barreiras que a comunidade lhes impõem. Marion Quadros (2007) havia ressaltado esta questão ao analisar as trajetórias de jovens de uma outra comunidade urbana e compará-las com as de jovens de uma comunidade rural. Nesta comparação foi possível perceber que, por um lado, os serviços de saúde não podem tratar a contracepção e a prevenção como procedimentos meramente técnicos, de práticas racionais e receitas certas. Ao contrário, o atendimento está carregado de práticas valorativas que tendem a invisibilizar a sexualidade das jovens; e, por outro lado, as jovens não estão distantes das práticas contraceptivas, pois tais práticas colocam desafios e entraves cotidianos às suas vidas, que muitas delas procuram resolver/solucionar constantemente, com as limitações que possuem, muitas delas relacionadas aos circuitos integrados dos quais fazem parte.

Considerações finais

Nosso diálogo com a literatura da área sobre prevenção e contracepção, no cotejamento com os relatos das nossas interlocutoras evidenciou que os circuitos integrados pela família, comunidade, escola, religião, posto de saúde e maternidade não promovem o apoio necessário ao exercício da sexualidade das mulheres jovens, embora deixem brechas nas quais estas jovens podem atuar para exercitar os seus direitos sexuais e reprodutivos. A integração com a comunidade e com os outros componentes dos circuitos, especialmente os serviços de saúde, acontece de formas múltiplas, num contínuo que desrespeita e também ajuda a promover, por

meio das suas brechas, os direitos sexuais e reprodutivos das jovens pesquisadas. Por isto, considerando que os circuitos integram e desintegram ao mesmo tempo, e destacando as relações contraditórias existentes entre as mulheres jovens e as redes de saúde e comunitárias engendradas, os nomeamos de circuitos (des)integrados. Dessa forma, percebemos que os profissionais de saúde, na figura dos médicos(as), enfermeiros(as) e agente de saúde comunitária, acabam sendo os/as representantes dos sistemas jurídicos (Butler, 2002), e acabam por legitimar e excluir as mulheres jovens através de discursos regulatórios da sexualidade feminina, que se encontram permeados na sociedade de acordo com as ideologias e hegemonias presentes nas relações de poder.

Fizemos alusão ao campo de constituição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais, a partir do diálogo com Judith Butler (2003) sobre o acesso de sujeitos mulheres aos direitos fundamentais. Nestes termos, percebemos que há uma continuidade no que mostra a literatura sobre esse debate e os dados encontrados em nossa pesquisa, sobre a desintegração desse sistema, e a reiteração de uma regulação sobre os corpos dessas mulheres jovens, que as afasta do sistema de saúde. A aproximação, por outro lado, também pode funcionar como outra forma de regulação. Parece que estamos inseridas/os em uma ‘armadilha’ que evidencia um paradoxo (Scott, 2005): Mesmo que saibamos da necessidade de serviços de saúde dignos e acessíveis, a não ida ao serviço pode ser vista sempre como uma “falta”, um direito negado?

Os circuitos integrados (Haraway, 2009) propostos aqui como sistemas de regulação e evidenciados como tal, a partir dos relatos de nossas interlocutoras, também podem ser, como já foi discutido, espaços de coalizões e reordenamentos sociais, que permitam o livre exercício da sexualidade e da reprodução destas mulheres jovens. Acreditamos que este caminho é possível e que algumas tentativas vêm sendo realizadas nesse sentido, por alguns/as profissionais. Entretanto, ainda são poucos e quase imperceptíveis no cenário geral. Tratamos dos possíveis (des)encontros nas relações das jovens nestes circuitos (des)integrados. A busca por acesso evidenciou os usos de linhas de fuga ao sistema pelas jovens. Resta-nos esperar que o campo dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais seja alçado a categoria emancipatória para as mulheres jovens na relação com os/as profissionais de saúde.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Gravidez adolescente: A diversidade das situações. *Revista Brasileira de Estudos de Populações*, v. 19, n. 2, p. 197-208, jul./dez. 2002.
- ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas; AQUINO, Estela Maria Leão; GAFFIKIN, Lynne; MAGNANI, Robert. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. 566-575, 2003.
- AQUINO, Estela Maria Leão; HEILBORN, Maria Luiza; KNAUTH, Daniela; ALMEIDA, Maria da Conceição; MENEZES, Greice. Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 5377-5388, jul./dez. 2003. (Suplemento 2)
- ÁVILA, Maria Betania. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, v. 1, n. 2, Rio de Janeiro: Ciec; ECO; UFRJ, 1993.
- BERER, Marge. Dual protection: More needed than practised or understood. *Reproductive Health Matters*, v. 14, n. 28, p. 162-170, nov. 2006.
- BERQUÓ, Elza; CAVENAGUI, Suzana. Fecundidade em declínio: Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Revista Novos Estudos*, n. 74, p. 11-15, mar. 2006.
- BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. (Série Sujeito e História)
- CABRAL, Cristiane S. "Gravidez na adolescência" e identidade masculina: Repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n. 2, p. 179-196, jul./dez. 2002.
- CABRAL, Cristiane S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 5283-5292, jul./dez. 2003. (Suplemento 2)
- CAMARGO, Brígido V.; BOTELHO, Lúcio J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007.

- CASTRO, Eliza Guaraná de. As jovens rurais e a reprodução social de hierarquias. In: WOORTMANN, Ellen F.; HEREDIA, Beatriz; MANASCHE, Renata (Org.). *Margarida Alves: Coletânea de estudos rurais e gênero*. Brasília: MDA; IICA, p. 245-277, 2006.
- CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete da. *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.
- CASTRO, Mary Garcia; MIRANDA, Marlene Barreto; ABRAMOVAY, Miriam. Juventude, gênero, família e sexualidade: Combinando tradição e modernidade. In: Seminário Internacional - Família Contemporânea: Desafios à intimidade e à inclusão social, I, 2006, Salvador. *Anais...* Salvador: PUC, 2006. (Digitado)
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v. 5 , p. 07-41, 1995.
- _____. *Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós humano*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- HEILBORN, Maria Luiza (Org.). *Sexualidade: O olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- HEILBORN, Maria Luiza; GOUVEIA, Patrícia Fernanda. “Marido é tudo igual”: Mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora 34, p. 175-198, 1999.
- HEILBORN e Equipe Gravada. Uniões precoces, juventude e experimentação da sexualidade. In: HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luis Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myriam Lins de (Org.). *Sexualidade, família e etrus religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 39-60, 2005.
- HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; KNAUTH, Daniela Riva. Juventude, sexualidade e reprodução. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1362-1363, jul. 2006.
- LONGO, Luciene A. F. de B. Juventude e contracepção: Um estudo de fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n. 2, p. 229-248, jul./dez. 2002.

- MANDU, Edir Nei. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual - Brasil, século XX. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 358-371, 2002.
- PARKER, Richard. *Corpos, prazeres e paixões: A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.
- PIMENTA, Maria Cristina; RIOS, Luís Felipe; BRITO, Ivo; TERTO JR., Veriano; PARKER, Richard. *Passagem segura para a vida adulta: Oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros*. Saúde sexual e reprodutiva, n. 1. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. (Coleção ABIA - Saúde sexual reprodutiva)
- PIROTTA, Kátia C. *Juventude e saúde reprodutiva: Valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários*. In: Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, XIII, 2002, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002.
- QUADROS, Marion Teodósio. *Homens e contracepção: Práticas, idéias e valores masculinos na periferia do Recife*. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- _____. Jovens, contracepção e conversas com os pais: Comparando opiniões de moças e rapazes de famílias urbanas e rurais. In: SCOTT, Parry; ATHIAS, Renato; QUADROS, Marion Teodósio. (Org.). *Saúde, sexualidade e famílias urbanas, rurais e indígenas*. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 75-95, 2007.
- QUADROS, Marion Teodósio; MENEZES, J. A abordagem de direitos sexuais e direitos reprodutivos na escola. In: SCOTT, Parry; LEWIS, Liana; QUADROS, Marion Teodósio. (Org.). *Gênero, diversidade e desigualdades na educação: Interpretações e reflexões para a formação docente*. Recife: Editora Universitária da UFPE, p. 117-141, 2009.
- RIOS, Luís Felipe. Desafios para o futuro e novas estratégias de intervenção. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série Anais; n. 4)
- ROHDEN, Fabíola e Equipe Gravada. Religião e iniciação sexual em jovens de camadas populares. In: HEILBORN, Maria Luiza; DUARTE, Luis Fernando Dias; PEIXOTO, Clarice; BARROS, Myriam Lins de (Org.). *Sexualidade, família e etrus religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, p. 177-206, 2005.

- RUBIN, Gayle. *O tráfico de mulheres: Notas sobre a “economia política” do sexo*. Recife: SOS Corpo, 1993.
- _____. Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: NARDI, Peter M.; SCHNEIDER, Beth E. (Org.). *Social perspectives in lesbian and gay studies: A reader*. London: Routledge, 1998.
- SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. *Revista Estudos Feministas*, v. 13, n. 1, p. 11-30, 2005.
- SCOTT, Parry; QUADROS, Marion Teodósio; LONGHI, Márcia Reis. Jovens populares urbanos e gênero na identificação de demandas de saúde reprodutiva. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 219-228, 2002.
- SILVA, Vanda Aparecida. De corpos, desejos, feitiços e amores: A sexualidade entre jovens de origem rural. In: WOORTMANN, Ellen; HEREDIA, Beatriz; MANASCHE, Renata (Org.). *Margarida Alves: Coletânea de estudos rurais e gênero*. Brasília: MDA; IICA, p 309-337, 2006.
- SIMON, William; GAGNON, John. Sexual Scripts. In: PARKER, Richard; AGGLETON, Peter (Ed.). *Culture, society and sexuality: A reader*. London: UCL, 1999.
- TONELLI, Maria Juracy Filgueiras. Direitos sexuais e reprodutivos: Algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. *Psicologia & Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 151-160, 2004. (Número Especial)
- VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: Um comentário teórico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, 1995.
- VILLELA, Wilza Vieira. Reelaborando a agenda sobre AIDS e mulheres. *Divulgação em Saúde para Debate*, v. 29, p. 61-72, 2003.
- VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

Expectativas, diálogos e negociações sobre o trabalho das “parteiras de Melgaço”

Soraya Fleischer | UnB

Primeiras ressalvas¹

Este artigo poderia ser compreendido como um diálogo com uma “antropologia dos serviços de saúde”, felizmente cada vez mais vigorosa na antropologia brasileira. Muitas vezes, estes estudos revelam as categorias e lógicas nativas dos pacientes em relação ao uso e trânsito que operam nestes serviços e, mais recentemente, temos nos atentado para as rodas mais “altas”, num estilo de *studying up* (Schuch, 2010; Nader, 1969), e categorias e lógicas das equipes multiprofissionais e multi-hierárquicas também têm sido etnografadas (e.g. Machado, 2008; Chazan, 2007; Bonet, 2004). Em geral, aparecem as divergências, distâncias e ruídos de comunicação e compreensão entre estas duas pontas - “usuários” (como as instituições hospitalares teimam em chamar as pessoas que a elas recorrem) e os profissionais da saúde. E, em alguns momentos, aventam-se sugestões e/ou recomendações, que surgem de bons e sensíveis dados etnográficos, para melhorar a comunicabilidade, a permeabilidade do pensamento biomédico às formas mais “populares” do cuidado com a saúde e, por fim, a adaptabilidade entre as visões e comportamentos de ambas as partes em prol da melhoria dos serviços oferecidos.

¹ Agradeço aos organizadores desta coletânea pelo gentil convite para participar da mesma. Em especial, agradeço aos generosos comentários críticos de Pedro Nascimento a uma versão preliminar deste texto.

Embora, como se verá, as paisagens suscitadas por esse artigo muito evocarão os espaços hospitalares, cabem duas ressalvas importantes logo de início que acabam por levá-lo a um diálogo um pouco mais amplo. Por um lado, os espaços por onde transitam os personagens a serem apresentados aqui têm forte relação com o cuidado com a saúde, mas cartórios, repartições públicas, organizações não governamentais e barcos e veículos de transporte também aparecerão como cenários relevantes. Alarga-se, portanto, a ideia de quem e onde se presta “serviços de saúde”. Por outro lado, e mais importante, tentarei evitar uma certa polarização que paira sobre os referidos estudos dos serviços de saúde e isso será facultado pelo fato de que os atores “não profissionais” que frequentam esses espaços não são necessariamente “pacientes” em busca de atendimento, medicamentos ou atenção biomédica **para si próprios**. Neste caso, são mulheres que, independentemente do que o SUS oferece aos cidadãos brasileiros, atuam diariamente como parteiras e, num espectro mais amplo, como cuidadoras populares, em espaços domésticos e também, por vezes, hospitalares. Nesta condição, estas mulheres não necessariamente procuram um centro ou posto de saúde para receber algum tipo de auxílio curativo, mas, ao contrário, muitas vezes, entram nestes espaços para oferecê-los ou, no mínimo, negociá-los com a equipe profissional, com os expoentes burocráticos, com os familiares das mulheres atendidas por elas. Claro que, em algumas situações, parteiras também se tornam pacientes, ao caírem doentes e precisarem de apoio externo àquele oferecido nas suas rodas domésticas. Mas, em geral, quando figuram em diálogos e ações com as “equipes dirigentes”, não estão na posição clássica de “paciente” no sentido de passividade, dependência e desempoderamento (Goffman, 2007 [1961]; Parsons, 1952). Assim, mesmo que eu deseje transitar por uma “antropologia dos serviços de saúde”, pleiteio que a ideia de “serviços” precise ser mais ampliada, para fora dos espaços institucionalizados, para além dos profissionais de saúde.

É preciso ressaltar, contudo, que não desejo transmitir que o status e o alcance da autoridade das parteiras desta cidade de Melgaço² junto às

² Melgaço é um município localizado na porção sul do arquipélago do Marajó e dista aproximadamente 290 km de Belém, adentrando pelo Rio Pará. A cidade conta com cerca de 4.000 habitantes e 18.000 em toda sua extensão territorial (IBGE, 2009). Entre os anos de 2004 e 2005, fui recebida na casa da parteira Tabita Bentes dos Santos em

autoridades sanitárias locais sejam algo surpreendente, excepcional ou mesmo acima da média; ao contrário, não fogem aos desafios cotidianos de legitimidade e reconhecimento que os expoentes das medicinas populares têm enfrentado desde sempre no país (Barros, 2009). Nem tampouco desejo que D. Tabita Bentes dos Santos (mais conhecida como D. Dorca) se sobressaia como uma parteira típica ou representativa de todas as outras 21 que à época atendiam e atuavam em ações gineco-obstétricas na cidade. É dela que provém quase tudo que eu sei sobre o partear em Melgaço porque, de forma simples, foi a personagem que aceitou a minha convivência, que tinha espírito aberto o suficiente para ser didática em suas explicações e exemplos e que frequentava os espaços *da frente*³ com desenvoltura. O que este artigo pretende, ao contrário de qualquer pretensão precipitadamente generalizante, é iluminar uma porção da

virtude de minha pesquisa de Doutorado, voltada principalmente para conhecer o trabalho realizado pelas parteiras da cidade (Fleischer, 2007). Tive o privilégio de estabelecer uma relação muito amistosa e próxima com essa anfitriã e, por recente e infeliz passagem de sua morte no último dia 5 de maio de 2010, dedico-lhe as reflexões que ora me esforço para esboçar sobre a realidade que lhe circundava.

³ Em Melgaço, como em várias cidades que surgiram paralelas aos rios amazônicos, havia uma divisão sociogeográfica bastante marcada: a parte *da frente* e a *de trás*. As quatro primeiras ruas eram mais valorizadas por serem próximas da orla e, assim, contavam com moradores mais abastados, ruas calçadas, limpas e iluminadas, casas de alvenaria com água encanada, luz elétrica, banheiros e chuveiros. É nessa porção da cidade que se encontravam também a prefeitura, a câmara dos vereadores, os correios, a *unidade* (como era conhecido o centro de saúde de atenção primária local), o *postinho* (como o posto de saúde local era chamado), a biblioteca e o mercado, a sede da companhia de energia elétrica e duas escolas. Na parte *de trás*, as ruas eram de areia e não recebiam limpeza nem iluminação pública, as casas eram de madeira, abastecidas com água de poços e servidas de *casinhas* no fundo dos quintais. Não havia serviços de saúde, só a visita esporádica de ACSS. Uma terceira e menos prestigiada escola primária estava localizada nessa parte da cidade. Aqui, a maioria da população trabalhava com agricultura ou conseguira um posto na prefeitura (a principal fonte de empregos da cidade), como merendeira, servente, varredor de rua. As 22 parteiras da cidade moravam e em geral assistiam as mulheres *de trás*. Para além do espaço dividido, as pessoas eram rápida e moralmente **identificadas** como sendo *de trás*, *da frente* e, em alguns casos, *de fora* (como as professoras dos cursos, os gestores públicos que apareciam de outra cidade ou estado ou mesmo a antropóloga em atividade de pesquisa, por exemplo).

realidade dos serviços de saúde pública em uma pequena cidade amazônica, onde uma restrita equipe biomédica e burocrática era, à época da pesquisa de campo, responsável por atender cerca de 4.000 pessoas no perímetro urbano e outras tantas centenas que lhe chegavam diariamente aos consultórios e escritórios, vindos de porções interioranas do município em seus *casquinhos* caseiros (pequena embarcação escavada de longos troncos de árvores locais). E, além deste aparato institucional, mas com atendimento igualmente frequente, havia cerca de duas dezenas de parteiras, dentre outros terapeutas populares disponíveis (como puxadores, benzedeiras, rezadeiras e raizeiros). Claro, a presença de uma multiplicidade de atores voltados a cuidar da saúde alheia não é uma peculiaridade dos microcosmos urbanos, mas em Melgaço essa convivência, nem sempre pacífica como veremos abaixo, era evidente e talvez ressoasse muitas outras pequenas localidades na Amazônia e no restante do Brasil. E, como foco desse artigo, pretendo mostrar como essa multiplicidade de atores, em especial as parteiras, mantinha um diálogo perene com os profissionais que pretendiam cuidar da saúde local. Atentar para esse diálogo, muitas vezes estimulado pelas altas esferas, como o Ministério da Saúde ou a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2000a; OMS, 1993, 2002), nos revelará que, nem sempre os assuntos, as rusgas e as soluções seguiam exatamente o que recomendavam e esperavam os documentos e diretrizes emitidos por estas esferas tidas como “progressistas”, ao propor a “inclusão” das medicinas populares. Se descermos para o nível local, perceberemos como estes diálogos entre as parteiras e os demais atores que cuidavam da saúde dos melgacenses talvez não seguissem a todo momento as orientações oficiais, mas certamente despertavam expectativas recíprocas, nem sempre coincidentes, nem sempre realizadas. Aproximar-me destas expectativas - das equipes em relação às parteiras e vice-versa - é um das pretensões deste artigo.

Aqui, o objetivo central é tentar retratar um pouco desse cenário, em que algumas parteiras, mais do que outras, circulavam diariamente pelos espaços *da frente* da cidade, em busca de apoio aos achaques vivenciados por suas pacientes gestantes, parturientes e puérperas. Era inevitável que dialogassem com enfermeiras, médicos/as, porteiros, barqueiros, secretários/as da prefeitura, burocratas do cartório e do juizado, comerciantes etc. Era esse trânsito e também os diálogos que o pontuavam que desejo fazer transparecer aqui com maior vivacidade possível. E,

mesmo que os atores **presentes na cidade** sejam os que terão seus contornos mais nitidamente expressados, personagens, idéias e referências que não necessariamente viviam e/ou atuavam na localidade eram constantemente acionados. Cursos e treinamentos que haviam sido oferecidos, orientações e conselhos que haviam sido dados, memórias e afetos que constituíam relações com técnicos sanitários de outros municípios paraenses vizinhos e com militantes dos movimentos feministas e da humanização do parto de outros estados brasileiros eram elementos constantemente incorporados aos argumentos e às situações de debate público sobre a atenção à saúde materna local.

As “parteiras de Melgaço”, um coletivo visível

As parteiras melgacenses existiam, esse era um fato inegável. O trabalho que elas ofereciam, sobretudo às famílias espalhadas pela parte *de trás* da cidade, variava conforme o renome, a experiência, a disponibilidade de cada uma delas. Seguindo uma classificação nativa, as parteiras *verdes*, isto é, aquelas pouco procuradas e/ou neófitas faziam *puxações*⁴, davam conselhos puericulturais, realizavam ou, ao menos, acompanhavam parteiras mais graduadas em eventuais partos e se prontificavam a estar presentes nos primeiros sete dias do pós-parto (para assumir as tarefas domésticas enquanto a puérpera resguardava com tranquilidade). Enquanto as parteiras mais *famosas* faziam tudo isso com maior frequência, ainda acompanhavam e, muitas vezes, representavam essas mulheres nos serviços existentes *na frente* da cidade (como cartórios, campanhas de vacinação, a *unidade*) e nos momentos de emergência, até os hospitais mais especializados e localizados em cidades vizinhas, como Breves e Portel. Entre as 22 parteiras que eram reconhecidas pelas pessoas à época em que estive em Melgaço, meia dúzia, no máximo, era tida como *famosa* e era sempre *chamada* para ajudar. Havia diferenças internas ao grupo e isso nos

⁴ A *puxação* era uma massagem realizada rotineiramente pelas parteiras, em especial sobre ventres grávidos, para saber, resumidamente, o tamanho, a posição, o sexo e a previsão de nascimento daquele feto. *Puxar* era parte central da “etiqueta obstétrica local”, como denominei o conjunto de práticas valorizadas pelas parteiras e suas pacientes para se alcançar um parto domiciliar, seguro, rápido e fácil (cf. Fleischer, 2008). Mas era possível *puxar* membros, músculos, ligamentos e órgãos *desmentidos*, *rasgados*, machucados de homens, mulheres, crianças e idosos. Nesses casos não obstétricos, outros atores, como *puxadores*, também poderiam ser consultados.

ajuda a entender que não se tratava de um coletivo homogêneo, como algumas pesquisas sobre parteiras por vezes gostam de retratar, e que o trânsito e o diálogo com as “autoridades da frente”, não era conduzido por todas as parteiras e, mesmo por essas, nem sempre da mesma forma ou com as mesmas estratégias e intenções.

Nos últimos anos, as parteiras de Melgaço ficaram relativamente conhecidas pelas políticas públicas do Ministério da Saúde, pelas ONGs feministas que trabalham pelo reconhecimento ao direito a um parto domiciliar seguro e realizado pela atendente de preferência, e por órgãos internacionais com representação local como a UNICEF, por exemplo. Isso se deve ao fato de que, em 1998, as primeiras iniciativas do Programa Nacional de Parteiras Tradicionais (PNPT), do próprio Ministério, terem sido testadas na região de Melgaço. Embora o Brasil, como tantos outros países, especialmente de “terceiro mundo”, terem recorrido às parteiras desde o início do século XX⁵, o PNPT foi a primeira política com intuito mais revigorado (financeiramente, inclusive) e com pretensão de alcance federal. A partir do “pólo-zero”, como por vezes ouvi se referirem a Melgaço, os “treinamentos de parteiras”, principal atividade do PNPT, foram aprimorados e levados a outros municípios do Pará, da região Norte e de outras regiões do país, principalmente o Nordeste, o Centro-Oeste e a porção norte de Minas Gerais.

Depois desse primeiro curso, no final da década de 90, dezenas de outros encontros, reuniões e mais cursos chegaram ao município e as parteiras da cidade bem como do interior tiveram a chance de conhecer

⁵ Os treinamentos começaram em diferentes momentos ao redor do mundo. As primeiras iniciativas são encontradas, por exemplo, no México em 1926 (Parra, 1993), nas Filipinas em 1954 (Mangay-Maglacas e Simons, 1986) e na Guatemala, em 1955 (Kelly, 1955; Cosminsky, 1977). Iniciativas semelhantes se espalharam por vários outros países e a OMS esteve sempre presente na forma de documentos, eventos, material, financiamentos, docentes etc (e.g. Jordan, 1989; Greenberg, 1982; Stephens, 1992; Pigg, 1997; Rozario, 1998). Agências internacionais como a OMS e a UNICEF têm recomendado os treinamentos de parteiras há várias décadas (Rozario, 1998: 144) e, mais expressivamente a partir dos anos 1950, têm produzido documentos para “orientar” as autoridades sanitárias terceiro-mundistas sobre como aproveitar essa mão de obra “culturalmente apropriada”, “barata” e “participativa” (Greenberg, 1982; Parra, 1993; Pigg, 1997). Há uma ideia geral de que as parteiras têm utilidade provisória enquanto a hospitalização não for universalmente democratizada (Parra, 1993: 1322).

muitas informações sobre a saúde materna a partir da perspectiva biomédica, receber materiais obstétricos e certificados de participação (itens muito valorizados por elas), tirar fotos com as instrutoras, compartilhar histórias de (in)sucesso nos partos realizados, denunciar o que consideravam como faltas e falhas do sistema de saúde local etc.

Mas, o que julgo igualmente importante foi um crescente acúmulo de capital social facultado por esses encontros com as feministas de ONGs como o Grupo Curumim Gestação e Parto e o Cais do Parto, as duas entidades pernambucanas que têm trabalhado mais estreitamente com o Ministério nestas iniciativas junto às parteiras. Conhecer e conseguir entrar em contato quando necessário com Paula Viana, do Curumim, ou dizer que participou de um curso na Reserva Ecológica de Caxiuanã (localizado no município de Melgaço), por exemplo, eram táticas que algumas parteiras, especialmente aquela meia dúzia atuante, acionavam quando precisavam ter acesso a alguma pessoa do centro de saúde ou mesmo quando precisavam ganhar proeminência frente a outra parteira, que não tinha participado do referido curso ou que não tinha acesso aos bens e informações que haviam circulado pelo mesmo. Percebo que esses contatos, para além das fronteiras da pequena ilha fluvial de Melgaço vinham constituindo, nos últimos anos, uma espécie de “blindagem simbólica” que funcionava com mais ou menos eficiência na esfera local. Apesar da hierarquia, de diversas ordens, como veremos ao longo deste artigo, não faltavam formas para que essas parteiras acionassem compensações criativas para se sobressaírem e garantirem alguma legitimidade.

Por conta desse contexto histórico, mas sobretudo pelo fato de atenderem, com predominante sucesso, cerca de 60% dos partos ocorridos no perímetro urbano⁶ e sempre serem vistas e mencionadas pelas mulheres e suas famílias, as “parteiras de Melgaço” eram um coletivo visível na cidade. Dizer que se era parteira, falar de um parto ocorrido na noite anterior, perguntar se havia reposição disponível de material obstétrico no *postinho* não eram discursos impensáveis ou incompreensíveis para as enfermeiras do centro de saúde, para a funcionária dos Correios ou para o

⁶ Além de muita observação participante e algumas entrevistas, o trabalho de campo realizado na cidade também contou com o levantamento dos nascimentos, tarefa realizada nos livros de registros do Cartório local.

dono da quitanda da esquina. Não era possível ignorar o trabalho que desenvolviam. Pelo contrário, as equipes de profissionais *da frente* nutriam expectativas em relação à participação e presença das parteiras, ponto para o qual me volto a partir de agora.

Expectativas sobre as parteiras

Parteiras que *encaminhavam*

De acordo com as recomendações anunciadas nos materiais que chegavam da Esplanada dos Ministérios (e.g. Brasil, 2000a, 2000b) ou que parteiras e gestores/as ouviam durante os cursos e reuniões formais empreendidas na 8ª Regional de Saúde⁷, sabia-se que uma das ações mais esperadas oficialmente das parteiras era “encaminhar os casos complicados” para serem atendidos no centro de saúde local, capacitado para realizar partos normais, administrar indutores de parto (como a ocitocina sintética), usar fórceps e outros aparatos típicos da obstetria biomédica. Quando a equipe profissional local diagnosticava que o parto exigia uma intervenção cirúrgica, era necessário recorrer às duas cidades vizinhas, Breves e Portel, que contavam com hospitais de atenção secundária, isto é, centros cirúrgicos e UTIs neonatais (cada vez mais comuns e tidas como redentoras na região). Essa expectativa explícita que, por um lado, se reconhecia que a maior parte dos bebês nascia mesmo em casa e eram *aparados* pelas parteiras da cidade; e, por outro, que estas últimas necessariamente eram limitadas em sua prática.

Os problemas que daí decorriam, no entanto, eram de duas ordens. Primeiro, havia uma divergência entre o que era compreendido como “complicado”. Como já discuti com mais vagar anteriormente (Fleischer, 2007, quarto capítulo), às parteiras, um *parto para casa* que terminava inesperadamente como *parto para hospital*, ou vice-versa, constituía um *parto complicado*. Em poucas palavras, isto significava que a paciente (e, por vezes, também sua parteira ou família), de alguma forma, não tinha cumprido o

⁷ O Pará é dividido em 13 Regionais de Proteção Social (RPS) ou simplesmente Regional de Saúde. A 8ª RPS é composta pelos municípios de Melgaço, Breves, Portel, Bagre, Currálinho, Gurupá e Anajás.

que denomino da “etiqueta obstétrica local”⁸ e acabava precisando de serviços mais especializados na hora de parir. De outra forma, para as equipes da prefeitura, a ideia de “risco” era cada vez mais inflacionada e considerava-se, por exemplo, situações de gravidez gemelar, desnutrição, hipertensão e pré-eclâmpsia, abortos anteriores, espontâneos ou não. As parteiras também reconheciam esses problemas e estavam cada vez mais ciosas de atender mulheres que se recusavam a seguir as consultas pré-natais no *postinho*, pois temiam que as consequências dessas situações acabasse em suas mãos. Mas ainda assim, entre as atendentes domiciliares, o que imperava era uma certa vulnerabilidade social e familiar para declarar um parto *complicado* e remetê-lo ao centro de saúde. Esta descoberta em termos biomédicos e fisiológicos, por outro lado, era o que preocupava a equipe profissional.

Um segundo problema que decorria da onipresente recomendação oficial por “encaminhar” é que nem sempre havia consenso, entre parteiras, familiares da paciente e equipe, de que o parto realmente precisava ser levado para o centro de saúde local ou à outra cidade. Uma parteira poderia achar que seguia a recomendação ouvida num curso, ao levar sua paciente para parir na *unidade*, enquanto o médico, assoberbado naquela noite em específico, apostava que ela daria conta em casa mesmo e dispensava a paciente e sua acompanhante de volta ao cenário doméstico. Quanto mais para longe o *encaminhamento*, mais se onerava os cofres públicos do município, já que era preciso gastar com barco (ou *voadeira*, nos casos emergenciais), combustível, táxi e diárias na outra cidade. É bom lembrar que, se se conseguisse um *encaminhamento do médico*, era necessário ainda passar na Secretaria Municipal de Saúde e conseguir uma *ajuda de custo* para colocar tal encaminhamento em prática. O aval da *unidade* era importante para que a Secretaria telefonasse para o município vizinho e requisitasse uma vaga na maternidade. Mas nem sempre este mesmo aval era suficiente para convencer um funcionário da prefeitura de que seriam essenciais os tostões para pagar o táxi e uma refeição na outra cidade.

⁸ Não notificar uma parteira no início da gestação para receber o acompanhamento pré-natal domiciliar; não mobilizar pessoas para ajudarem no período pós-parto; não contar com a infra-estrutura mínima para a realização do parto como luz elétrica, comida, *panos de parto* etc eram exemplos do não cumprimento desta etiqueta.

Eram duas negociações subsequentes e independentes que a família, mas sobretudo, a parteira daquela parturiente representava arduamente.

D. Maria Silva e D. Dorca, duas parteiras bastante *chamadas* na cidade, comentaram essa questão:

“Mas nós temos compromisso com a saúde de duas pessoas, da mulher e do bebê. Nós que puxa, que endireita, nós que sabe. Eles não. Ainda querem colocar a parteira de escanteio. A Gabriela [enfermeira] ficou reinando comigo outro dia. Era um parto pra Breves, mas a gente viu que demorou tanto pra encaminhar que ia nascer na voadeira, ia aperrear no barco. Eu atendi o parto na unidade. Ela reinou comigo. A Gabriela entrou ali às 9h. Voltou só depois das 2h da tarde. Ela queria o que? Que a mulher esperasse ela voltar pra ter o bebê?” (D. Maria Silva, parteira famosa, na casa do 70 anos)

“[A senhora vê que tem que ir pro hospital antes ou na hora do parto?] Tem vez que é antes. Tem vez que é no parto. Mas todos que eu tenho levado tem dado certo. Dá tempo de operar. Teve uma que quase morren. Eu discuti com o Dr. Artur. Foi o caso da Ana Paula. Ela apareceu com dor. Eles [a família] falaram comigo. Tava com 3cm [de dilatação do colo uterino] e não ia pra frente. Eu passei três dias pra lá com ela. Levei na unidade, falaram que ela tinha condição de ter o filho. “Eu vou fazer o parto de qualquer jeito. É que não tá na hora”, ele disse. Eu falei pra ele, “Essa aqui não. Só quando estiver na sua responsabilidade. Você dá o encaminhamento para Breves. Se não der, eu levo assim mesmo”. Ele falou palavrão pra mim, eu falei pra ele também. Falou que era parteira velha que não sabia de nada. Eu tava tirada de raiva mesmo, falei que só quando fosse a mãe dele que ele tratasse assim. Ele falou da minha mãe, eu falei da dele. Fomos embora com a mãe dela. Levei manteiga [para besuntar e puxar o ventre da gestante] e ia ouvindo o coração da criança. Quando cheguei lá, era 1:30h, deu 2:30h da tarde já tava sendo operada pra tirar a criança dela. Foi pro oxigênio direto. Quase que não torna a criança.” (D. Dorca parteira famosa, na casa do 60 anos)

Reforço, novamente, que não se tratavam de duas posições fechadas e absolutamente antagônicas. Algumas parteiras levavam para o centro de saúde local casos que seriam facilmente atendidos em casa por aquelas mais experientes, quando julgavam que poderiam ser oneradas de alguma forma (a parturiente ou o bebê morrer, levar uma *loba*, isto é um “cano” do marido da paciente e não receberem o pagamento acertado, o parto ser longo demais e atrapalhar algum compromisso que já havia sido assumido como um outro atendimento, uma festa de família ou uma viagem etc). Outras matizavam ainda mais o *encaminhamento*, não só existiam *partos para casa* e *partos para hospital*, mas *partos para Breves*, como os dois trechos acima

nos mostram, ou *parto para Belém*. Embora a equipe biomédica da cidade desejasse que os atendimentos complicados não ficassem no âmbito da casa, tampouco tinham condições de atender todos os partos que, pela regra do risco biomédico, lhes acabaria chegando. Às vezes, poderia concordar que *levar para Breves* era o mais acertado por conta da situação da parturiente e da mão-de-obra e infra-estrutura disponíveis naquele momento, como Gabriela pareceu mostrar à D. Maria, no primeiro depoimento acima. O centro de saúde contava, à época, com apenas três leitos de internação, geralmente ocupados por crianças severamente desidratadas ou pessoas mais idosas. Além disso, embora houvesse se instituído um sistema de plantonistas para que o centro nunca ficasse descoberto, um médico ou uma enfermeira por turno nem sempre daria conta se mais de uma parturiente aparecesse *com dores* e dilatação avançada. A consequência mais comum era delegar a tarefa obstétrica aos enfermeiros ou deixar, como no caso acima relatado por D. Maria, as próprias parteiras seguirem com o seu trabalho ali dentro da instituição. As parturientes geralmente tentavam evitar o contato com os atendentes e/ou técnicos de enfermagem (sobretudo em situações de exposição como um parto), por se tratarem, na maior parte das vezes, de parentes, conhecidos e/ou vizinhos do sexo masculino. Era temida também a prática de *ser dedada* (consulta manual e repetida da centimetragem da dilatação do colo uterino durante o trabalho de parto) e de *ser cortada* (a realização rotineira de episiotomia, o corte do períneo com ou sem anestesia para facilitar a saída da cabeça do bebê). Além disso, muitas mulheres diziam que, no hospital, elas estavam *sozinhas*, tinham que ir ao banheiro, buscar água, arrumar o lençol, comer e aprender a amamentar sem ajuda de outra pessoa. Em casa, a parteira e a parentela feminina estariam disponíveis para esse cuidado e socialização personalizados. A evitação de gênero e o valor conferido ao apoio mútuo desestimulavam que as próprias mulheres e suas famílias optassem pelo centro de saúde e, nos casos em que as parteiras anunciavam seu limite de atendimento em domicílio, se esforçavam por *encaminhamentos para Breves*, onde pelo menos resolveriam uma das resistências ao espaço hospitalar, isto é, suas pacientes seriam atendidas por desconhecidos (em vez de atendentes de enfermagem conhecidos).

Assim, em geral, a equipe local tentava evitar mandar as parturientes para outras cidades, como D. Dorca nos mostrou ser a posição do Dr. Artur diante do caso de Ana Paula. Os médicos reconheciam que as

parteiras tomavam a decisão certa de não assumir responsabilidade excessiva diante de um *parto difícil*, mas não desejavam [a] gastar a *verba da saúde*, que já era tão minguada; [b] serem tidos como incapazes de resolver os problemas locais, pelas autoridades acima deles (da 8ª RPS); e [c] concordar excessivamente com os prognósticos aventados pelas parteiras. Nestes momentos, a ideia de “risco” se invertia e, por vários motivos, as autoridades locais tentavam minimizar as razões para se *encaminhar* uma paciente para Breves ou Portel. O *encaminhar* não apenas comunicava sobre as disputas de expertise técnica entre estes diferentes atores, mas envolvia outras esferas como: A burocracia, o orçamento público, a relação política entre diferentes secretarias municipais de saúde e, eventualmente, os direitos das mulheres a um parto seguro.

Portanto, *encaminhar à unidade*, como era esperado e recomendado às parteiras, ganhava nuances sutis e nem sempre era cumprido segundo o que rezavam as cartilhas do Ministério da Saúde ou os procedimentos organizados pela Secretaria Municipal de Saúde em Melgaço. Eu ouvia por parte das equipes comentários como “As parteiras são irresponsáveis, ficam atendendo partos difíceis em casa” ou então, “As parteiras chegam aqui em cima da hora”. Havia entendimentos diferentes sobre o que era *difícil* e também sobre o *timing* do parto. *Chegar em cima da hora* poderia ser uma estratégia para se evitar ficar na *unidade* e logo seguir, no primeiro barco disponível, para Breves. E, quando em Breves, o parto ser atendido às pressas, com uma cirurgia cesariana seguida de tecnologias sofisticadas (como incubadora ou oxigênio suplementar), facilitava para que as parteiras identificassem como acertadas suas decisões sobre o atendimento obstétrico prestado por elas e a insistência no *encaminhamento*. Não só por parte das parteiras, mas sobretudo as mulheres e suas famílias operavam um balanço cuidadoso de prós e contras em relação aos espaços hospitalares de Melgaço ou das cidades vizinhas. Tudo dependia das circunstâncias: Naquele momento, quem estava de plantão na *unidade*, se a maré do rio estava apta para navegar, se a parteira teria tempo e disponibilidade para acompanhar a moça e sua família até o próximo hospital, se partos cesarianos anteriores implicavam necessariamente no seguinte, se era final de semana ou feriado e a prefeitura estivesse fechada para repassar a *ajuda de custo* para viajar etc.

Parteiras que *mediavam*

Além dos *partos complicados* e dos *encaminhamentos*, as equipes esperavam que as parteiras servissem como “mediadoras” para ações, digamos, civilizatórias, que julgavam serem necessárias em contextos tão “pobres” e “carentes de informações corretas” como percebiam ser o caso de Melgaço. Algumas das ações tidas como “importantes e apropriadas” para as parteiras eram levar mulheres para serem incluídas na *lista da laqueadura*; estimular que as mulheres recém-paridas levassem seus bebês recém-nascidos até a *unidade* para as vacinas neonatais, até a *Secretaria* [Municipal de Saúde] para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e no cartório para o respectivo registro civil⁹; participar como coletivo dos eventos (auto)promovidos pela prefeitura (cursos para a “terceira idade” ou para uma alimentação saudável; desfiles de 7 de setembro; eventos partidários em tempos de eleição etc). Talvez essas ações até lhes afastassem dos atendimentos obstétricos, sem, contudo, deixar que sentissem que sua presença na cidade se desfizesse discretamente. Seria uma espécie de “prêmio de consolação”. Esta medida desonerava os funcionários da própria prefeitura, ao delegar algumas tarefas às parteiras, identificadas como uma “liderança” e mão de obra valorizada e ouvida pela população e, ao mesmo tempo, absolutamente gratuita em termos de orçamento municipal.

Claro que as parteiras percebiam essas expectativas que lhes eram dirigidas, mas também conheciam muito bem a sua “clientela”. Sabiam, por exemplo, que poucas mulheres desejavam *se operar* porque, caso enviuvassem ou se separassem e desejassem se recasar, um novo filho seria um elemento fundamental para consolidar essa nova união. Inclusive, a respeito das vacinas e burocracias no pós-parto, as parteiras eram bastante críticas à sobrecarga de trabalho que recebiam da prefeitura. Ao acompanhar Valdirene, atendida por ela uma semana antes, no *ritual da unidade*, D. Dorca me explicou:

⁹ Essa sucessão de eventos - vacinar e registrar um recém-nascido - era acompanhada por D. Dorca, que no 8º dia após o parto passava bem cedo na casa de sua paciente puérpera e lhe levava à *unidade*, à *secretaria* e ao cartório. Dada a solenidade e importância conferida a esse trajeto - tanto pela parteira quanto pelas autoridades *da frente* - denominei-o de *ritual da unidade* porque embora houvesse três destinos, a parteira e suas mulheres se referiam ao *dia de ir na unidade*.

“Os ACS [Agentes Comunitários de Saúde, do Programa Saúde na Família] não na casa e preparam a DNV para registrar. Esse é o ideal. Mas desde que a Carolina [filhinha de Valdirene] nasceu, nenhum ACS apareceu lá. O Zico [braço direito da secretária de saúde à época] me disse aquele dia que eu fui lá que os ACS não voltar a trabalhar. Eles tavam trabalhando em outras coisas. Ele disse que não precisava falar isso no Conselho de Saúde. Mas eu sei que só dois ACS estão trabalhando, a Preta e a Santana. Se tivesse o ACS, eu não tinha que ir na secretaria.”

E, ao mesmo tempo em que ela entendia que visitar as puérperas e preencher o formulário da DNV eram tarefas dos funcionários concursados e remunerados pela prefeitura, ela identificava como o papel das parteiras era mais eficiente para convencer as mulheres a se beneficiarem das políticas públicas oferecidas localmente:

“Eu venho junto até a unidade para a mulher não tentar. Se não trouxer, ela vem na unidade só quando o bebê ficar doente. Aí judiam do bebê porque vai tomar todas as vacinas juntas. Elas acham também que com a parteira elas são melhor tratadas. A Jita e Maria Silva são outras [parteiras] que levam na unidade. As outras não.”

Para complicar, as parteiras não estavam autorizadas a pegar o formulário da DNV e aplicá-lo no dia seguinte ao parto em casa e nem de continuar a usar a *ficha da parteira*, formulário oficial desenvolvido para já captar as informações que seriam repassadas para a DNV na visita à unidade. Se essa *ficha da parteira* fosse preenchida em casa e levada pela própria puérpera e seu marido, a parteira não teria que lhes acompanhar, mas segundo D. Dorca me explicou, “não estavam mais aceitando essa ficha no centro de saúde, na secretaria e no cartório”. O mundo oficial dos papéis - tanto materiais quanto sociais - não era consistente e, no final das contas, as parteiras acabavam assumindo muito mais do que gostariam ou, pior, tendo que assumir certas tarefas enquanto outras lhe pareciam mais importantes, como veremos na seção seguinte. Elas supriam falhas do sistema de saúde ao mesmo tempo em que as tarefas por elas realizadas e valorizadas eram pouco (ou quase nada) reconhecidas pelas equipes profissionais. Naturalizava-se essa participação e, mais do que isso, embora a estrutura burocrática precisasse das parteiras, não se lhes oferecia condições apropriadas para trabalhar e contribuir. Este quadro, portanto, se transformava num pseudo-reconhecimento, bastante conveniente para as instâncias empoderadas, mas extremamente informal em sua visibilidade e trato cotidiano com as parteiras. Mas, como D. Dorca lembrou acima, só

algumas parteiras se ressentiam com estes duplos discursos; a maioria só transitava em momentos pontuais pelos espaços institucionalizados e quase nunca se percebiam como personagens responsáveis pelas vacinas ou pelo registro civil dos novos melgacenses que ajudavam a trazer ao mundo.

Por fim, uma das grandes e onipresentes expectativas das autoridades *da frente* em relação às parteiras era, ainda como essa espécie de “mediadora”, a transformação dos costumes locais. Diferentes menções à sujeira, mas sempre à “sujeira do outro”, nos ajudam a ilustrar como essa mediação era esperada. Além de convencer as mulheres a se esterilizarem ou a vacinarem seus filhos, por exemplo, esperava-se que as parteiras reconhecessem o valor da “limpeza” e contribuíssem para tornar seus patrícios menos “sujos”. Quando perguntei a uma das quatro ACS que atuavam na cidade, qual era o principal problema que ela encontrava em suas visitas domiciliares, esperava ouvir um tipo ou outro de doença mais comum. Diferentemente, ela disse, sem papas na língua, “É falta de higiene, mana”. Ângela, enfermeira, me contou numa ocasião em que conversávamos amplamente sobre o trabalho das parteiras da cidade: “Teve um surto de meningite na casa da D. Tapuia. Os ACS foram lá pra lavar toda a casa dela com água sanitária. Ela espantou todo mundo com um terçado [fâção]. Eu saí com medo. Ela não deixou ninguém limpar a casa dela. Ela não gosta muito dessa coisa de curso”. Parece-me que, por vezes, os profissionais, especialmente os que vinham de Belém, poderiam confundir (ou mesmo equivaler) pobreza e simplicidade à sujeira e desordem. Como resultado, padrões de higiene diferentes estavam sendo comparados e conclusões um pouco etnocêntricas estavam sendo utilizadas para julgar e classificar os outros. Por ora, a certeza que tenho é que havia uma preocupação constante de que tipos variados de poluição - por vezes bacteriológica, por vezes social - levavam necessariamente a problemas de saúde. A tesoura, as mãos e as unhas, os panos, o chão ou rede eram todos itens, diretamente relacionados ao trabalho das parteiras, que ficavam sob escrutínio cuidadoso das equipes de saúde da cidade e dos cursos que por ali aportavam. Como D. Dorca frequentava bastante os hospitais da cidade e da região, era previsível que esbarrasse com profissionais de saúde e estava geralmente disponível para as conversas que surgiam. Uma enfermeira em particular tinha evidente apreço pela velha parteira, sobretudo porque sua experiência obstétrica não tinha sido angariada na Universidade Federal do Pará, onde tinha estudado, mas na sala de parto da *unidade*. Eu já havia presenciado trocas de experiências,

desabafos e perguntas entre Débora e D. Dorca. Por vezes, as duas estavam atendendo um mesmo caso - uma em casa, outra no *postinho* - e comentavam sobre eventuais problemas apresentados por essa gestante. Nessas ocasiões, numa atmosfera bastante horizontal, as duas pareciam colegas de trabalho, e eu notava como este quadro amistoso era mais comum entre as enfermeiras e as parteiras do que entre estas últimas e os médicos, os burocratas da prefeitura e do cartório. Mas, mesmo nessas conversas francas e produtivas, Débora não conseguia fugir de um certo tom professoral à qual as equipes profissionais haviam se acostumado. “Como a senhora limpa os equipamentos e os panos de parto?”, “A senhora não usa um par de luvas mais do que uma vez, né D. Dorca?” foram perguntas que ouvi nesse sentido. Parece que se desejava “corrigir” as parteiras e, tendo sucesso nesse sentido, se esperava que estas automaticamente repassariam as práticas “corretas” de higiene para parentes, pacientes, vizinhos e outras colegas.

As parteiras não estavam fora desse sistema acusatório, mesmo porque, historicamente, a moralidade da limpeza tem sido uma das formas mais corriqueiras de discriminar e deslegitimar o trabalho das parteiras (Mott, 1999). Mas a “sujeira do outro” era identificada **entre** as pessoas, o importante é notar como revelava uma **relação** entre duas pontas. Durante um curso sobre alimentação que chegou à cidade durante minha estada, Kátia, a secretária de saúde, fez todo um discurso neste sentido:

“Um dos meus defeitos é ser exigente demais com a limpeza. Se eu quero conhecer uma pessoa, eu visito a cozinha e o banheiro dela. Minha mãe dizia isso pra nós. Por isso, fico muito em casa. Não saio muito. (...) Eu vou visitar a casa dos meus funcionários e nem volto mais lá de tanta vergonha. Eles têm que ser o exemplo para a cidade. A casa da equipe de saúde era uma imundície. Só vendo. Eu tive que exigir que eles fossem o exemplo de limpeza. Não é uma questão de nível escolar. Não podem também esperar tudo da prefeitura.”

E, à noite, já em casa, D. Dorca foi rápida em seu exercício relativizador:

“[O que a senhora achou daquilo que a Kátia falou sobre conhecer as pessoas pela cozinha e banheiro da casa deles?] Eu já ouvi isso de três outras pessoas aqui em Melgaço. Uma delas é a mulher do pastor da minha igreja. Eu acho assim, se elas chegarem aqui em casa não vão gostar. Mas eu também não gosto. Na época que eu morava sozinha com o Bena [seu marido], sem netos por todo lado, eu mantinha essa casa bem arrumada. Não tinha poeira para tudo que é lado, não tinha pano em cima

das coisas, minhas panelas não estavam batidas. Agora, é muita gente aqui. E some caneco, e suja o chão. Eu não dou conta de arrumar tudo e eles também não ajudam. Mas eu gostaria de ter a minha casa mais arrumada. O que me deixa nervosa mesmo é o jirau cheio de coisa, gente que vai lavar e só lava um pedacinho, deixa farinha no outro canto. Tem que lavar tudo, não só onde joga água. Eu fico pra morrer com o jirau assim. Tem dia que eu gosto da minha cozinha, tem dias que não. (...) Eu já fui em casa de outras parteiras. Tem umas mais sujas ainda. D. Tapuia, agora não sei, porque mudou de casa, pra uma casa quase toda de alvenaria. Naquela que você conheceu, tá morando o filho dela. Mas naquela, era bem imunda. Outra coisa é quem diz essas coisas de sujeira. A mulher do prefeito. Agora, ela tá no poder e tem gente asseada para limpar a casa dela. Mas tem dia que a gente chega lá e começa a encontrar roupa espalhada no meio da casa desde a porta, brinquedo de criança que não foi agasalhado, papel em cima do jirau.”

Mas não apenas D. Dorca percebia como a sujeira era uma metáfora classificatória muito poderosa e, ao mesmo tempo, relativa, que era utilizada pelas pessoas da frente, mas também era facilmente reconhecida pelas de trás, como ela mesma nos mostrou nesse último depoimento. A enfermeira responsável pela 8ª RPS, em Breves, que vinha enfrentando muitos impasses políticos com a Secretaria de Saúde de Melgaço, me lembrou quando a conheci, “O lugar onde a Kátia manda pegar comida quando a gente vai lá pra reunião é sujo”. A “sujeira” não somente era uma categoria utilizada para recriminar e tentar “civilizar” pobres a mudar de hábitos, era eficiente para evidenciar conflitos entre personagens de mesmo “calibre social”.

Talvez o valor da higiene seja uma metáfora potente para falar de classe e letramento, sobretudo quando a assimetria dita uma relação; mas também pode explicitar nuances discretas da hierarquia entre posições mais simétricas e semelhantes, seja entre profissionais da saúde (como entre a enfermeira da RPS e a secretária municipal de saúde), seja entre parteiras (como D. Dorca rapidamente chamou atenção no depoimento acima sobre a “sujeira” da casa de sua principal concorrente, D. Tapuia). Do ponto de vista antropológico, como Mary Douglas (1991 [1966]) já mostrou tão bem, esta categoria é bastante rentável e, aqui, resalto principalmente como havia uma expectativa de que as parteiras assumissem esse papel mediador de “faxineiras morais” da dita desassistida população melgacense.

Além da “sujeira”, havia outro item bastante recorrente entre as críticas elaboradas pelas equipes de saúde sobre o trabalho das parteiras. A puxação, massagem abdominal realizada correntemente por todas as

parteiras (e até por aquelas que não mais atendiam partos, mas ainda puxavam pacientes aqui e ali), é uma ciência criada, testada e desenvolvida por parteiras em toda América Latina, como a literatura já mostrou (Cosminsky, 1977; Kelly, 1955; Jordan, 1993; Parra, 1993; Sesia, 1997), mas os profissionais da saúde insistiam em aboli-la: “puxar é muito perigoso”, “a puxação gera bebê laçado [circular de cordão]” ou como me explicou, em tom severo, o mesmo Artur, médico que atendia em 2004:

“Se a parteira toca e vê que a mulher não tem abertura ou que o bebê está na posição errada, ela encaminha para cá. O problema é que a parteira puxa. O médico toca para ver de que lado está o bebê. E toca a púbis para sentir a cabeça do bebê. Mas a parteira corre o risco de deslocar o bebê do colo do útero. A mulher não quer sentir dor nenhuma. Às vezes, é um pé ou um braço do bebê que está apertando sua costela. E ela pede para a parteira lhe puxar um pouco. As parteiras dizem que são as mulheres que pedem para serem puxadas. A parteira deve seguir a orientação de não puxar.”

As equipes desaprovavam a prática e também sua consequência mais notável, os *bebês laçados*, que talvez dificultassem ou, no mínimo, poderiam retardar a descida do feto já que o cordão poderia fazer força na direção contrária, como observou D. Ester, que parece reproduzir os conselhos distribuídos nos cursos:

“Eu não puxo, só aparpo. No curso aqui na cidade, o Dr. Artur entrou e falou assim: “Quero falar com vocês. Queria pedir pra vocês não puxarem a mulher. Se ela sai grávida, deixa nascer”. Tem umas que puxam mesmo. Eu só aparpo. Aprendi também que tem uns partos que a gente não pode fazer. Se o bebê vem de pé, a parteira não pode fazer mesmo. Se está atravessado, não pode puxar. Gêmeos também tem que mandar pro hospital. Eu atendo só se chegar na hora. O problema é que endireitar pode enlaçar a criança. E aí, custa muito a nascer, forceja pra frente e o cordão faz ir pra trás. É melhor deixar o bebê se endireitar por ele mesmo.”

Mas ela também reconhecia que, em muitas ocasiões, as parteiras se encontravam sozinhas e as pacientes - com seus *aperreios* específicos - *chegavam na hora*. Não daria tempo de transportá-las até o serviço hospitalar mais próximo e era mais seguro ficar em casa do que parir no táxi ou no barco. Era preciso *desocupar* a mulher imediatamente, sobretudo em cenários no interior do município, onde justamente D. Ester morava e atendia.

A *puxação* era uma fonte central de discórdia. As parteiras melgacenses sabiam muito bem que este era o principal alvo de críticas das equipes

biomédicas e, em raras ocasiões, reconheciam abertamente terem utilizado a mesma - claro, evitavam se expor a admoestações públicas e vexatórias. Mas também sabiam que, em casas do interior (distantes dos centros urbanos, onde se contava com mais recursos tecnológicos); em momentos em que o centro de saúde e a própria prefeitura tendiam a ficar mais desfalcadas ou, ao menos, com a equipe reduzida ao plantão (finais de semana, períodos noturnos, dias festivos etc); em famílias que não contavam com recursos próprios para driblar as negativas de apoio por parte da prefeitura, seria necessário tomar decisões e agir para acodir a mulher *com dor* e, nestas ocasiões, *puxar* era fundamental. Isto porque *puxando*, a parteira tentaria inverter um feto *teimoso*, a ponto de ficar o mais cefálico possível, posição que certamente facilitaria o parto vaginal, tanto para a parturiente, quanto para a atendente. Ficava claro também, tanto para mim quanto para elas, que as “autoridades da frente” não podiam negar aberta e veementemente a existência e as demandas das parteiras, mas tentavam definir **como** deveria ser a participação destas *aparadeiras* no atendimento à saúde das mulheres da região. A expectativa geral era que funcionassem como “mediadoras” a incentivar a democratização da laqueadura ou dos anticoncepcionais, da vacinação e do registro civil, de comportamentos “limpos” e de técnicas obstétricas cada vez menos “inseguras” e “tradicionais”. Aproximar-se do ideal biomédico e dos seus valores de “risco” e “segurança” era o esperado (mesmo que, como vimos acima, os sentidos de “risco” nem sempre eram estáveis e sustentáveis até para os atores biomédicos quando, por exemplo, não havia equipes suficientes para atender os partos que eram *encaminhados à unidade*). Os enunciados das “autoridades da frente” consistiam não só em uma transposição (mesmo que fictícia ou ensaiada) de classe e gênero, mas também de identidade profissional.

Mais algumas expectativas das parteiras

Já pontuei, até aqui, alguns dos vários momentos e assuntos em que parteiras e outros atores relevantes no cenário da saúde melgacense se encontravam. Embora as colegas de D. Dorca tentassem aproveitar, da melhor forma possível, as oportunidades que surgissem nesses espaços, havia ainda um rol de expectativas esboçadas por elas que tanto nos permite vislumbrar como pensavam esses espaços e como viam seu próprio trabalho, quanto perceber que imprimiam uma tinta muito própria

sobre seus trânsitos pela cidade, especialmente na porção institucionalizada *da frente*. Lembro de algumas dessas expectativas para matizar o quadro que ora retrato nesse artigo.

De forma geral, elas pinçavam, dos variados discursos que lhes chegavam (de representantes de ONGs, de famílias que atendiam, de equipes *da frente*, de programas de televisão e rádio), o que lhes parecia mais apropriado para oferecer um atendimento que fosse, a um só tempo, conveniente para elas (inclusive, em termos de renome e contra-dádivas), saudável e culturalmente significativo para as pacientes, econômico para as famílias e coerente aos ouvidos das equipes com quem conviviam. Elas viviam na cidade há mais de duas décadas e conheciam a lógica básica de funcionamento da prefeitura. Sabiam, por exemplo, das limitações de equipe e infra-estrutura e tentavam identificar as melhores oportunidades desse quadro. Por vezes, isso significava dar um pulo na *unidade* e conseguir uma *injeção de puxo* para acelerar e desenrolar um parto em curso em casa; internar uma paciente na *unidade* exatamente no plantão de uma enfermeira que tendia a respeitar a forma com que as mulheres estavam acostumadas a parir (ficar de cócoras ou dentro da rede, caminhar durante o trabalho de parto, contar com a parteira como acompanhante etc); conseguir um *encaminhamento para Breves* quando o parto ou o atendimento na *unidade* parecia complicado demais; reproduzir o discurso de um médico sobre o *risco* de um parto específico para tentar evitar de atendê-lo; empunhar repetidamente o nome das militantes das ONGs ou o convite que se havia recebido para participar de um evento em cidade ou estado vizinho quando se sentiam ameaçadas ou esquecidas pela prefeitura de Melgaço etc.

Percebo que, embora o trabalho oferecido pelas parteiras em Melgaço fosse uma realidade dificilmente ignorável, havia diferentes expectativas sobre o que e como deveriam atuar. Na seção anterior, vimos como a maior parte dos profissionais esperava que elas se limitassem simplesmente a *encaminhar* casos complexos e facilitar a comunicação das mensagens que saíam da *unidade*, do *postinho* e da prefeitura em direção à população. Algumas enfermeiras valorizavam a presença delas **dentro da unidade**, realizando partos ao seu lado ou como protagonistas principais. E entre as parteiras, o contato com as equipes de saúde, de educação, da burocracia também era visto de formas diferentes. Umas se mantinham literalmente no espaço do parto domiciliar e nunca pisavam na *unidade*: “Eu não posso

ir porque tem outros partos aqui. Tô contratada e não posso deixar minhas pacientes. E fora as que aparecem de surpresa. Pensam que Breves é melhor. As outras parteiras seguem com elas. Eu não” (D. Tapuia). Outras admitiam, por alguma razão, o próprio limite e simplesmente deixavam a paciente na porta da *unidade* e retornavam para casa, desresponsabilizadas. A maioria das atendentes via a *unidade* e a prefeitura como fontes de *material*, isto é, eram espaços que tinham como responsabilidade a reposição de luvas descartáveis, algodão, tesouras, iodo para a realização dos partos em casa. Mesmo sendo o pólo-zero das políticas do PNPT, Melgaço não havia conseguido internalizar a continuidade de ações básicas e necessárias para o trabalho seguro das parteiras. A ausência dos materiais, inclusive, contradizia o forte e onipresente discurso higienista promulgado pelas autoridades sanitárias locais. E D. Dorca era uma das parteiras que, sempre que podia, intercedia em prol destes *materiais*. Cansé de vê-la se encontrar, por acaso, com parteiras em trânsito (no trapiche, nos barcos, nos *mercantis*) que reclamavam da inacessibilidade e má vontade das equipes profissionais em disponibilizar os materiais obstétricos mínimos. Na primeira ocasião em que encontrava uma enfermeira, a secretária de saúde, a esposa do prefeito, minha anfitriã lhes lembrava desses entraves e pedia para que se resolvessem prontamente. D. Dorca sabia, por exemplo, que Angela era uma das enfermeiras que tinha participado de encontros promovidos pelo Grupo Curumim e tinha especial simpatia pela causa. Saber que essa pessoa mais facilmente daria ordens para que material fosse entregue era uma das informações que só quem frequentava os espaços institucionais e os cursos de treinamento acabava acumulando.

Parteiras, como D. Dorca, D. Maria Silva, D. Jita, D. Ester, D. Benedita por exemplo, percebiam que por mais que os hospitais fossem necessários em algumas ocasiões, como me lembrou a primeira parteira, “Lá não tem ninguém. A mulher tem que fazer tudo. Andar, se deitar, dar o jeito dela. Já em casa tem gente pra ajudar”. Parir *sozinha* era um dos maiores medos das mulheres de Melgaço e, dentre aquelas que infelizmente assim terminassem na *hora da dor*, a maioria era composta por mulheres primíparas, solteiras, migrantes recém-chegadas à cidade e ainda alheias às redes sociais de parentesco, vizinhança e parteiras. Para muitas mulheres, inclusive, a idéia de “hospital” estava muito relacionada com a morte e tentava-se, ao máximo, evitar esse espaço visto como liminar. As parteiras conheciam suas pacientes e sabiam que, em geral, prefeririam ficar em casa para ter

seus filhos. Sabiam reconhecer exatamente as razões para se evitar os hospitais, como deixei claro em seção acima. Mas as parteiras também sabiam que nem todos o *partos eram para casa* e era sua tarefa tentar viabilizar alternativas para os casos excepcionais: Chamar uma segunda ou terceira atendente, procurar a *unidade* em momentos estratégicos, acionar comerciantes sabidamente endinheirados para custear as viagens quando a prefeitura estivesse indisponível etc.

Para além da questão dos espaços para parir, D. Dorca era uma das poucas que percebia seu papel como parteira de forma mais ampla do que as tarefas obstétricas. Equipar e consolidar a Associação das Parteiras como espaço político expressivo e participar de cursos e conhecer a realidade das políticas de saúde em outras cidades eram atribuições e, ao mesmo tempo, direitos que lhes cabiam, sobretudo por mérito angariado através do trabalho cuidadoso oferecido às mulheres por muitas décadas a fio. Nesse sentido, eis uma das principais reclamações que eu via somente D. Dorca esboçar em diferentes momentos de nossa convivência:

- *Eu falei pro Zico que não estão me chamando pras reuniões da saúde, na Unidade. Eu quero participar, falei com ele pra me avisar. Ele disse que isso não é com ele.*
- *Eles estão muito arisco para nos chamar pra reunião da saúde. Não tão chamando, nada.*
- *Eu vou dizer pra Katia que no dia da reunião, “Olha, eu quero participar”.*

Participar do Conselho Municipal de Saúde, ou como dizia, *as reuniões da saúde*, lhe dava acesso a informações sobre recursos e eventos que chegariam à cidade e lhe permitia tentar envolver as parteiras nos mesmos. No Conselho, ela poderia denunciar as inconsistências que os moradores da cidade ou as parteiras observavam na gestão administrativa. Ou simplesmente seria possível estar presente e não deixar que o coletivo das *aparadeiras* fosse ignorado. Um exemplo foi comentado rapidamente acima, quando D. Dorca questionou por que os ACSs não estavam passando nas casas das recém-paridas para preencher a DNV e Zico, ciente da participação assídua da parteira nas reuniões, tentou evitar a reclamação, “O Zico disse que eu não precisava falar isso no Conselho de Saúde. Mas **eu sei** que só dois ACS estão trabalhando” (grifo meu).

Requisitar *material*, conhecer os bastidores das instituições *da frente*, respeitar e comunicar os desejos de suas pacientes e ter participação ativa para além dos atendimentos obstétricos pontuais eram todas expectativas

que D. Dorca e algumas outras parteiras identificavam como prioritárias. Nem sempre conseguiam fazer prevalecer essas expectativas e negociações táticas se tornavam importantes para avançar no diálogo com autoridades locais, com os representantes *de fora* (da 8ª RPS, das ONGs feministas, da Esplanada dos Ministérios) e com as demais parteiras.

Últimos palpites

Comecei com ressalvas e terminei com palpites, numa tentativa de propor interpretações cautelosas mas minimamente produtivas. Polarizar parteiras, de um lado, e profissionais de saúde ou da burocracia municipal, em outro, não nos ajuda muito a compreender e avançar nessa discussão. Todos os lados tinham, ao final, o mesmo objetivo: Oferecer as melhores condições infra-estruturais e técnicas para que as mulheres e homens melgacenses pudessem gestar, parir e criar seus filhos e famílias. O senso comum e também uma parte da literatura especializada têm insistido em manter certa polarização. Mais rico, a meu ver, é adentrar nas filigranas das relações entre diferentes atores de uma realidade social e, daí, inferir algumas conclusões mais embasadas em dilemas reais e cotidianos vividos por esses atores.

Observo que, em nenhum dos dois cenários - *encaminhar* e *mediar* - as parteiras eram valorizadas pelo serviço que elas próprias identificavam como central em sua identidade de ofício. Parece que havia, por parte das “autoridades da frente”, uma apropriação um pouco instrumental destas atendentes, como se o resultado final sempre se vertesse para uma lógica biomédica e burocratizada da saúde. O *encaminhamento*, para a *unidade*, ou para outras cidades, reconhecia que elas eram as pessoas que tinham melhor acesso ao ciclo reprodutivo de outras mulheres. A *mediação* pressupunha que elas tivessem acesso a particularidades do universo feminino local. Em ambos os casos (e também entre algumas autoras que pesquisaram parteiras no país e nos documentos do Ministério da Saúde), preponderava em alguma medida uma idéia de identificação de gênero por sororidade automática ou natural. Vejamos esse ponto importante com um pouco mais devagar.

Suely Gomes Costa, em artigo recente que revê as metáforas de “onda” e “rizoma” para pensar as diferentes concepções que movimentos e intelectuais feministas tiveram de suas ações e idéias, nos lembra a definição de “sororidade feminina”, que me parece pautar as expectativas

de *encaminhar* e *mediar* dirigidas às parteiras, bem como a relação como um todo que, por exemplo, “autoridades”, maridos de pacientes, barqueiros e comerciantes mantinham com elas:

“As abordagens clássicas, por muito tempo, focaram, de um lado, a oposição masculino x feminino, e, de outro, evidências de formas de convivência ou de complicitades femininas. Sob a simbologia da “sororidade”, conceberam-se conceitos sobre processos identitários “naturalmente” vividos pelas mulheres em suas relações entre si, moldados por sentimentos e sensibilidades inclusive das mulheres feministas de diferentes tempos forjados, sobretudo, na experiência da maternidade vista como “igual” para todas.” (2009: 12)

As parteiras também reivindicavam um saber ligado ao “mundo feminino” mas, julgo, enfatizavam mais o fato de dominarem uma **técnica do partejar** que era aceita, compreensível e plena de sentido para as pessoas que elas atendiam. Não era a proximidade de gênero que mais anunciavam para valorizar sua participação, mas a expertise técnica e prática **acumulada** durante o ofício e a vida. Assim, no caso dos *encaminhamentos*, sinto que a expressão era mais entendida pelas parteiras como um “caminhar junto”, um “acompanhar” a *buchuda aperreada* e honrar o compromisso firmado com seu marido e sua parentela, passando estrategicamente pelos meandros dos serviços *da frente* do que simplesmente outorgar às mãos biomédicas e burocráticas o cuidado com a saúde daquela paciente. Foi o que D. Dorca me comunicou quando contou a disputa com o médico: Quando este disse que “atenderia de qualquer jeito quando finalmente chegasse a hora”, ouviu rapidamente da parteira: “Essa aqui não. Só quando estiver na sua responsabilidade”. As parteiras percebiam como um de seus papéis era *encaminhar* as pacientes (para o pré-natal, para o parto hospitalar e às vezes cirúrgico, para as vacinas, para a emissão da DNV etc), mas o faziam, sobretudo, pelo compromisso com a saúde destas mulheres e não necessariamente por converter-se à cartilha biomédica de risco, como propagavam os manuais e os profissionais. Inclusive, muitas vezes, elas deixavam de receber o que havia sido combinado pelo serviço porque as famílias concluíam apressadamente que os materiais obstétricos utilizados eram do serviço de saúde; que o traslado até outra cidade havia sido custeado pela prefeitura; e, se as parteiras estavam **dentro** do hospital, elas certamente estariam recebendo, de alguma forma, uma remuneração *do governo*.

As parteiras tinham *agency*, no sentido enunciado pela antropóloga estadunidense Sherry Ortner (2007). Não só *agency* dentro dos consultórios e escritórios, pelo fato de acompanharem suas pacientes e tentarem negociar as melhores condições para que recebessem atenção mais próxima o possível do que imaginavam como ideal, mas também *agency* no sentido de deixar muito claro, em vários momentos e não só quando estivessem com pacientes a tiracolo, qual era a expectativa que sustentavam e esperavam em relação a esses serviços. Quero dizer que, em alguns momentos, as expectativas das equipes eram exógenas e, por vezes, esdrúxulas para as parteiras, mas isso não significava que optassem por fazer frente direta e constantemente a estas expectativas. Construíam suas próprias teorias sobre o que os serviços deveriam lhes disponibilizar, posicionavam-se muito claramente no complexo leque de alternativas locais para cuidar da saúde e esboçavam as posições que julgavam mais adequadas para elas próprias serem e atuarem como parteiras **em diálogo** com essas esferas institucionalizadas. Ora isso aparecia como a aceitação de algumas sugestões vindas das equipes e acreditavam mesmo que serviriam como boas “mediadoras” entre os seus. Ora indignavam-se com as prescrições e julgamentos desses atores um pouco mais empoderados e, à boca pequena e nas táticas de enfrentamento dos “fracos”, como diria James Scott (1985), espalhavam críticas e discordâncias severas sobre essas opiniões - o exemplo que D. Dorca nos deu acima sobre a sujeira entre os poderosos (como a primeira dama ou a esposa do pastor da igreja) é eloquente nesse sentido. Ora simplesmente ignoravam os discursos oficiais e continuavam a levar adiante práticas nas quais fielmente acreditavam ser as mais adequadas para delinear seu ofício e, ao mesmo tempo, cuidar e salvar suas pacientes. Muitas vezes, isto significava “mediar” a seu próprio modo como, por exemplo, encontrar uma *leiteira* (ama de leite) para uma puérpera que não conseguisse amamentar (Fleischer, 2007a), saber que uma mulher queria *dar seu bebê recém-nascido* (por várias razões) e outra queria acolher e criá-lo (também por várias razões) ou mesmo que, acompanhadas, as suas pacientes *seriam melhor tratadas* especialmente nos ambientes *da frente*, como lembrou D. Dorca acima, no caso do *ritual da unidade*.

Claro que as linhas discriminatórias e os ouvidos moucos também se sustentavam sobre estruturas muito arraigadas de classe, gênero e cor. As parteiras eram mulheres materialmente pobres. A maioria só conseguia

assinar o nome, como elas próprias me diziam. Eram negras, pardas ou exibiam ascendência indígena evidente, como geralmente é o caso em várias regiões do Norte. Embora os atores que figuravam nos espaços institucionalizados poderiam ser fenotipicamente semelhantes, tinham conseguido ascender com seus cargos públicos, bens de consumo e boas relações com os empoderados locais. Eu sabia que muitas dessas pessoas eram *filhos de umbigo* das parteiras locais e certo respeito poderia provir daí, inclusive nos momentos em que parteiras batiam às portas dos consultórios e dos escritórios para pedir auxílios para suas pacientes. Certo descaso por elas poderia, por vezes, parecer dirigido às técnicas que empregavam em seu ofício, mas no fundo ter orientação misógina, racista e classista. Assim, era impossível esperar que automaticamente certa sororidade feminina, uma “harmonia espontânea, imediata, de tipo instintivo” (Collin *apud* Costa, 2009: 13) entre mulheres, fosse “natural” entre parteiras e enfermeiras (também das ONGs e das esferas administrativas da saúde do Estado), como às vezes ainda encontro em dissertações e teses produzidas sobre parteiras. Da mesma forma que algumas enfermeiras padeciam com a hierarquização sofrida frente aos médicos, logo reproduziam o mesmo padrão com quem vinha logo atrás delas, conforme a escala biomédica de poder e autoridade no âmbito da saúde. “Natural”, assim, era que as médicas e, eventualmente, as enfermeiras tentassem se distinguir das atendentes de enfermagem, das técnicas de saúde dental, das moças dos *serviços gerais* bem como das parteiras. Mas também encontrei, como visto acima, enfermeiras mais críticas a este sistema historicamente construído e que, em virtude da convivência com as parteiras, dos diagnósticos acertados por elas e da participação em eventos em prol da humanização do parto promovidos pelo Grupo Curumim ou pela 8ª RPS, tinham especial simpatia pelas parteiras, chegando até a deferenciá-las em alguns momentos, pelo menos publicamente. Como vimos nesse artigo, nem sempre as expectativas de todos os personagens aqui descritos coincidiam. É também por isso, nos alerta Costa, que a metáfora da “sororidade” perdeu sua força nos escritos feministas atuais no Brasil.

“Um pouco dos registros etimológicos do termo “sororidade”, tomado como tradução conceitual do termo sororité, ajuda a percebê-lo como um constructo simbólico de uma solidariedade considerada “própria” a relações entre mulheres e a processos identitários feministas que parecem prosseguir ad eternum. Examinada em muitos

indícios, essa solidariedade nem sempre se verifica, pois também pode interromper-se e/ou mudar de sentido. (...) Sugere muito das práticas e das sociabilidades femininas sem nada enunciar das dissensões entre mulheres, tão frequentes, ocultando seu antônimo: a pluralidade de relações de poder e dominação também presentes nas formas de convivência de mulheres com mulheres. (...) A segunda onda feminista no Brasil não elabora qualquer crítica sobre essa metáfora (...); pelo contrário, as práticas que a alimentam, nos anos 70 e 80 do século XX, parecem tê-la como motivação política.” (2009: 14-15)

Em termos de saúde e gênero, não é possível sustentar que D. Dorca e suas colegas sejam, por um lado, extensão prática e pragmática das expectativas dos ideais de saúde preconizados pelas equipes biomédicas nem, por outro, representantes de um coletivo homogêneo e coeso de “parteiras”. Uma pluralidade de definições de “parteira” e “saúde materna” estavam em jogo a todo tempo, acompanhadas, obviamente como ressalta Costa, de complexas relações de poder e dominação. E é justamente essa pluralidade, que desafia certezas sobre a ideia de “sororidade”, que escapa, segundo a autora, do faro crítico da “segunda onda feminista brasileira”. Exemplos etnográficos podem ser úteis para rever os limites do emprego de uma política pública de saúde que pressuponha a “sororidade” como baliza inicial nas relações entre parteiras e suas “clientelas”, por exemplo.

Mas não é somente sobre as discordâncias que desejo repousar o foco de minha análise. Diferenças de opiniões, lógicas, práticas e formas de comunicar tudo isso já vêm sendo descritas por várias etnografias (e, aqui neste artigo, também transpareceram) e, de fato, essa tem sido uma das principais contribuições que as antropologias da saúde têm nos legado desde Rivers, no início do século XX. Já sabemos, portanto, que a observação etnográfica é muito afiada para apresentar essas diferenças. Mais interessante, no atual momento, é nos instigarmos com o passo seguinte, isto é, a partir das diferenças, o que acontece? Como as pessoas convivem, que formatos de diálogo conseguem empreender? Que estratégias utilizam aqueles que se situam nas franjas do poder para manter parte de sua coerência simbólica e seu sistema cultural a la Geertz? É nessa direção que tentei empreender a discussão concentrada nesse artigo. As parteiras de Melgaço eram uma ponta fundamental na atenção à saúde das mulheres da cidade. Muito mais do que uma “alternativa”, elas eram a referência que mais fazia sentido para a grande parcela da população em matéria obstétrica. E, conforme sua experiência acumulada, sua posição no

ranking de parteiras na cidade, sua relação com os atores *de trás, da frente e de fora*, elas empreendiam diálogos diferenciados com estes atores. Da mesma forma, enfermeiras, médicos, barqueiros, funcionários da prefeitura, instrutoras de cursos de treinamentos, maridos e parentes de pacientes entendiam mais ou menos o trabalho realizado por elas e, embora tendessem a homogeneizá-las como um grupo único e semelhante, desenvolviam relações diferentes com elas, facultando mais acesso a umas, empenhando-se em diálogos mais respeitosos e genuinamente curiosos com outras, ouvindo com mais ou menos atenção e, mais importante, acolhendo ou não na prática cotidiana os seus pleitos e críticas.

Referências bibliográficas

- BARROS, Antonio Evaldo Almeida. Nos (des)caminhos da cura: Identidades, diferenças e desigualdades no universo da Pajelança no Maranhão. In: FLEISCHER, Soraya; TORNQUIST, Carmen Suzana; FIGUEIROA, Bartolomeu. (Org.). *Saber cuidar, saber contar: Ensaios de Antropologia e Saúde Popular*. Florianópolis: Editora da UDESC, 2009. p. 143-171.
- BONET, Octavio. *Saber e sentir: Uma etnografia da aprendizagem da Biomedicina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Trabalhando com parteiras tradicionais*. Área Técnica da Saúde da Mulher/Ministério da Saúde/Grupo Curumim Gestação e Parto. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.
- _____. *Livro da Parteira*. Área técnica da Saúde da Mulher/Ministério da Saúde/Grupo Curumim Gestação e Parto. Brasília, 2000b.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. *“Meio quilo de gente”*: Um estudo antropológico sobre *ultra-som obstétrico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- COSMINSKY, Sheila. Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca, *Medical Anthropology*, v. 6, n. 3, p. 69-103, 1977.
- COSTA, Suelly Gomes. Onda, rizoma e ‘sororidade’ como metáforas: Representações de mulheres e dos feminismos (Paris, Rio de Janeiro: Anos 70/80 do século XX). *Interthesis*, v. 6, n. 2, p. 01-29, 2009.
- DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo. Ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70, 1991 [1966].
- FLEISCHER, Soraya. Sangue, leite e quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. *Campos*, v. 8, n. 2, p. 81-97, 2007a.

- _____. *Parteiras, buchudas e aperreios: Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. 2007. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007b.
- _____. “Então, minha filha, vamos se afomentar?” Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 611-620, maio/jun. 2008.
- GOFFMAN, Erving. As características das instituições totais. In: _____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2007 [1961]. p. 13-108.
- GREENBERG, Linda. Midwife training programs in Highland Guatemala. *Social Science and Medicine*, v. 16, p. 1599-1609, 1982.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas da população para 1º de julho de 2009*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.
- JORDAN, Brigitte. Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives. *Social Science and Medicine*, v. 28, p. 925-944, 1989.
- _____. *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press Inc., 1993.
- KELLY, Isabel. El adiestramiento de parteras empíricas desde el punto de vista antropológico. *América Indígena*, v. XV, n. 2, 1955.
- MACHADO, Paula Sandrine. *O sexo dos anjos: Representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- MANGAY-MAGLACAS, Amelia; SIMONS, John. (Org.). *The potential of the traditional birth attendant*. Geneva: World Health Organization, 1986.
- MOTT, Maria Lucia. A parteira ignorante: Um erro de diagnóstico médico? *Revista Estudos Feministas*, v. 7, n. 1, p. 25-36, 1999.
- NADER, Laura. Up the anthropologist: Perspectives gained from studying up. In: HYMES, Dell (Org.). *Reinventing anthropology*. New York: Vintage Books, 1969. p. 284-311.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Parteras tradicionales: Declaracion conjunta OMS/FNUAP/UNICEF*. Geneva: OMS, 1993.

- _____. *Traditional medicine strategy, 2002-2005*. Geneva: OMS, 2002.
- ORTNER, Sherry. Poder e projetos: Reflexões sobre a agência. In: GROSSI, Miriam Pilar; ECKERT, Cornélia; FRY, Peter (Org.). *Conferências e diálogos: Saberes e práticas antropológicas*. Blumenau: Nova Letra, 2007. p. 45-80.
- PARRA, Pilar. Midwives in the Mexican health system. *Social Science and Medicine*, v. 37, n. 11, p. 1321-1329, 1993.
- PARSONS, Talcott. Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice. In: _____. *The social system*. Tavistock Publications, 1952. p. 428-454.
- PIGG, Stacy Leigh. Authority in translation: Finding, knowing, naming, and training ‘traditional birth attendants’ in Nepal. In: DAVIS-FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn F. (Org.). *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: Univ. of California Press, 1997. p. 233-262.
- ROZARIO, Santi. The dai and the doctor: Discourses on women’s reproductive health in rural Bangladesh. In: RAM, Kaplana; JOLLY, Margaret (Org.). *Maternities and modernities: Colonial and postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1998. p. 144-176.
- SCHUCH, Patrice. Antropologia com grupos up, ética e pesquisa. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (Org.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010. p. 29-48.
- SCOTT, James. *Weapons of the weak: Everyday forms of peasant resistance*. New Haven: Yale Univ. Press, 1985.
- SESIA, Paola. ‘Women come here on their own when they need to’. Prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. In: DAVIS-FLOYD, Robbie; SARGENT, Carolyn F. (Org.). *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: Univ. of California Press, 1997. p. 397-420.
- STEPHENS, Carolyn. Training urban TBAs: Balancing international policy and local reality. Preliminary evidence from the slums of India on the attitudes and practices of clients and practitioners. *Social Science and Medicine*, v. 35, n. 6, p. 811-817, 1992.

Homens envolvidos com o cuidado num lugar muito particular: Respostas religiosas à AIDS “progressistas” e produção de identidades masculinas “não hegemônicas”¹

Fernando Seffner | UFRGS
Richard Parker | Columbia University
Luana Rosado Emil | UFRGS

Apresentação

Uma simples proposição: Usar preservativo nas relações sexuais. Dois atores apenas: A igreja católica e o programa brasileiro de AIDS². Mais não é necessário dizer, pois o enredo é conhecido de todos. Não faltaram ao longo dos anos declarações públicas, notas oficiais, pesquisas de opinião, debates pela TV, entrevistas com representantes dos dois lados, pronunciamentos papais, pronunciamentos de ministros, capas das

¹ Versão modificada do trabalho originalmente apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, Porto Seguro, Bahia, Brasil, no Fórum de Pesquisa “Religião, gênero, sexualidades e reprodução”. A versão original apresentada consta nos Anais da 26ª RBA. Agradecemos à colaboração e convívio intelectual com os bolsistas de iniciação científica Marcello Felipe de Jesus Múscari (Projeto Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil - ABIA); Carolina Peres Terra e Mayara Annanda Samarine Nunes da Silva (Observatório Interdisciplinar de Direitos Humanos da UFRGS - Grupo de estudos sobre liberdades laicas - Fundação Ford) e colegas do NER - Núcleo de Estudos da Religião - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFRGS.

² Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

principais revistas e jornais, dentre muitas outras iniciativas. No lançamento de cada campanha de prevenção à AIDS (no período do carnaval, por exemplo) os repórteres correm a entrevistar os representantes da igreja católica, e praticamente já sabem o que vai ser dito por eles. O Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais e os representantes públicos da igreja católica brasileira travam há décadas uma guerra sem quartel em torno desta proposição. Aparentemente, as posições não experimentaram nenhuma modificação substancial, pois a igreja católica enfatiza desde sempre sua oposição ao uso da “camisinha”, que já transitou por acusações de ordem técnica (“a camisinha deixa passar o vírus”) até as questões de ordem moral (“usar preservativo se opõe aos ensinamentos morais da igreja”). Por vezes, temos uma mescla de motivos na mesma afirmação: “além de que o uso de preservativos não é 100% seguro, liberar o seu uso convida a um comportamento sexual incompatível com a dignidade humana [...] O uso da chamada camisinha acaba estimulando, queiramos ou não, uma prática desenfreada do sexo [...] O preservativo oferece uma falsa idéia de segurança e não preserva o fundamental”³.

Por outro lado, os programas de AIDS (em nível federal, estadual e municipal) se especializaram em elevar o uso da camisinha à condição de sinônimo absoluto da prevenção à AIDS. A presença de camisinhas nas propagandas de prevenção à AIDS, ou frases alusivas à ela e ao seu uso, constituem presença certa nos materiais educativos do governo brasileiro.

Para criticar as posições da igreja católica brasileira em relação ao uso do preservativo como fator de prevenção da AIDS a frase “a igreja católica não se atualizou”, em suas inúmeras variantes (a igreja diz uma coisa e os fiéis fazem outra; mudam os tempos e a igreja não muda; a igreja confunde o uso do preservativo com estímulo ao sexo promíscuo; a igreja católica está perdendo fiéis por conta de suas posições atrasadas etc) é um verdadeiro lugar comum, de tão repetida. Vale lembrar que por vezes a discussão está mais concentrada naqueles espinhosos temas trazidos pela AIDS, tais como homossexualidade masculina, prostituição, uso de drogas, onde o acordo entre agentes públicos de saúde e igrejas parece ser impossível.

³ Pergunte ao Papa, Augusto Silberstein, Legnar Informática e Editora Ltda, SP, p. 57. Disponível em: <<http://reinodavirgem.com.br/doutrinamoral/sintovergonha.html>>. Acesso em: 25 de abril de 2008.

Por outro lado, o governo brasileiro pode orgulhar-se de seu programa nacional de AIDS, que é muito bem avaliado nos fóruns internacionais, e cujos resultados positivos estão à vista de todos, em particular na área da assistência. Mas, na área da prevenção as dificuldades são ainda muito grandes, e as posições da igreja católica “não ajudam” conforme reiteradamente as autoridades de saúde manifestam.

Em resumo, o que se passa de modo mais explícito com a igreja católica, parece repetir-se com as demais religiões, conduzindo o debate para uma percepção generalizante, do tipo: “as religiões mais atrapalham do que ajudam quando se trata de lidar com prevenção da AIDS, ainda mais por ser a AIDS uma doença sexualmente transmissível, e a sexualidade constituir-se em ponto de grande valor simbólico para todas as religiões”. Ainda nesta percepção que chamamos de generalizante, parece haver uma necessária oposição entre “os princípios e dogmas das religiões” e “os princípios e diretrizes dos órgãos de saúde”, em especial numa doença de transmissão sexual. Esta oposição reproduz e atualiza aquela entre ciência e religião, de forte presença nas representações da chamada “opinião pública” neste assunto.

Foi para examinar com mais atenção esse campo político, onde parece que nada existe de novo, onde parece reinar o “pensamento binário único” (religião versus ciência), que a ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, em parceria com a Escola de Saúde Coletiva da Universidade de Columbia (Nova Iorque), estruturou um projeto de pesquisa de longo prazo. Busca-se desenvolver uma análise comparativa das várias maneiras sobre como a religião católica, as religiões evangélicas (protestantes históricos e pentecostais) e as religiões afro-brasileiras têm respondido ao HIV/AIDS no Brasil, nos níveis populacional, institucional e político. É no interior desse projeto que estamos desenvolvemos o trabalho de campo e os estudos que deram origem ao presente texto⁴.

⁴ Os dados coletados para a elaboração deste artigo resultam da pesquisa Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil (Projeto financiado pelo U.S. National Institute of Child Health and Human Development, 1 R01 HD05118-01. Principal Investigador: Dr. Richard Parker - Columbia University). O estudo, de abrangência nacional, é realizado em quatro sítios específicos, nas seguintes instituições e com os respectivos coordenadores: Rio de Janeiro (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/ABIA - Dr. Veriano Terto Jr.); São Paulo (Universidade de São Paulo/USP - Dra. Vera Paiva);

O Projeto de Pesquisa “Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil” está estruturado para investigação em dois níveis: [a] coleta de dados e acompanhamento de ações locais em quatro sítios - áreas metropolitanas de Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo e Recife - e [b] coleta de dados em instituições de âmbito nacional sediadas em Brasília, envolvendo tanto organizações religiosas ali centralizadas quanto instâncias do poder federal na área da saúde. Utilizamos uma combinação de metodologias (qualitativas e quantitativas), que incluem pesquisa em arquivos, acompanhamento do noticiário da imprensa, observação participante em grupos e celebrações, entrevistas com informantes-chave, histórias de vida e estudos de caso.

Com isso buscamos documentar a importância que cada uma dessas três tradições religiosas tem atribuído à questão da AIDS. Visamos também avaliar, por meio dos estudos de caso, os modos como as respostas de cada tradição religiosa têm interagido com a comunidade local, com o universo mais amplo da sociedade civil, com grupos populacionais específicos (como os jovens) e com as agências específicas do Estado Nação (por exemplo, programas de AIDS em nível municipal, estadual e federal). Sobretudo, visamos problematizar as relações entre estas respostas religiosas e seus impactos sobre uma mais ampla resposta à AIDS. A ênfase no Estado Nação está relacionada à questão da laicidade do Estado e das políticas públicas, pressuposto constitucional brasileiro e um dos quesitos de investigação.

Dentre os estudos de caso conduzidos no campo Porto Alegre do Projeto “Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil”, encontra-se o que se debruça sobre a Casa Fonte Colombo. Entre os anos de 2006 e 2008 vivemos o cotidiano da Casa⁵, entrevistamos freis capuchinhos, voluntárias, funcionárias e usuários, assistimos aos encontros, reuniões e momentos de celebração⁶. A Casa Fonte Colombo, mantida pelos frades capuchinhos, é

Porto Alegre (Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS - Dr. Fernando Seffner) e Recife (Universidade Federal de Pernambuco/UFPE - Dr. Luís Felipe Rios). Informações adicionais sobre o projeto podem ser obtidas pelo e-mail religiao@abiaids.org.br, ou através do site www.abiaids.org.br.

⁵ Agradecemos a Priscila Rodrigues Borges (Projeto Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil - ABIA), bolsista de iniciação científica que iniciou o acompanhamento das atividades na Casa Fonte Colombo, no período 2006/2007.

⁶ O projeto foi aprovado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (registro CONEP 12352, parecer 1833/2005), e utiliza termos de consentimento livre e esclarecido em todas as intervenções.

uma ONG antiga na área de assistência, totalmente voltada ao tema da AIDS. Ocupa um papel destacado entre as ONGs AIDS da cidade de Porto Alegre, e é uma referência nacional no campo da sociedade civil. Atualmente, nela também está localizada a secretaria nacional da Pastoral de DST/AIDS da Igreja Católica, o que lhe confere uma dimensão bastante importante junto à CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

A observação continuada das atividades da Casa Fonte Colombo ao longo de tão largo período, acompanhada dos estudos e discussões com achados de pesquisa em outros campos do projeto (Recife, São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília) abre a possibilidade de abordagem de muitos temas na relação AIDS e igrejas: A questão da laicidade (relações entre estado laico e instituições religiosas na execução de políticas públicas); a questão da cura (no caso específico da Casa Fonte Colombo não existe a pretensão de “cura” da AIDS na proposta de ação da Casa, mas ela está colocada de modos muito diversos em um sem número de outras situações que envolvem a ação das religiões no universo da AIDS); as fronteiras entre o cuidar e o evangelizar; a própria definição do que é doença e como uma pessoa “adoece”; a abordagem de temas relacionados à AIDS, como homossexualidade, prostituição, formas de conjugalidade, uso de drogas etc.

O tema específico que recortamos para análise neste texto refere-se à produção das masculinidades⁷ dos agentes envolvidos no trabalho junto à Casa, sejam eles coordenadores, voluntários ou usuários. A “tese” que queremos discutir é: Na Casa Fonte Colombo temos um processo em que de modo simultâneo acontece tanto uma produção de “novas” identidades masculinas quanto uma modalidade de resolução da tensão entre as demandas da saúde pública em AIDS e os ensinamentos morais tradicionais da igreja católica numa direção progressista.

O “resultado” desse processo é a emergência de um pensamento profundamente católico e ao mesmo tempo progressista em relação à sexualidade e AIDS e de notável visão estratégica no enfrentamento da epidemia, que é pensada em termos simultaneamente do local, do nacional

⁷ Fala-se também das identidades masculinas, ou dos estilos de vida masculinos, ou dos modos de subjetivação masculinos, para usar termos recorrentes na literatura sobre masculinidades, fruto de orientações teóricas diversas dos autores.

e do global, e em estreita relação com as diretrizes da saúde pública nacional e internacional (por exemplo, o que preconiza a UNAIDS).

Ao mesmo tempo (de modo simultâneo como estamos acentuando) os agentes mais diretamente envolvidos nesse processo “produzem-se” portadores de uma identidade masculina que apresenta vários traços que a colocam em sintonia com as chamadas “novas masculinidades” e/ou com o que Connell (1995) denomina de masculinidades subalternas.

Vale lembrar que não estamos falando aqui de “novidades” absolutas, pois que os modos masculinos de ser que se geram no interior da Casa Fonte Colombo, em especial entre os coordenadores, guardam relações de continuidade com traços identitários desde sempre associados à figura do padre ou do irmão religioso. É disto que vamos nos ocupar neste texto, tentando mostrar que na Casa Fonte Colombo a interface religião e políticas públicas de AIDS apresenta mais novidades em gestação do que o tradicional debate pela imprensa entre bispos e autoridades de saúde pode supor. Vale dizer que o que estamos entendendo por “tese” aqui é tomar a palavra singelamente em seu sentido mais tradicional e corriqueiro: Uma proposição que se apresenta para ser defendida e sustentada.

O texto está organizado em três partes. Inicialmente, apresentamos de modo muito breve a Casa Fonte Colombo no contexto das ONGs de luta contra a AIDS e no contexto das ações da igreja católica envolvendo a epidemia. Depois fazemos uma discussão acerca do tema da produção das masculinidades. Num terceiro momento, apresentamos dados de campo e discutimos nossa tese: A simultaneidade da produção de novos modos de ser homem em conjunção com o desenvolvimento de uma versão progressista das formas de lidar com a epidemia e com as pessoas soropositivas no âmbito do trabalho de assistência e prevenção à AIDS desenvolvido na Casa Fonte Colombo.

A Casa Fonte Colombo

A Casa Fonte Colombo é uma organização de assistência aos portadores de HIV fundada pelos Freis Menores Capuchinhos do Rio Grande do Sul, que nela atuam diretamente na função de coordenadores e em diversos serviços específicos oferecidos aos soropositivos. A Ordem dos Freis Menores Capuchinhos faz parte dos movimentos de inspiração

franciscana, que buscam viver o carisma de São Francisco de Assis optando pela vida simples, pelo cuidado dos doentes e dos animais. São Francisco de Assis inspira muitos movimentos religiosos, ou posturas de vida, em grau maior ou menor de sintonia com as diretrizes do Vaticano. A Reforma Capuchinha é reconhecida pelo pontificado em 1619, atendendo a demanda dos freis, que queriam viver a experiência de São Francisco: “viver o Santo Evangelho em pobreza, obediência e castidade”⁸.

A eles é permitida a vida fora de mosteiros, e organizam-se em fraternidades “dividindo o tempo entre missão, trabalho e oração”. Os frades chegaram ao Brasil em especial com a colonização italiana, e a presença deles no Rio Grande do Sul segue o mapa desta colonização, tendo depois se expandido às zonas litorâneas do estado. Neste contexto a Casa Fonte Colombo é considerada uma fraternidade, e é a principal ação dos frades que se dá fora de hospitais em relação ao cuidado dos doentes. Ser uma fraternidade significa ter uma relação de humildade em relação ao outro companheiro que chamam de Irmão:

“Ser irmão significa evitar qualquer comportamento de superioridade. Significa viver a atitude da acolhida e da misericórdia, sem julgamento. [...] Supõe uma relação vital profunda, amorosa, maternal, comprometida e responsável, que vai muito além da amizade e do estar junto. Na fraternidade o outro deve ser outro, ele mesmo e não ser um prolongamento do meu eu.” (cartilha Cuidando a Vida nos Passos de Francisco de Assis, Editora São Miguel)⁹

Colaborar é o verbo que, segundo os freis, resume a intenção dos Capuchinhos ao se envolverem no mundo na AIDS. Ao remontarem a história desse trabalho os freis apontam o surgimento de uma necessidade imposta pelas condições da doença, que já se fazia presente também no interior da igreja católica, através de casos concretos de padres infectados. Em 1999 é fundada a Casa Fonte Colombo auto intitulada um *Centro de promoção da Pessoa Soropositiva*.

⁸ Disponível em: <<http://www.capuchinhosrs.org.br/historia.php>>. Acesso em: 25 de abril de 2008. (Site da Ordem dos Freis Menores Capuchinhos do RS)

⁹ Cartilha que recebemos e estudamos durante o Encontro dos Voluntários das Obras Sociais da Província dos Freis Capuchinhos Porto Alegre, Canoas e Bagé em 8 de dezembro de 2007.

Acompanhamos de 2006 a 2008 as celebrações e as atividades cotidianas dos voluntários, usuários e coordenadores dos serviços da Casa Fonte Colombo. A Casa se localiza em bairro semi-residencial, próxima a uma região de prostituição da cidade, no limite entre uma antiga zona industrial e uma zona comercial. O prédio quando visto de fora não tem nenhuma identificação, e facilmente poderia ser confundido com o depósito de uma empresa. Tal “mimetismo” com os demais prédios da rua é deliberado, e segundo os freis tem o propósito de “não permitir que os usuários sejam discriminados, por estarem entrando em uma instituição que lida com AIDS”¹⁰. Ao cruzarmos a porta nos defrontamos com um espaço organizado, limpo ao ponto do “higienizado”, o que lhe confere o aspecto de uma clínica. Numa segunda vista percebemos os símbolos católicos que em nada diferem dos símbolos encontrados em muitos hospitais públicos no Brasil, crucifixos e quadros com imagens, principalmente de São Francisco. As atividades oferecidas na Casa incluem o acolhimento e a assistência aos portadores, e incluem atendimento psicológico e médico, atendimento espiritual dos freis, massoterapia, reiki, complemento alimentar, doações de roupas, oficinas profissionais, banhos, palestras informativas, encaminhamentos para obtenção de benefícios como o passe gratuito. O acolhimento é um momento de conversa inicial, que indica as possibilidades como “usuária” da Casa. Em geral as pessoas chegam querendo saber mais sobre o que tem e suas possibilidades de viver com AIDS. É visível que a Casa atende indivíduos muito empobrecidos, podendo-se afirmar que, no universo de ONGs/AIDS da cidade de Porto Alegre, ela é hoje em dia a instituição que lida com a demanda da população socialmente mais vulnerável portadora do vírus.

Cada usuário pode frequentar uma tarde na Casa, pois não há estrutura para atender a todos em todas as tardes. Nesta tarde o usuário escolhe a atividade que quer participar dentre as disponibilizadas no dia pelas voluntárias e pelos freis¹¹. Os freis coordenam o cotidiano da Casa

¹⁰ É interessante notar que nisto a Casa Fonte Colombo difere de praticamente todas as demais ONGs/AIDS de Porto Alegre, que ostentam na frente de suas sedes, de modo claro e inequívoco, o nome da instituição e em geral os símbolos da AIDS, sendo o laço vermelho o mais conhecido.

¹¹ O corpo de voluntários da Casa Fonte Colombo é composto majoritariamente de mulheres, que permanecem como voluntárias por longos anos, havendo algumas que ali trabalham de forma regular desde a abertura da Casa. Esta característica de

marcando o tempo de cada atividade: O momento da chegada, que é o mesmo da distribuição de roupas; depois iniciam os atendimentos e a oficina do dia; às 16h30min todos se reúnem no “espaço de convivência” para fazer a oração e ir para o refeitório. Os freis voluntários, em geral alunos da Escola de Teologia Franciscana, se capacitam para atender as atividades da Casa, e são alguns deles que aplicam reiki e fazem massoterapia, enquanto outros fazem corte de cabelo e oficina de teatro. As voluntárias da Casa também são especializadas, havendo médicas, enfermeiras, cabeleireiras, assistentes sociais, psicólogas, professoras, e há aquelas que se especializam ali mesmo, como é o caso da “senhora que cuida do banho”.

Este conjunto de ações afirma a Casa como um local de cuidado e atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, e coloca os freis na condição de cuidadores principais, pois coordenam todas as atividades, e algumas delas são realizadas por eles diretamente (é o caso da massagem, do reiki). E é no próprio prédio da Casa que reside e atua o grupo de freis capuchinhos, cujos modos de produção das masculinidades constituem o foco do presente artigo¹².

Embora as atividades da Casa Fonte Colombo estejam mais diretamente ligadas à assistência aos portadores do HIV, nossa observação e acompanhamento ao longo do período permitem pensar a Casa como produtora de uma nova cultura acerca da AIDS, em particular acerca da prevenção à AIDS. As ações e escritos que derivam da casa acarretam uma multiplicação na produção de sentidos sobre a AIDS, e se caracterizam por seu caráter propositivo. Cada situação nova que aparece na Casa, trazida pelos usuários, alimenta uma reflexão que procura encontrar a melhor saída, atendendo simultaneamente aos valores da igreja quanto às urgências da situação narrada. Isso é válido para temas como a idade de iniciação sexual, a interrupção da gravidez, a prostituição como profissão, as

"estabilidade" no conjunto das voluntárias é uma diferença da Casa em relação a outras ONGs/AIDS de Porto Alegre, onde a circulação de voluntários é nitidamente maior.

¹² O grupo de freis que atua e coordena a Casa Fonte Colombo (entre 4 e 5 freis) reside no segundo piso do prédio, na ala dos fundos. Todo o atendimento aos usuários se concentra no andar térreo da casa, ocupando o terreno de frente a fundos. No segundo piso ala da frente está localizada a secretaria da Pastoral de DST/AIDS, na qual os próprios freis trabalham também.

relações homem mulher ou a expressão da orientação sexual. Na Casa Fonte Colombo o usuário ajuda a produzir uma nova teologia da prevenção, por conta das situações que traz para reflexão. O diálogo dos freis e das voluntárias com os usuários poucas vezes se caracteriza pelo esforço em “transmitir a lição da igreja católica”, embora esta dimensão esteja presente em momentos e aspectos particulares. O diálogo com os usuários parece servir mais para multiplicar as perguntas em torno da AIDS, e trazer elementos para novas reflexões no interior do pensamento católico, originando daí um conjunto de conhecimentos e afirmações sistematizadas pelos freis em palestras e nas entrevistas, que estamos designando de teologia da prevenção.

A produção das masculinidades

Neste item vamos apresentar e discutir o processo que estamos nomeando de “produção das masculinidades”, bem como as noções de masculinidade hegemônica e subalterna, em associação com a ideia de produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas, que constituem elementos importantes de nossa “tese”.

Conforme discutido por diversos autores embora de diferentes formas (dentre eles Almeida, 1996; Connell, 2003; Arilha *et al*, 1998) as pesquisas sobre gênero enfatizaram, em seu início, os estudos sobre a condição das mulheres, associando fortemente o termo gênero à expressão estudos de mulheres. Nos últimos dez anos cresceu de forma significativa o número de pesquisadores e artigos que problematizam o gênero masculino, ou a formação de identidades masculinas. Cresceram as pesquisas e artigos, e cresceu também na mídia o discurso sobre a chamada crise das masculinidades, crise esta interpretada, justificada, explicada e demonstrada dos modos mais diversos, com argumentos que recorrem a uma profusão de teorias, explicações, motivos, razões, e apontam para “saídas” às mais diferentes da suposta crise. Cresceu também na mídia a invenção dos estilos, tipos ou identidades das “novas masculinidades”¹³. Atualmente

¹³ O número de artigos, reportagens, números especiais de revistas, cadernos encartados em jornais etc é gigantesco. Apenas para exemplificar do que estamos falando (e isto para ficar restrito ao material impresso mais antigo, desconsiderando programas de TV e rádio e sítios na internet e comunidades no orkut) citamos: Revista Veja Edição Especial Homem, outubro de 2003; Revista Casa Vogue, Ano XXV, n.

encontramos matérias que buscam esclarecer aos leitores (e em alguns casos em especial às leitoras) quem são os homens metrossexuais; os homens grávidos; os emoboy; os homens uberssexuais; os retrosssexuais; os maridos sensíveis; os homens que atuam como pai e mãe; os homens que permanecem no trabalho doméstico enquanto a mulher trabalha fora; os homens que ao casar assumem o sobrenome da esposa; os homens que recebem salários menores do que sua esposa; os homens bissexuais; os alternativos; os homens que frequentam salão de beleza; os homens que se depilam; os homens vaidosos etc. Em paralelo com essa profusão de “novas masculinidades”, cresceram as manifestações que reafirmam aquilo que é percebido e nomeado muitas vezes de “essência da masculinidade”, e que aparece em movimentos do tipo “homem com H” e em designações como machão moderno; machão fora de moda; homem que não se submete à moda; Tarzan civilizado; e em propagandas que acentuam para os homens comportamentos do tipo “coma como homem” ou “beba como homem, e pronto”¹⁴.

O sumariíssimo panorama que fornecemos acima serve para introduzir uma idéia fundamental: Temos um conjunto de processos e modos de construção histórica e manutenção política e social das masculinidades, que são variáveis no tempo, de acordo com cada contexto específico. Atualmente, a produção de modos masculinos de ser encontra-se sob tensão em especial por demandas provenientes do movimento feminista e do movimento gay, mas também dos novos desenhos no campo profissional, das modificações na estrutura familiar, do acesso cada vez maior de mulheres aos níveis mais elevados de escolaridade; de mudanças na legislação civil; das enormes mudanças tecnológicas e sua apreensão por movimentos sociais etc. Segundo Connell (1995, 1997, 2003) as diferentes expressões da masculinidade não se distribuem ao acaso e muito menos ostentam iguais índices de aceitação e privilégios. Ou seja, não se trata apenas de identificar e nomear modos de ser homem, enfatizando a

195; Donna ZH, 10 de abril de 2005; matéria O rótulo da hora Revista Veja, 24 de agosto de 2005; Revista da Folha, 3 de dezembro de 1995; Revista Veja, 2 de março de 2005; Revista IstoÉ, 5 de junho de 1996.

¹⁴ Não faltando mesmo grande número de testes para que os homens verifiquem se continuam machos ou não, como podemos encontrar em:

<http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/280606/teste_macho.html>. Último acesso em: 23 de abril de 2008.

suposta diversidade que hoje existe na sociedade. Trata-se de perceber as relações de poder que existem entre estes modos. Podemos reconhecer, em cada organização social, em cada período histórico, em cada país, em cada arranjo social, uma hierarquia dos modos de viver a masculinidade. A dupla premissa que orienta esta construção hierárquica é a dominação dos homens sobre as mulheres e a dominação dos homens sobre outros homens. No topo desta hierarquia temos o que Connell denomina de masculinidade hegemônica. Ela corresponde a um conjunto de características amplamente valorizadas, e que permite exercer domínio sobre outras masculinidades e sobre as feminilidades. O atributo da hegemonia remete as clássicas noções gramscianas de geração de consensos, de predominância, de convencimento no âmbito cultural, de uso de força, mas não a força bruta, e por raras vezes de violência, de liderança, de superioridade e de supremacia:

“O que se entende por “masculinidade”? Deixem-me oferecer uma definição - breve, mas razoavelmente precisa. A masculinidade é uma configuração de práticas em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Existe, normalmente, mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade. Em reconhecimento desse fato, tem-se tornado comum falar de “masculinidades”. Existe o perigo, nesse uso, de que possamos pensar no gênero simplesmente como um pout-pourri de identidades e estilos de vida relacionados ao consumo. Por isso, é importante sempre lembrar as relações de poder que estão aí envolvidas.” (Connell, 1995: 188)

No topo da escala temos a masculinidade hegemônica, que diz respeito a um conjunto de atributos que varia historicamente, e varia numa mesma cultura, em função do contexto que recortarmos. Isso porque o topo da pirâmide é uma situação ideal, funciona como um marcador social. No caso brasileiro, podemos dizer que são atributos da masculinidade hegemônica: Ser um homem branco; nascido e vivendo na região sudeste ou sul e no ambiente urbano; claramente heterossexual; adulto jovem e com nível de escolaridade superior; com emprego em instituição conhecida e num posto de gerência; com altura em torno de 1,80m e peso compatível; esportista com algum destaque em alguma modalidade; bonito sem parecer demasiadamente produzido; casado com uma esposa que também seja branca (e com nível superior de estudos, que exerça uma profissão importante, mas claramente inferior em termos de salário e poder do que a profissão do marido); livre de doenças (ou talvez com

alguma alergia a um produto bastante específico e raro, como ser alérgico a tomilho); que tenha um carro importado. Dificilmente encontraremos um indivíduo que reúna todas estas condições, de maneira clara e evidente. Basta ver que o indivíduo não permanece adulto jovem o tempo todo, e nem consegue manter recordes esportivos a vida toda. Ou seja, este “kit” completo de atributos funciona como sinalizador, e mantém muito homens ocupados em tentar reunir a maior parte dos atributos o tempo todo.

Abaixo da masculinidade hegemônica, desfrutando duma “quantidade” menor de poder, temos um conjunto de modos de ser homem que podemos denominar de masculinidades cúmplices. Não possuir o atributo, mas de alguma forma valorizar sua importância, procurando associar-se a ele, é uma das estratégias utilizadas por um conjunto de homens, que com isso desfruta de alguns dos benefícios de poder derivados da hegemonia. Ainda mais abaixo em termos de poder, temos um conjunto de homens portadores de atributos que claramente lhes situam nas masculinidades subordinadas. São portadores de atributos não valorizados socialmente, e que se opõem de modo direto a atributos da hegemonia. A masculinidade homossexual é talvez o melhor exemplo, por desfrutar de uma visibilidade e garantias legais na sociedade atual, mas constituir ainda um fator claro de discriminação no ambiente profissional, no ambiente escolar, nos programas de saúde, nas situações de previdência e testamento etc.

As estratégias de luta de parte importante do movimento homossexual brasileiro podem ser lidas como estratégias de conquista de alguns dos atributos da masculinidade hegemônica: Direito de servir nas forças armadas; direito de constituir família; direito de casar ou manter união civil estável entre dois indivíduos do mesmo sexo; direito de adotar filhos a partir da constituição da união estável; direito de gerar filhos com o uso das tecnologias reprodutivas atualmente disponíveis etc. Na posição mais inferior desta escala de poder temos um conjunto de masculinidades claramente rejeitadas, onde combinações de orientação sexual; classe econômica; raça, etnia e geração - e outros atributos - podem tornar o indivíduo vulnerável socialmente à violência, à infecção pelo HIV; a ser empurrado para atividades de risco e a mortes prematuras. Podemos pensar em um homem homossexual negro, pobre e já tendo ultrapassado a idade jovem. Podemos pensar em um jovem heterossexual pardo ou mulato e já agregado a alguma máfia ligada ao tráfico de drogas.

Pensando as feminilidades a partir dessa mesma noção de distribuição do poder masculino, Connell reconhece alguns arranjos. A posição de topo corresponde ao que ele chama de feminilidade enfatizada, aquela que se “encaixa” à perfeição nas demandas da masculinidade hegemônica. Em palavras mais claras, ela corresponde ao que o ditado popular diz: “por trás de todo grande homem existe uma grande mulher”. As esposas de embaixadores (as embaixatrizes, não confundir com as embaixadoras) e muitas das esposas de políticos, em especial aqueles que ocupam cargos no executivo (prefeito, governador, presidente) são ótimos exemplos desse arranjo de atributos: São mulheres que se ocupam, diariamente, em realizar tarefas que contribuem de modo direto para o sucesso do marido. A realização destas atividades lhes garante também um “quantum” de poder, claramente delimitado pelas áreas e atividades do marido.

Numa posição inferior temos um conjunto de feminilidades subalternas, que correspondem à maioria das possibilidades de arranjo, em que a mulher desfruta de privilégios menores e condição de poder inferior ao homem. Nesta situação estaria a maior parte das mulheres, com salários menores do que os homens, encargos menos importantes do que os homens, tarefas domésticas que se somam à jornada de trabalho externa, menores possibilidades de estudo e de progresso na carreira etc. E temos as feminilidades resistentes, aqueles arranjos em que os atributos que definem a identidade feminina apontam claramente para uma situação de confronto com as regalias e privilégios masculinos, em que as mulheres competem na repartição de poder tradicionalmente destinada aos homens, e que podem situar-se em diferentes graus dessa escala hierárquica.

Apresentado este desenho mais geral de como pensamos a distribuição de poder na construção de masculinidades e feminilidades, ressaltamos agora a noção de simultaneidade, em parte já apontada no início deste item, quando enfatizamos que não crescem apenas as novas masculinidades, crescem também os movimentos que valorizam as velhas masculinidades, e isto tudo de modo simultâneo:

“[...] diferentes masculinidades são produzidas no mesmo contexto social; as relações de gênero incluem relações entre homens, relações de dominação, marginalização e cumplicidade. Uma determinada forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades agrupadas em torno dela.” (Connell, 1995: 189)

Aquilo que se define como modalidade hegemônica da masculinidade está em relação direta com o que ao mesmo tempo se define como possibilidades de arranjos subalternos em termos de poder. Indo mais adiante, segundo Kimmel (1998), é equivocado pensar que homens situados no patamar da masculinidade subalterna simplesmente devem buscar ascender para então ingressar na masculinidade hegemônica, tal como um dia se imaginou que países subdesenvolvidos deveriam trilhar o caminho que os levaria ao desenvolvimento, e a melhor forma de fazer isso seria copiando o percurso feito pelos países desenvolvidos.

De modo muito diverso, o que temos é que a existência de homens situados no patamar da masculinidade hegemônica implica o posicionamento de outros em níveis subalternos. O conjunto de atributos que uma sociedade estabelece como sendo privilégio da masculinidade hegemônica cria-se de modo articulado e simultâneo com o conjunto de atributos que será posicionado como subalterno. E não há uma fronteira absolutamente clara de quando um indivíduo deixa a condição subalterna e ingressa numa condição hegemônica, desfrutando dos privilégios dali decorrentes.

O caminho inverso também não é nitidamente sinalizado, ou seja, é impossível assinalar de modo claro quando um homem perde tal quantidade de atributos que passa a uma condição subalterna. Os ideais hegemônicos de masculinidade são constantemente criados e recriados, e isso ocorre de modo diferenciado em cada cultura, em cada período histórico, e mesmo no decorrer da vida de cada indivíduo em particular. Esta criação e recriação dos ideais de masculinidade hegemônica é processo que acontece em relação a uma produção simultânea dos atributos que definem as masculinidades subalternas, bem como as modalidades de feminilidade enfatizada e resistente, num jogo de poder que comporta um grau de tensão política que não obedece a padrões pré-determinados ou absolutamente previsíveis.

O modelo hierárquico traçado acima, inspirado nas idéias de Connell, deve ser visto como fluido e sujeito a muitas tensões, e bastante impreciso quanto a definições exatas do que “exatamente” seja uma “masculinidade hegemônica” ou quais os “exatos contornos” de uma situação de “masculinidade subalterna”. Mais importante do que as classificações, interessa reter os o desenho geral de tensões, que marca os modos de

produção, manutenção e modificação das masculinidades, processo a nosso ver eminentemente cultural e político.

A tradicional figura do padre católico, analisada segundo as categorias e movimentos acima citados, permite pensar que alguns atributos importantes de masculinidade hegemônica não estão presentes na construção da masculinidade dos padres. O exercício da paternidade e as relações afetivo/sexuais com mulheres são dois exemplos. Um padre não pode gabar-se de conquistas sexuais e/ou amorosas, e também não pode mostrar sua prole, como em geral fazem outros homens. Entretanto, outros atributos permitem situar os padres como figuras que desfrutam da posição hegemônica da masculinidade, em especial o trato com o sagrado, o pertencimento a uma instituição poderosa, o grau de estudo, a posição de poder influenciar pessoas, o convívio com autoridades políticas em especial no nível local. Nossa busca por artigos que problematizassem a figura do padre sob a ótica da construção das masculinidades não foi frutífera, e não permite então que se apresente uma resenha de pesquisas sobre a matéria.

De posse desse conjunto de reflexões acerca da masculinidade, e tendo situado nosso local de observação, a Casa Fonte Colombo, passamos agora a algumas reflexões que articulam estes conhecimentos todos, e que põem em cena, enfim, nossa tese.

Identities masculinas e posições frente à AIDS

O convívio prolongado com coordenadores, usuários e voluntários da Casa Fonte Colombo fez com que muitos deles passassem da condição de “informantes” para aquela de “interlocutores”, o que é especialmente válido para os integrantes da coordenação da Casa. Isso pode ter como efeito, em algumas passagens deste texto, que a reflexão analítica seja feita com falas dos interlocutores, que a nós pareceram muito apropriadas para descrever o que víamos, indicando uma comunhão de opiniões entre pesquisador e pesquisado. Também indica que não apenas analisamos, mas também apreciamos os modos de produção das masculinidades em conjunto com a elaboração de uma “teologia” da prevenção à AIDS no interior da Casa Fonte Colombo.

Retomamos nossa “tese”: Acreditamos que no interior da Casa, pelas relações que nela se dão, temos a produção de um conjunto de princípios que dão corpo a uma “teologia da prevenção à AIDS”, de corte nitidamente progressista quando comparada com as declarações de autoridades da igreja católica; e que esse processo se dá de modo simultâneo à produção de uma masculinidade não hegemônica em especial por parte dos freis, quando comparada com os modelos vigentes na maior parte da hierarquia da igreja católica. Em outras palavras, temos novidades tanto na produção de idéias quanto na produção de pessoas no interior da Casa Fonte Colombo. O enfrentamento com a epidemia de AIDS origina novas identidades e novos conceitos, num ambiente católico.

A estratégia expositiva adotada para “dar conta” da nossa tese é narrar cenas, situações e características das atividades e do funcionamento da Casa, e discutir como, no interior destas cenas, percebemos que de modo simultâneo faz-se um esforço em construir uma “teologia da prevenção”, enquanto os indivíduos produzem-se com determinadas marcas de identidade de gênero masculina. Os freis que coordenam a Casa estão situados em uma região de conflito doutrinário em potencial, uma vez que se equilibram entre os dogmas da igreja católica acerca da sexualidade e da AIDS, as diretrizes das políticas públicas de saúde, a pressão das demais ONGs/AIDS e as demandas da população que ocorre a casa (os usuários), composta entre outros por homens homossexuais, profissionais do sexo, homens e mulheres em arranjos conjugais bastante diferentes do tradicional modelo de família, usuários de drogas, jovens já com vida sexual ativa etc. Este processo de simultaneidade na construção de uma teologia progressista e de uma masculinidade não hegemônica pode ser percebido de modo mais claro nas seguintes situações ou características do trabalho na Casa:

a) a tradição franciscana de opor-se à hierarquia rígida, e o privilégio das noções de fraternidade e de irmandade, alimentam a construção de uma masculinidade que enfatiza mais o “ser irmão” do que o “ser pai”. Vale lembrar que a palavra padre remete de forma direta a ideia de pai. A carga de autoridade contida na palavra padre é superior aquela da palavra irmão, ou frei, como são conhecidos os coordenadores da Casa. Há uma construção importante, na nova teologia da prevenção, de que a ajuda da igreja se dá no nível de irmão para irmão, então não cabem imposições de

dogmas. Vale ressaltar que a noção de irmão operada na Casa carrega um diferencial de poder, que se expressa no fato de que a Casa é vista como lugar de irmãos mais velhos, com estrutura, que acolhem irmãos mais novos (não necessariamente em idade cronológica), mas de toda forma irmãos carentes de estrutura, em situação de vulnerabilidade social. O irmão que ampara está investido de maior autoridade do que o irmão que é amparado. Mas a relação é vivenciada como uma relação de irmãos. Podemos pensar numa situação de certo borramento de hierarquias, e de ênfase na idéia de irmãos. Essa situação é claramente verbalizada, tanto pelos usuários, em frases do tipo “os freis vivem como irmãos, e nos acolhem como irmãos”, como pelos freis que coordenam a casa, quando enfatizam a ideia de estar a serviço, como irmãos dos mais necessitados. A palavra casa, usada para nomear a instituição (Casa Fonte Colombo), pode ter dois sentidos relacionados: Ela é objetivamente uma casa (é a residência dos freis, onde há uma cozinha, quartos, sala de televisão, banheiro, área de serviço), e ela é também uma marca da instituição, que se organiza como família, e propicia um determinado tipo de acolhida, que é o tema do nosso próximo tópico.

b) há por parte dos voluntários e coordenadores da Casa uma forte ênfase nas palavras acolhimento, acolhida e inclusão. O momento do lanche, no meio da tarde, é enfatizado como momento de acolhida. Também o momento da conversa inicial é verbalizado como importante pela oportunidade de acolhida. Mas a ênfase na noção de acolhimento vai além, fazendo com que os freis tenham desenvolvido modos de acolher muito respeitosos em relação à diversidade que reina entre os usuários, que manifestam preferências sexuais e comportamentos que na maior parte dos casos não estão “adequados” à moral religiosa oficial. É possível verificar que a ideia de acolhimento, levada às últimas consequências, revela certa “aceitação” em relação a outros modos de viver. Um exemplo disso é a opinião manifestada por alguns freis e voluntárias acerca da idade em que se deve iniciar a vida sexual: “a idade em que os dois consentem livremente”. Isso está em claro desacordo com as orientações da igreja católica oficial, mas é uma afirmação que permite dialogar de modo compreensivo com as situações vividas pela maior parte dos usuários. Esta ênfase no acolhimento é acompanhada de uma fraca estratégia de evangelização, nosso próximo ponto. Menos ênfase na regra, na imposição de ideias, e mais na acolhida. Os freis não são pregadores, ao estilo que

conhecemos de algumas matrizes evangélicas, que querem salvar a pessoa pela pregação. A acolhida praticada na Casa implica escuta, conforme verbalizado por usuários e freis. Esta escuta e esta acolhida terminam por gerar uma sensação de certa “cumplicidade” entre usuários e freis, que se manifesta na possibilidade exercida por alguns usuários de fazer brincadeiras sobre sexualidade (contar piadas “sujas”, contar “causos” de sua vida sexual, revelar atração por este ou aquele indivíduo da Casa, elogiar roupas, corte de cabelo ou a beleza de um determinado freij). Situados no patamar de irmãos, revelando uma ampla acolhida a modos “não hegemônicos” de praticar a vida sexual e de gênero que seriam de imediato condenados em outros ambientes, os freis tornam-se alvo desta modalidade de “investida” por parte dos usuários, que são as brincadeiras e piadas. Aos pesquisadores, a observação destas cenas pareceu indicar, por vezes, uma atitude por parte dos usuários como aquela de quem “testa” os limites da acolhida franciscana, fazendo brincadeiras sobre sexualidade, e querendo com isto provocar alguma reação por parte dos freis. A reação dos freis na maior parte das vezes se expressa por um “sorriso”, e com isto eles parecem se situar numa esfera “inatingível” no que se refere aos temas da sexualidade. Com isso, trazem outra marca de sua construção de identidade masculina, que parece lhes situar num terreno isento ao erotismo. Ao mesmo tempo, são estimuladas atividades que envolvem o toque entre as pessoas, como a terapia do abraço. Os freis não se “contaminam” com as diversas orientações da sexualidade presentes na casa, o que alimenta as constantes “provações” dos usuários, sempre em tom bem humorado.

c) diferente de outros locais já pesquisados por nós (no âmbito do Projeto “Respostas religiosas ao HIV/AIDS no Brasil”), em especial algumas obras assistenciais das igrejas pentecostais, na Casa Fonte Colombo o acolhimento não parece vir acompanhado da ideia de conversão, não se busca transformar em católicos os sujeitos que ali comparecem. Ainda não temos claro o que se esboça na Casa como uma prática de evangelização, mas é visível que ela não ocupa o centro das estratégias de ação, e não se faz ao modo direto que se costuma presenciar em outros locais. A Casa investe forte na ideia de lugar para acolhimento e humanização das pessoas. Veja-se que temos no grupo de usuários indivíduos com preferência sexual homossexual; homens e mulheres com construções de gênero em que há atravessamento de atributos

tradicionalmente tidos como masculinos ou femininos; homens e mulheres que se prostituem e não pensam em largar esta atividade; travestis, homens e mulheres usuários de drogas; mulheres que buscam aconselhamento para abortar; homens e mulheres que mantém uniões com indivíduos do mesmo sexo; homens e mulheres que buscam aconselhamento para separar-se do cônjuge; e, sobretudo temos uma diversidade de pertencimentos religiosos. Todas estas situações estariam a clamar por um esforço de conversão ou evangelização à fé católica, com exigência na mudança de comportamentos. Não é o que se observa. Os freis parecem exercer uma espécie de “olhar compreensivo” a todas estas situações, o que produz outra característica de sua masculinidade, a da complacência, uma atitude que parece não “combinar” muito com a força necessária para evangelizar, para convencer o outro a mudar de atitudes e de comportamentos.

d) a Casa Fonte Colombo é sustentada em parte por verbas públicas, as quais ela tem acesso via concurso a partir de editais, em que disputa com outras ONGs. Tal como outras ONGs/AIDS, ela também recebe verbas por conta de projetos chamados pelos programas de AIDS de “projetos estratégicos”. O uso de dinheiro público por parte da instituição, que é religiosa, parece colaborar para que o componente evangelizador não tome a dianteira do trabalho. Aqui temos um ponto a ser aprofundado, que se refere ao tema da laicidade do estado e do seu trato com as instituições religiosas, que são recrutadas por vezes para execução de parcelas da política pública. A Casa Fonte Colombo mostra-se, no seu desenho interno, de modo muito parecido a uma clínica médica. Ela lembra um serviço de saúde, bastante bem organizado. E o discurso da Casa acerca do tratamento e da cura está absolutamente afinado com as diretrizes da política pública em saúde. Estes pontos são enfatizados pelos coordenadores e voluntárias, que buscam assim colocar a instituição no mesmo patamar que aquelas da política pública. Sob certos aspectos, a Casa realiza um trabalho complementar aos serviços de saúde, ajudando na adesão ao tratamento, na busca de medicamentos, no encaminhamento de exames e procedimentos, no fornecimento de preservativos, no esclarecimento de dúvidas sobre a AIDS. A casa, e os freis, são percebidos por vezes como uma extensão do ambulatório e dos médicos. Mas há uma diferença importante: Na casa os usuários podem trazer e expressar sua fé, o que poucas vezes acontece num consultório médico. Ali eles podem falar

em Deus, mostrar suas guias e objetos de culto de outras confissões, e relacionar com o tratamento e o viver com AIDS. Muitas manifestações religiosas, durante a tarde de atividades, parte dos fiéis, e não dos freis. Esta situação traz uma marca para a casa e para os freis, como indivíduos que transitam entre o conhecimento médico e a ajuda espiritual, de onde deriva importante fonte de autoridade reconhecida como masculina.

e) a ênfase do trabalho na casa é a do cuidado, atividade tradicionalmente feminina. Sob a inspiração da vida e das ações de São Francisco, os freis não apenas são ativos coordenadores, mas atuam diretamente no cuidado dos indivíduos, e com isto de certa forma subvertem um pouco a regra de que mulheres cuidam e homens coordenam - ou mandam. Os exemplos que já citamos de massoterapia e reiki são elucidativos. Em que outro lugar católico um usuário pode ser massageado por um frei? O modo como os freis executam o cuidado integra coordenação e ações concretas visando o bem estar do usuário, bem estar que é em geral chamado de “humanização” do outro. Reside aqui um ponto de crítica dos freis as lideranças de outras ONGs/AIDS, que teriam se especializado no trabalho “de gabinete”, na “articulação política”, se desinteressando das atividades diretas que envolvem as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Se pensarmos esta situação do ponto de vista de produção das masculinidades, temos uma tensão entre o que se mantém no cuidado dos outros, o que pode tornar feminino, ainda mais quando se pensa na massagem, mas por outro lado nos fala de uma masculinidade fortemente vinculada ao trabalho com as bases, que se afasta da “moleza” dos gabinetes.

f) a noção de caridade pastoral é mobilizada constantemente para efetuar uma “releitura” dos princípios e dogmas da igreja, no sentido de produzir interpretações que possam confortar e acolher o doente de AIDS, e não excluí-lo. Isto revela um esforço intelectual voltado para “os de baixo”, que implica tensionar o que foi escrito, legislado, produzido por indivíduos situados no andar “de cima” da hierarquia católica. Em outras palavras, muitas vezes nos defrontamos com situações em que “passar a regra da igreja” era muito menos importante do que acolher o indivíduo, reconhecendo que ele pode viver, e bem, sem ser na regra da igreja. Esta característica pode ser pensada também do ponto de vista intelectual, pois os freis se colocam na posição de quem reflete sobre a epidemia, que é um enorme desafio (para o mundo, para as pessoas, para a igreja), e com isto

produzem conhecimentos novos em termos teológicos. Desta forma, eles enfatizam uma dimensão intelectual de seu trabalho.

Finalizamos retomando nossa tese: Na Casa Fonte Colombo, de modo simultâneo, temos a produção de masculinidades não hegemônicas e de um discurso (e práticas) progressistas em relação à AIDS, em especial em relação aos temas da prevenção e do viver com AIDS. Isso nos fala da produção de pessoas e de conhecimentos e práticas, de modo não dissociado, enfatizando a necessidade de estudar sempre agentes e ações em qualquer contexto. Se alguma novidade foi dita, temos também alguma novidade no ator social que disse. Ao contrário do que muitas vezes a mídia enfatiza, a produção de novas masculinidades não é apenas uma questão de estilo ou hábitos de consumo, ela está relacionada a novos contextos, que em geral não são problematizados, preferindo-se falar de um novo homem que parece ter brotado do nada. Ao analisar o cotidiano da Casa Fonte Colombo, foi possível verificar que as “novidades” em termos de masculinidade não estão desconectadas das “novidades” em termos de pensar as conexões entre religião e epidemia da AIDS.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Miguel Vale de. Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso no sul de Portugal. *Anuário Antropológico 95*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- ARILHA, Margareth; RIDENTI, Sandra G. U.; MEDRADO, Benedito. *Homens e masculinidades: Outras palavras*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- CONNELL, Robert William. Políticas da masculinidade. *Revista Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, jul/dez. 1995.
- _____. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, Teresa; OLAVARRÍA, José. (Ed.). *Masculinidad/es: Poder y crisis*. Santiago: ISIS; FLACSO, 1997. p. 31-48. (Ediciones de las Mujeres, 24).
- _____. *Masculinidades*. México: UNAM; PUEG, 2003.
- KIMMEL, Michael S. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 4, n. 9, p. 103-117, out. 1998.

“Tem dinheiro... fica logo duro!”

Excitação e prazer no trabalho sexual comercial exercido por homens no Recife-PE

Normando Viana | UFPE
Luís Felipe Rios | UFPE

Este capítulo apresenta uma compreensão sobre o trabalho sexual exercido por homens no Centro da capital pernambucana, Recife. Nele buscamos desvelar os recursos utilizados pelos negociantes dos prazeres sexuais, localmente denominados de boys, para se engajarem em transações sexuais com outros homens, ao mesmo tempo em que buscam manter posições identitárias heterossexuais. Este será o pano de fundo etnográfico¹ para discutirmos as categorias prazer e excitação sexuais, descritores usuais entre sexólogos, psicanalistas e construcionistas sexuais, para analisar a conduta sexual humana.

O texto está organizado de modo que inicialmente apresentamos as balizas que orientam a constituição de sentidos e práticas sexuais em meio às comunidades homossexuais brasileiras, enfocando como roteiros (Gagnon, 2006) sexuais e de gênero se entrelaçam para dar sentido às posições assumidas pelos homens fora e dentro das quatro paredes.

Em seguida, e nos deslocando da literatura sobre as homossexualidades tupiniquins rumo à nossa etnografia do processo do negócio do sexo nas

¹ Embasada em observação participante e entrevistas temática e de foco biográfico, a pesquisa que deu origem aos dados aqui analisados foi realizada entre 2009 e 2009 em espaços de homossexualidade do Centro do Recife. Ao longo do processo demos especial atenção às interações entre os boys e clientes em espaços comerciais de diversão e nas ruas.

ruas e espaços comerciais de diversão do Recife, o apresentamos como constituído em três tempos: Exposição da mercadoria; acerto do negócio e transação sexual. Neste âmbito, ao longo da descrição densa do negócio, sublinhamos as questões relacionadas à consecução de excitação e de prazer de modo que o negócio chegue a termo.

Finalmente, buscamos pelas técnicas de si (Foucault, 1994) que os profissionais do sexo se utilizam para modular as interações, mantendo a excitação, concebida com intumescência peniana/“ficar de pau duro”, de modo a agradar seus clientes. Estas conduzem, então, para uma discussão sobre excitação e prazer, que aparecem na etnografia que construímos como desafivelada de um desejo sexual unívoco e bloqueado, apontando para a plasticidade da sexualidade humana.

Homossexualidades brasileiras

Vários autores já discutiram como, na organização de parcerias sexuais entre os homens, um elemento fundamental é o modo como se constitui subjetivamente e são hierarquizadas socioculturalmente as fontes privilegiadas de prazer corporal (Fry, 1982; Parker, 1991, 2002; Rios, 2004, 2008; entre outros). Estas ganham destaque no par ânus/passivo e o pênis/ativo, mas se espalham pelo resto do corpo (em especial boca, mamilos e dedos) numa cartografia de partes erotizadas, comumente articuladas em interpenetrações entre porções corporais “côncavas” e porções corporais “convexas”.

Ainda que discursivamente as duas posições sejam, muitas vezes, significadas como opostas e incompatíveis em uma mesma pessoa - em especial nos “homens mesmos” que devem ser exclusivamente ativos -, os homens com práticas homossexuais escutados por diferentes pesquisadores apontam que na verdade, ativo e passivo não são posições fixas (Perlongher, 1987; Souza Neto, 2009; Fabregás-Martinez, 2002). Uma pessoa pode iniciar a carreira sexual como ativo e ao longo da vida experimentar a outra posição, ou vice-versa. Em alguns casos, o uso das duas posições pode ser acionado por uma mesma pessoa numa mesma interação sexual (Rios, 2004, 2008).

Ao analisar trajetórias de homens jovens com práticas homossexuais frequentadores de espaços de homossociabilidade do centro do Rio de

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

Janeiro, Rios (2004) sinaliza que o par atividade/passividade possui outros desdobramentos no âmbito do sistema de gênero.

“[...] Muitas vezes, para assinalar estas fontes de prazer, ou para disfarçá-las, os atores sinalizam supostos gostos eróticos - porque, por sua vez, são valorados hierarquicamente como masculinos (penetrativo/pênis) e femininos (receptivo/ânus) - utilizando-se, na vida pública não-erótica, de alguns marcadores performativos dos gêneros. Na verdade, ressalto, em boa parte das vezes, tal sinalização mais dissimula do que revela.” (Rios, 2004)

Essa superposição de ordens roteiradas (Rios, 2004) vai servir de referência para a construção das identidades de gênero: *Bicha* e *bofe*. Diz Rios (2004: 131):

“O ‘bofe’ (...) performa o masculino hegemônico (que por sua vez é apreendido como do âmbito da heterossexualidade), percebido no senso comum das classes populares como portador da sexualidade penetrativa. A ‘bicha’ é pensada nessas mesmas classes populares como uma tradução para o termo homossexual, contudo, ao invés de caracterizar uma orientação sexual, como no discurso médico, assinalaria uma ‘posição na cama’, a receptividade nas relações sexuais, o que por sua vez vai se revestir de performances femininas (ou efeminadas) no âmbito da vida pública.”

Não obstante, na comunidade homossexual, o termo *bicha* serve a múltiplos usos, sendo utilizado, na maior parte do tempo, muito mais como sinalização de graus de amizade que posições na cama: “os amigos são *bichas*, ainda que performem a ‘bofidade’, e os outros são *bofes* (desde que não sejam efeminados), até que alguém prove o contrário, ou que se tornem também ‘amigas’” (Rios, 2004: 131).

Essas nomeações apontam para as ambiguidades do modelo de inteligibilidade das homossexualidades entre os participantes da comunidade homossexual, em especial quando um observador desavisado se baseia nas ligações estabelecidas pela heteronormatividade hegemônica (Butler, 2002), onde sexo, gênero e sexualidade devem se alinhar: Passividade anal/homens efeminados = *bichas*; atividade peniana/homens masculinizados = aos *bofes*. Mas, o esperado pelo modelo nem sempre dá conta do que acontece nas cenas sexuais, públicas e/ privadas. Assim, e a título de exemplo, não é incomum que uma travesti penetre o seu cliente, ainda que este último, muitas vezes, entre e saia da cena sexual enquanto homem mesmo (Rios, 2004).

O esquema e suas contradições, como apontados por Perlongher 1987, Parker (1991, 2002), Green (2002), Rios (2004, 2008) entre outros, parecem, no nosso ver, se atualizar no negócio do michê do Recife. Os boys, os homens do negócio (do sexo) aqui em foco, no agenciamento de seus corpos, em geral performam o bofe do esquema traçado. Não obstante, não se deve pensar, como já aludimos acima, que todos os clientes são bichas - em termos de performances públicas efeminadas ou de sentir prazer sendo receptivo no sexo anal (cf. Souza Neto, 2009; entre outros).

Uma multiplicidade de arranjos de gênero-erotismo por parte dos clientes cria um contexto mais amplo, que pede homens negociando outras práticas que não apenas aquelas inferidas por alguém, menos afeito à dinâmica do campo, a partir dos desempenhos públicos dos boys - supostamente ativos, pois que hiper-masculinos.

O negócio do sexo em Recife

Ainda que a contradição esteja posta, é importante mais uma vez dizer que o corpo do michê é o corpo masculino como situado pela inteligibilidade heteronormativa. Para o negócio, é esse o corpo que importa. Como diria Butler (2002), o modo como se materializa possui legitimidade.

O corpo masculinizado permite que os boys possam transitar por outros espaços onde performances femininas de gênero, agenciadas por homens, seriam estigmatizadas. Do mesmo modo, e quando se dá crédito à afirmação de boa parte destes homens, de que “gostam mesmo de transar com mulheres” (sic.), o agenciamento de masculinidade que concretizam possibilita-lhes a realização heteroerótica. Em adição, na cena sexual onde boys e clientes negociam prazeres, é o corpo masculinizado que ganha mais valia no negócio do qual fazem parte (cf. Souza Neto, 2009).

É nesse quadro mais amplo - onde a heterossexualidade dá o tom para que uma hierarquia sexual (Rubin, 1998) se institua e categorize de forma positiva a atividade peniana/comer e de forma negativa a atividade anal/ser comida, lida e dita a partir da pragmática do gênero, masculinidade/boy e feminilidade/bicha - que se abre as possibilidades para o negócio do michê.

Antes de passar à coreografia das interações propriamente ditas, vale que se diga que os cenários escolhidos para nossas observações foram as ruas e praças do centro do Recife, e dois estabelecimentos comerciais de diversão. Voltados para homens com práticas homossexuais, e localizadas também no centro, é a oferta de espaços coletivos para sauna a vapor ou seca o que vai caracterizar estes espaços. Não obstante, além do serviço de sauna, há oferta de massagistas, bares, salas de vídeo pornô, e cabines para sexo, dentre outras formas de entretenimento. Para circular no interior das saunas, os homens devem trocar suas roupas habituais por toalhas e chinelas. Além de serem indumentárias mais apropriadas para desfrutar os serviços que marcam as vocações destes lugares, os corpos quase nus, conferem aos estabelecimentos aura de maior eroticidade (cf. Viana, 2010).

Vale, entretanto, sinalizar que, ainda que o clima e o ambiente favoreçam interações sexuais de maior proximidade, que quando acontecem, em geral, se desenvolvem nos ambientes mais privados das saunas (cabines ou espaços para sexo coletivo), mais que tudo, são elas, para muitos dos seus frequentadores, um dos poucos espaços propícios para conhecer outros homens que transam homens e se socializar na comunidade homossexual. Convém também esclarecer que nem todos os clientes das saunas vão ali em busca de sexo comercial, mas o fato é que a presença dos boys de programa acaba por se tornar uma oferta a mais de diversão - ainda que não explicitamente oferecida no cardápio do estabelecimento, até porque, no Brasil agenciar prostituição é crime.

Claro que o espaço da rua e o espaço da sauna, cada um ao seu modo, exigem modulações dos roteiros sexuais (Gagnon, 2006) que se organizam para instituir o trabalho sexual, não obstante, não teremos oportunidade neste texto para aprofundar diferenças (sobre isso cf. Souza Neto, 2001; Viana, 2010). Ainda que nossa descrição se concentre no que há de comum às ruas e saunas, sempre que necessário apontamos para as singularidades de cada um em termos de modular as práticas dos boys e clientes. Considerando que o boy é o agenciador direto de seu próprio corpo e dos prazeres que pode oferecer, para efeito analítico dividimos em três etapas o processo que atualiza o negócio do sexo: Exposição da mercadoria; Acerto do negócio; Transação sexual.

Exposição da mercadoria: O servidor e o serviço do sexo

“[...] O cara tem que tá muito ligado pra fazer um negócio desses (michetagem de rua). Se eu olho pra dentro do teu carro, você não vai parar seu carro na minha frente e vai dizer: Quanto é? Não! Por que ele sabe que eu sei quem ele é. Você não vai chegar e dizer: E aí, bora fazer programa? É num olhar. É num piscar de olho, num sinal, numa seta, quantas vezes você passa na rua. Pronto: Se você passa pela rua e faz o retorno pela mesma rua, passa devagarzinho olhando. Tudo isso, pequenos detalhes...” (Lucas, boy de programa, 19 anos, moreno)

A fase de exposição da mercadoria está fundada na troca de olhares. É o flerte ou a *azaração* (Rios, 2004) quem vai modulando o pré-contrato que deve estar esboçado quando o registro linguístico mudar do gesto para a fala, no segundo momento do processo. O recurso da sedução precisa se atualizar ao mesmo tempo como estratégia de marketing e de provocar as primeiras excitações que levarão à concretização da transação no ato sexual. Vale destacar que, ainda que estejamos tratando da oferta de serviços, o recurso ao ideário amoroso se interpõe no trabalho sexual de forma a erotizar a situação - afinal é no discurso amoroso que a sociedade ocidental inscreve o prazer sexual, que se quer comprar e/ou vender no negócio do sexo.

Pelo olhar os homens-corpos são avaliados, através dele o cliente demonstra interesse pelo michê, e por partes de seu corpo, acenando para o que deseja, sempre marcado pelos descritores acima mencionados. Assim, um cliente que olhar muito para o pênis do boy sinaliza que gosta de práticas em que seja penetrado; olhar para a bunda pode sinalizar que se gosta de ser ativo na cama.

Mas se o cliente olha, o boy também deve se engajar nessa troca comunicativa e falar por meio dela que está disponível; também deve falar dos atributos que quer disponibilizar na transação sexual. Assim, olhar nos olhos do cliente e desviar o olhar para baixo, alternadamente, pode sinalizar o interesse em uma transação, ao mesmo tempo que chama a atenção para o pênis como um importante atributo para fechar o negócio.

Nessa linha, lembra Le Breton (2009), pousar o olhar sobre o outro não é um acontecimento anódico, pois este favorece a apropriação de algo. *“[...] Pode-se dizer que ele seja imaterial, inobstante, que aja simbolicamente. Não é*

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

somente um espetáculo, e sim o exercício de um poder” (Le Breton, 2009: 215). E isso é bem verdade no negócio do michê.

O famoso “olhar 43”, sinalizador de desejos, capaz de fazer o outro se sentir inteiramente despido, é recurso corrente entre michês e clientes - contribuindo para instituir o clima de excitação sexual, necessário para que o negócio chegue a bom termo. O olhar retira ou confere valor. No contexto da exposição da mercadoria no negócio do sexo, o olhar do boy ou do cliente traduzirá expressões necessárias para confirmar simbolicamente a possibilidade de mútua escolha.

É importante lembrar que o olhar se conecta com a integralidade do corpo, que vai permitir leituras de uma gama de articulações entre gestos, partes do corpo, mímicas, posturas, atitudes e deslocamentos. Estas se organizam em repertórios sexuais que orquestram as interações dos corpos no contexto da prostituição. No caso dos boys, as coreografias corporais executadas, devem demonstrar a virilidade esperada e, ao mesmo tempo, valorizar, singularmente, os produtos que eles querem oferecer ao consumo dos possíveis clientes.

Para sinalizar o que se quer e/ou pode oferecer em termos de práticas sexuais, existe uma espécie de protocolo, fortemente orientado pelo princípio da automanipulação, que é marcado por olhares tanto de clientes como dos próprios boys. O apalpar do pênis, ereto ou não, seja sob as calças ou bermudas justas usadas durante a batalha nas ruas, ou sob as toalhas usadas nas saunas. Nestas, muitas vezes as toalhas são dispensadas, em situações simuladas pelos boys com único objetivo de se mostrarem nus e evidenciar o tamanho do pênis. Esses movimentos de automanipulação parecem sinalizar o quanto essa parte do corpo constitui-se no imaginário dos boys como signo de prazer para os clientes.

Manipulações, posturas e vestes devem ressaltar as partes mais cobiçadas, bunda e pênis, porque atualizam as categorias postas em trânsito: Ativo/passivo; feminino/masculino; bicha/boy. Não é demais ressaltar que o dinheiro é o “fio condutor” de todo o processo, se atualizando também nesse primeiro momento do flerte. Assim, o que o boy e o cliente apresentam como possibilidades de práticas sexuais, já neste primeiro momento, têm uma margem de preço, mais ou menos fixa, no

cardápio e por isso, já nesse momento é importante avaliar se o cliente tem condições de pagar pelo que acena querer consumir.

Santos (2008), investigando as saunas de São Paulo, argumenta que é por meio dos corpos que se objetificam os desejos e as relações de poder entre quem compra e quem vende prazer. Destaca que a conformação física de cada boy indicará marcadores que os tornará mais ou menos desejáveis aos clientes. Os clientes, por sua vez, tentam salientar os atributos dos corpos envelhecidos, destacando a acentuação abdominal, cabelos grisalhos e nádegas ainda tesas, as quais podem indicar ascensão social e poder econômico.

Rios (2004), nessa mesma linha, aponta como as diferenças etárias, articuladas por inscrições socioeconômicas que situam no par estabelecido e não-estabelecido financeiramente, organizam não só o negócio do michê, mas, mais amplamente, as parcerias homossexuais não comerciais no contexto dos locais de homosociabilidade do centro do Rio de Janeiro. Os jovens e adultos realizam leituras corporais, que incluem adereços e indumentária, que os permite localizar uns e outros nas categorias sociais disponíveis, e engendrar-los eroticamente.

No negócio do michê em Recife, a coisa não é diferente, a idade cronológica dos corpos assume e se oferece como uma espécie de linguagem para falar de dinheiro, inserção profissional e classe, configurando-se como atributo não-verbal nas negociações entre os boys de programa e os clientes. É esse código não-verbal que permite inferir se o cliente tem condições de pagar o programa e se vale a pena investir e/ou dar continuidade ao flerte estabelecido.

Acerto do negócio: O serviço e o preço

Assim, a etapa da oferta da mercadoria é também um momento de avaliação de crédito. O boy, ao mesmo tempo em que se oferece ao cliente, o avalia em seu potencial para pagar o programa. Se o crédito, expresso no modo de ser do cliente, é aprovado, há um reforço da coreografia sedutora por parte do boy - já melhor destacando a exibição dos pontos cobiçados pelo olhar do cliente -, de modo a incrementar as primeiras excitações que darão mais elementos para valorizar o produto em preço quando da concretização do negócio.

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

Esse jogo de sedução e excitação é acentuado por pedidos de mostrar tal ou qual parte, toques e apalpações. No acerto do programa, afinal, do início ao fim, é preciso regular a excitação do cliente - é ela, quando ao final resulta em prazer sexual, que justifica o preço do programa.

Ressalto ainda, que se a primeira etapa é permeada por olhares e gestos; é preciso inscrever tudo o que se passa, em um plano não-verbal, no verbal. No acerto do negócio, são definidos: Onde acontecerá a transação, e o que irá acontecer em termos de práticas sexuais; do mesmo modo os valores negociados e pagos por cada uma das práticas, ou por conjunto delas.

“[...] Eu digo meu preço: Entre R\$ 30,00 e R\$ 40,00. Rola tudo, menos ser penetrado. Posso beijar o corpo todo, chupar os peitos dela (cliente masculino), dar umas mordidinhas na bunda. Chupar ele? Não chupo! ... Isso aí pode acontecer, mas se rolar... Rola um dinheiro a mais, está entendendo? [...] o boy não chupa, só se rolar um dinheiro a mais. [...] Esse dinheiro a mais é de R\$ 20,00, R\$ 15,00. Também a gente vai por certos tipos de pessoa, se a gente conhece aquele tipo de pessoa que tem dinheiro e aquele certo tipo de pessoa que não tem, está entendendo? Pra também não querer explorar.” (Pedro, boy de programa, 27 anos, moreno)

Como já apontamos, e o relato de Pedro exemplifica, o estabelecimento dos valores dos programas também está submetido à avaliação que o boy faz da condição socioeconômica do cliente, e esta ocorre, muitas vezes, antes mesmo da primeira conversa. Para tal avaliação, eles estabelecem critérios que definem qual cliente tem condições de pagar o valor a ser cobrado pelo programa ou será necessário estipular valor passível de negociação. Dentre estes critérios salientamos o que é muito frequente, no caso da prostituição de rua, o modelo do carro em que o cliente chega para a abordagem, além da indumentária, adornos e adereços, gestos e posturas corporais.

O relato de Pedro sugere ainda que as primeiras contradições entre desejos do cliente e possibilidades de realização pelo trabalhador começam a se visibilizar (e se resolver) no âmbito mesmo do acerto do negócio. Ele inicia sublinhando que cada prática tem seu preço, mas que não se deixa ser penetrado (analmente). Sugere uma cartografia de partes e de práticas feminilizantes - o uso da boca em partes do corpo do cliente, até chegar perigosamente perto de uma prática explicitamente passiva/feminilizante: Chupar o pênis do outro. Ele não nega que faz sexo oral nos clientes, mas,

para neutralizar uma possível destituição de masculinidade, lança mão do “dinheiro a mais”, que justificaria e legitimaria seu deslocamento de posições eróticas no negócio do sexo.

Segundo Santos (2008), nas saunas paulistas que estudou, o tamanho do pênis, quando “avantajado”, indicará ao cliente a suposta potência viril do boy. Nesse sentido, a valorização de suas dimensões, como símbolo de superior masculinidade, reafirma o lugar do pênis como uma das zonas privilegiadas de prazer e cobiça.

“Michês mais ‘bem’ dotados, com corpos mais bem trabalhados, ‘malbados’, com membros sexuais considerados maiores que a média pelos clientes, tem mais poder de negociação, tanto no ganho monetário como em posições sexuais...” (Santos, 2008)

No contexto recifense, o pênis também é objeto recorrente nas conversas entre os grupos de boys, grupos de clientes e grupos de boys e clientes. Há sempre alguém comentando sobre dimensão, tamanho e espessura, bem como utilização, do próprio pênis ou do pênis alheio. Contudo, Souza Neto (2009), ao analisar a prostituição de rua do Recife, destaca que os dilemas envolvidos nas relações de poder envolvidas no exercício da prostituição masculina encontra-se centrado no ânus e não no pênis.

Como já apontamos, tanto nas saunas quanto nas ruas do Recife, pudemos verificar que na linguagem simbólica dos corpos de boys e clientes, os trabalhadores sexuais se apresentam por meio das configurações da masculinidade hegemônica - se querem bom preço no mercado². Nossos dados corroboram as interpretações de Souza Neto (2009), ao destacar que se para os boys de programa, o sexo com homens é justificável pela relação de troca e ganho econômico, a honra do boy, muitas vezes, parece se concentrar única e exclusivamente no ânus, que muitas vezes se configura como zona de prazer geradora de conflitos.

Como salienta Souza Neto (2009), sob o peso dos significados socioculturalmente construídos na sociedade mais ampla, o ânus é reconhecido como zona proibida para os homens que queiram ser vistos como viris. Dessa forma, o ânus surge como zona privilegiada de prazer

² Sinalizamos que essa lógica não é adequada para falar das travestis, onde o mercado do sexo se organiza a partir de uma metáfora de feminilidade.

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

tanto para os ativos, que o cobiça, quanto para os passivos, que obtêm prazer ao serem penetrados. Ele deverá sempre ser apresentado sob a aura de certo resguardo pelo boy, para garantir o reconhecimento público da masculinidade. O resguardo do cu/ânus, mais bem capitaliza o boy quando deparar com um cliente ativo.

*“[...] O boy que cobra o preço a mais, ele não gosta de dar; ele só dá por causa do dinheiro; mas aquele que não cobra dá porque gosta; ele sente prazer de dar mesmo.”
(Pedro, boy de programa, 27anos, moreno)*

Numa situação onde será solicitada ao boy de programa uma inversão de posicionamentos no intercurso sexual com o cliente, serão negociados valores monetários maiores. O dinheiro, nesses casos, aparece como mediador e recurso de autorização da prática proibida.

Transação sexual

No momento da negociação e, posteriormente, na cena sexual propriamente dita, dois dilemas surgem para os boys, em especial para os não-gays identificados. Como mostramos, um dos que ganham maior visibilidade é o de resolver os impasses indentitários que “o dar o cu” provoca subjetiva e socialmente. Este se constitui e se resolve pela mediação monetária, que ganha o signo de grande motivação e desejo que leva o boy para a batalha e o mantém na ativa.

Negócio fechado, em geral se parte para um espaço de maior privacidade (o carro, a cabine da sauna, um cantinho na rua, ou um quarto de motel). Nesse momento, é não só preciso manter a excitação do cliente, de modo a que ao final ele goze e sinta que seu dinheiro foi bem empregado; mas, e porque, em geral, a satisfação do cliente depende disso, é preciso que o boy constitua e mantenha a própria excitação ao longo do intercurso sexual.

Temos então o segundo dilema: Como se manter de “pau duro” desde o flerte até que o cliente goze (ejacule) sinalizando que obteve prazer. Mesmo nas relações onde o boy é o passivo, manter-se de pau duro é um sinalizador de que se está tendo prazer com a interação sexual, o que para muitos clientes é o elemento que mantém a aura de sedução e do jogo amoroso que sustentará a sua excitação.

Um modelo alternativo de interação, que apresenta elementos sadomasoquistas, é aquele onde o boy, ao invés de apresentar na cena sexual uma performance gestual fisionômica de prazer amoroso, encena a dor de estar sendo subjugado por outro homem. Não obstante, ainda é o pau quem expressará as contradições inerentes a essa performance sexual, onde prazer é a dor da subjugação.

Como ativo ou como passivo, é importante que performance do boy se module o mais rápido possível à do cliente, de modo que consiga incrementar a excitação do primeiro e abreviar o tempo necessário para que ele chegue à ejaculação, que marca o fim do negócio, podendo, ou não, dar ensejo a uma nova contratação com aquele cliente, ali mesmo.

O mais importante é, em especial quando se está no início da jornada de trabalho, fazer com que o cliente goze antes, e sem que ele próprio ejacule, na medida em que o gozo do boy pode provocar a “morgação sexual”, estado afetivo que impede a execução de novos programas na mesma jornada de trabalho. É muito comum, entretanto, que na contratação o boy receba um bom acréscimo, do que usualmente cobra, se se quer que ele ejacule.

A modulação da excitação sexual, que como se pode notar atravessa todas as etapas do negócio em análise, merece aprofundamento analítico em busca dos recursos empregados pelos homens para a sua consecução. Assim, vejamos como os boys falam sobre isso.

A excitação e o prazer no negócio dos boys

Ao questionarmos se o boy sente prazer durante a efetivação de um programa, Lucas responde:

“[...] Rapaz, eu digo aquela coisa: Se a pessoa se passa pra tá no quarto com outra pessoa é porque rola prazer. (Lucas, boy de programa, 19 anos, moreno)

Insistimos, indagando sobre o fato de geralmente os boys alegarem só transar por dinheiro.

“[...] Não, não tem essa conversa. A pessoa que se passa..., porque se fosse a questão do dinheiro, como é que ele ia deixar o pau duro? (Lucas, boy de programa, 19 anos, moreno)

O entrelaçar dos diferentes elementos presentes no exercício da michetagem podem ser percebidos nesse depoimento, enfatizaremos dois: Prazer e excitação (ficar de pau duro).

Convém salientar, essas duas categorias são caras aos teóricos da sexologia moderna (cf. Robinson, 1977), ambas aparecendo de certo modo, inter-relacionadas - prazer que sustenta a excitação, que por sua vez leva ao orgasmo, também prazer - e assentadas no biológico (cf. especialmente Master e Johnson *apud* Robinson, 1977). Uma associação que vai se desdobrar na moderna categorização das sexualidades (homossexualidade, heterossexualidade e bissexualidade), articuladas, em diferentes teorias, por noções de instinto, pulsão ou desejo sexual.

Não obstante, as experiências que os boys relatam ter, desafiam os modelos teóricos que afirmam uma relação direta entre desejo-excitação-prazer, e que tendem a naturalizar (ao menos em parte) a conduta sexual humana (cf. Vance, 1989). Muitos boys se dizem heterossexuais, e afirmam que conseguem a excitação necessária para executar o trabalho para os quais são pagos, ainda que o objeto da interação sexual seja outro homem (cf. também Souza Neto, 2009; Braz, 2008; Santos, 2008). Para adensar a discussão, vale chamar pelos significados que os boys atribuem ao ficar de “pau duro”, o modo como se referem à excitação; igualmente as técnicas que referem utilizar para se manter nesse estado.

Para muitos deles os programas ganham o sentido transgressor de curtição, que por si só sustenta a excitação e os leva ao gozo:

“Mas assim, do tipo, se sou um garoto de programa? Sou! Mas só que eu não dependo disso pra sobreviver, pra levar dinheiro pra casa, porque meus pais estão precisando não. É só pra mim mesmo, só curtição mesmo. [...] só uma curtição... Que eu saio só pra curtir mesmo. Eu saio só pra me distrair mesmo, pra sair, pra curtir a noite [...]” (Marcos, boy de programa, 18 anos, branco apud Souza Neto, 2009).

Aqui, o prazer é entendido como “curtição”, onde os fatores vinculados ao econômico parecem abrir espaços para a diversão proporcionada pelo ato de ser remunerado em troca de sexo.

Para outros garotos (ou para os mesmos, frente a situações específicas - o deparar com um cliente que pague bem, mas que considere esteticamente feio, por exemplo), é preciso recorrer a remédios e à imaginação para se manter de pau duro. Assim, o uso de substâncias alopáticas surge entre os

boys como promessa para “extensão” do momento da excitação, possibilitando melhor desempenho e condições físicas para a realização, inclusive, de um maior número de programas durante a noite.

O recurso do exercício mental pode se fazer presente em outras relações sexuais. Gagnon (2006) já apontara para a importância da imaginação para a realização da vida sexual, em seu modelo teórico, fundado na ideia de roteirização da vida sexual, que a descreve a partir de três níveis analíticos: O intrapsíquico, o interpessoal e o panorama cultural.

O autor chama a atenção para o diálogo constante e ininterrupto entre esses três níveis. Iremos nos ater ao intrapsíquico, que o autor qualifica como uma espécie de ensaio mental que pode anteceder, suceder ou sustentar uma determinada cena sexual. Não obstante, ainda que o ensaio dê a possibilidade de criação de novidades, ele se funda nas representações da vida sexual que resulta dos cenários culturais e das demandas de interação pelas quais o sujeito já passou. Observa, então, que é no campo do intrapsíquico que se manifestam os problemas concernentes a ligar o significado à cultura e a ação à interação (Gagnon, 2006: 225).

Em outras palavras, se o ensaio interno possibilita a preparação e manutenção de certo estado sexual almejado, é nele que devem se resolver os dilemas para que um fim (sexual/comercial) almejado se concretize (o gozo do cliente). Isso tudo é feito sob o signo do prazer deve existir ao menos no plano da fantasia:

“[...] Sim, mas rola o prazer. Querendo ou não, por mais que o pessoal fale isso [argumento da necessidade de sobrevivência], mas rola o prazer. Porque se não rolasse prazer como é que a pessoa iria ficar excitada?” (Pedro, boy de programa, 27 anos, moreno)

Ao ser questionado como fazer para ficar de pau duro, Pedro relata:

“[...] pra gozar? Pra tirar onda com a pessoa em cima da cama? Tem que sentir prazer. Mesmo se não sentir, ele tem que imaginar que está sentindo prazer. Imaginar! Por exemplo, eu arrumei uma pessoa agora, eu num tou a fim, tá entendendo? Mas só que aquela pessoa tá me oferecendo um dinheiro, antes de eu colocar o preço a mais do que eu cobrei. Eu digo R\$ 30,00, mas quando chega lá, pra eu ter estimulação, eu tenho que botar na mente que eu tou com prazer, fico me masturbando, fico...” (Pedro, boy de programa, 27 anos, moreno)

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

Nessa mesma linha, Pedro resolve os impasses que estar com um homem na cama poderia provocar, em termos de ficar de pau duro, recorrendo à imaginação:

“[...] fico imaginando uma mulher, uma mulher gostosa do meu lado (risos) [...] por que ali é uma imaginação que a gente tem na mente. Às vezes eu fecho os olhos e fico lá pensando que estou metendo com uma boysinha³...” (Pedro, 27 anos, boy de programa, moreno)

“[...] Sempre numa mulher, desde pequenininho. No início, tu pensa numa mulher gostosa pro pau subir, depois você fica ligado na trepada⁴. Fica olhando a bunda do cara, o pau entrando e saindo.” (Lucas, boy de programa, 19 anos, moreno)

Observa-se que sem o exercício mental a operacionalização do programa parece não se concretizar a contento ou mesmo pode ser inviabilizada. Interessante pensar que na dinâmica da prostituição viril o exercício mental parece não se referir ao cliente em atendimento, mas sim outro(s) externo(s). Na maioria dos relatos, esse outro aparece personificado na figura de uma mulher. Nesse contexto, as “mulheres da rua” aparecem como recurso mais frequente do exercício mental, porém as imagens de namoradas ou esposas também se tornam recorrentes, ainda que em menor proporção e frequência. Durante conversa informal, outro boy também se posiciona nesse sentido:

“[...] penso sempre numa mulher. Com mulher você vai mais com carinho, com homem não. [É quando é a tua mulher?] Ai você vai com carinho, quando é mulher da rua tu vai mais na ignorância, com homem pior ainda.” (Well, boy de programa, 18 anos, negro)

Quanto às estratégias adotadas pelos boys, verifica-se a incorporação de recursos visuais como facilitadores ao expediente do exercício mental, uma vez que muitos relatam assistir a filmes de conteúdo pornográfico. Dado curioso refere-se ao fato de grande parte dos sujeitos revelarem começar assistindo a cenas de sexo protagonizadas por casais heterossexuais, antes de sair para a “batalha” ou mesmo durante o programa. Alguns relatam, entretanto, que, com o tempo, passaram a assistir a filmes com cenas sexuais protagonizadas por homossexuais. No entanto, nesses discursos as

³ Boysinha: Mulher jovem.

⁴ Trepada: Referência popular para relação sexual.

categorias ativo/passivo e a generificação das partes do corpo dos homens em masculinas e femininas configuram-se como marcadores de suas preferências eróticas e consequentemente do autorreconhecimento de suas identidades sexuais (Souza Neto, 2009).

Nesse contexto, recursos diversos são utilizados e/ou experimentados para facilitar a imaginação. Lucas, 19 anos, diz que fica “*ligado na bunda dos caras*”. Assim, carícias, toques, beijos e outras ações e comportamentos afetivos podem ser requisitados como elementos secundários ou coadjuvantes ao exercício mental. Quando questionado sobre a utilização desses recursos, Pedro segue em seu depoimento:

“[...] conseguindo! Você fica beijando, distrai a pessoa, e fica imaginando que está fazendo com ela o que você queria estar fazendo com uma mulher; você está fazendo nele, ele fica na dele e a gente está fazendo nosso trabalho...” (Pedro, boy de programa, 27 anos, moreno)

Considerações finais: É tudo psicológico

“[...] Rapaz, é tudo psicológico, porra! Besteira, fechou o olho, pensou que era uma mulher...[pausa]. Hoje em dia e antigamente o que fala mais alto é o dinheiro, é o dinheiro... [pausa]. Tem dinheiro, o pau do cara faz pruuu[sobe], fica logo duro. Virado num molho de coentro⁵ mesmo.” (Lucas, boy de programa, 19 anos, moreno)

Surge então um quadro interacional no negócio do sexo que articula desejo, prazer e excitação de modo diferenciado do apresentado pelas teorias sexológicas.

No caso de Lucas, uma motivação normalmente qualificada como não-sexual (dinheiro) institui, no lugar do desejo sexual, uma transação que para ser realizada necessita de técnicas de excitação que não passam pelo contato físico entre os corpos e onde o prazer pode ganhar registros também extra-sexuais.

Na perspectiva de contribuir para aprofundar a análise, a questão tratada neste texto foi a de quais recursos esses homens se utilizam para se engajar numa transação sexual com outros homens, ao mesmo tempo em que querem manter uma posição identitária heterossexual. Distanciamos-

⁵ Virado num molho de coentro: Expressão popular local para que sinaliza ótimo desempenho no desenvolvimento de algo.

nos da suspeita frequentemente acionada por intelectuais orgânicos aos movimentos identitários homossexuais (quer se afirmem em teorias essencialistas ou construcionistas - cf. Vance, 1989) de que, na verdade, dada a homofobia que marca a cultura brasileira, esses homens são homossexuais não assumidos que se utilizam do manto do trabalho sexual para viver o que não poderiam experienciar de outra forma. Afinal, como conseguem ficar excitados na ausência de desejo sexual? Como conseguem ejacular na falta do prazer erótico? Não negamos que essa possibilidade analítica pudesse ter referente empírico; e, de fato, para alguns garotos gays identificados essa é linha interpretativa utilizada para significar as experiências que têm lugar na cena sexual do mercado do sexo masculino.

Não obstante, perseguimos neste trabalho (e dando crédito ao que diz outra parte dos homens com que conversamos) o arranjo discursivo de alguns boys de programa, que fundam seus prazeres na heterossexualidade e dizem acionar motivações extra sexuais (dinheiro), para conseguir a condição corporal apropriada (ficar e se manter de pau duro na interação sexual com outro homem) para o trabalho que realizam. Em adição, conseguem os prazeres eróticos via uma série de artifícios, os principais assentados no emprego da imaginética própria à matriz heterossexual para encantar a cena homossexual do negócio do sexo.

Levamos a sério e melhor investigamos esse arranjo, o que nos permite agora ir além e contribuir para refletir sobre o esquema hegemônico de pensar a sexualidade que propõe a organização das sexualidades a partir de uma solda entre desejo-excitação-prazer-ejaculação, se inscrevendo num modelo motivacional focado na nebulosa conceitual que é a categoria “instinto sexual” (cf. Elis, 1933). Está noção, ao invés de desvelar e ajudar a compreender a conduta sexual humana, esconde e/ou oblitera uma pluralidade de experiências em processo.

Ao que parece, na falta de teorização sistematizada e empiricamente embasada sobre a relação natureza (fisiologia) e cultura no engendramento das condutas sexuais humanas, pesquisadores essencialistas (e mesmo construcionistas) sacam da manga um modelo, quase teórico, fundado em padrões de comportamento universalizados a partir de uma ideia mais geral de base fisiologista, onde intumescência/detumescência das gônadas são articuladas a um motor (objeto do desejo), marcado por uma classificação naturalizada dos corpos e dos seres em homens e mulheres, cujo objetivo

reside na reprodução. Talvez, a grande contradição ou inconsistência do modelo esteja mesmo no esquecimento de que não apenas o objetivo do instinto não se sustenta empiricamente, mas o objeto, homens e mulheres, são categorias sociais que têm uma indexação social datada (Laquer, 2001).

O que os homens que entrevistamos dizem é que conseguem trazer a mulher desejada para a cena sexual por meio da imaginação, e com a imagem reencantam o corpo que ali, na cena sexual comercial, se lhes oferece para a interação. Alguns relatam conseguir, ao longo de muitos anos de trabalho, ir se desapegando da imagem e focando em partes (bunda/ânus) que se autonomizam generizadas como femininas. Em síntese, eles aprendem um conjunto de técnicas corporais (Mauß, 2005) que possibilitam colocar sob seus controles aquilo que é entendido pelos sexólogos como padrão natural de comportamento: O instinto sexual.

Assim, pudemos ver, no campo, uma abertura de objeto e uma modulação do objetivo que destituiu de validade o modelo instintivo proposto. Como diria Gagnon (2006), no negócio do sexo as práticas sexuais podem, muitas vezes, independem de um desejo sexual. Nas histórias de vida que escutamos, mas não tivemos condições de apresentar neste texto, para os boys tudo começa em um desejo por dinheiro, ou, mais amplamente, por consumo de bens que as suas situações financeiras, sem o negócio do sexo, não possibilitariam.

A questão, aqui, não é a de negar a natureza ou as sensações, ou as modulações dos órgãos e a fisiologia humana, mas discutir como essas sensações internas se constituem e ganham sentido quando apreendidas pela cultura de uma dada comunidade. Compreender como esses arranjos “externos” se inscrevem na carne-fisiologia, e pensar como as subjetividades, ainda que se organizem a partir da heteronorma, as fazem de modos singulares em grupos e pessoas de uma mesma sociedade, a depender das suas trajetórias no mundo (Rios, 2004).

Nesse sentido, tendemos a concordar com Lucas que a experiência do prazer e da excitação no negócio do sexo é mesmo psicológica. É esse psicológico que Bruner (1990) qualifica como enraizado na cultura. Um psicológico que se constitui a partir da trajetória do ser humano do mundo e que, ao invés de ser determinado e cerceado pelo biológico, a partir de técnicas de si (Foucault, 1988) coletivamente formadas para modular almas

“Tem dinheiro... fica logo duro!”...

e condutas afeitas a determinado fim, é capaz de fazer um homem heterossexual gozar com outro homem, ainda que o modelo instintivo de pensar diga que isso é inviável e o queira remeter para a esfera da homossexualidade.

Assim, no contexto da cultura capitalista e da lógica de mercado do negócio do michê, “o que fala mais alto é o dinheiro, é o dinheiro... (pausa). Tem dinheiro, o pau do cara faz pruuu (sobe), fica logo duro.”

Referências bibliográficas

- BRAZ, Camilo Albuquerque de. (Dis)posições: Gênero, desejo, práticas sexuais e marcadores de diferença entre homens que freqüentam clubes de sexo. In: Reunião Brasileira de Antropologia, XXVI, 2008, Porto Seguro. *Anais...* Porto Seguro: ABA, 2008.
- BRUNER, Jerome. *Atos de significado para uma psicologia cultural*. Lisboa: Edições Escuta, 1990.
- BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan*. Barcelona: Paidós, 2002.
- ELLIS, Haverlock. *O instinto sexual*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1933.
- FABREGÁS-MARTÍNÉZ, Ana Isabel. Explorando a sexualidade do michê na cidade de Porto Alegre. In: BARBOSA, Regina Maria; AQUINO, Estela Maria; HEILBORN, Maria Luíza; BERQUÓ, Elza (Org.). *Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva*. Campinas: Editora da UNICAMP, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *A história da sexualidade: A vontade de saber*. v. I. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988 [1976].
- _____. *Dits et écrits*. Tradução de Karla Neves e Wanderson Flor do Nascimento. v. IV. Paris: Gallimard, 1994. p. 783-813.
- FRY, Peter. *Pra inglês ver: Identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: Ensaio sobre o estudo da sexualidade*. Tradução de Lúcia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- GREEN, James. *Além do carnaval. A homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: UNESP, 2002.
- LAQUER, Thomas Walter. *Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Tradução de Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

- LE BRETON, David. *As paixões ordinárias: Antropologia das emoções*. Tradução de Luís Alberto Salton Peretti. Petrópolis: Vozes, 2009.
- MAUSS, Marcel. As técnicas do corpo. In: MAUSS, Marcel (Org.). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naif, 2005.
- PARKER, Richard. *Corpos, prazeres e paixões: A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Best Seller, 1991.
- _____. *Abaixo do equador - culturas do desejo: Homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil*. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- PERLONGHER, Nestor Oswaldo. *O negócio do michê: Prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- RIOS, Luís Felipe. *O Feitiço de Exu: Um estudo comparativo sobre parcerias e práticas homossexuais entre homens jovens candomblesistas e/ou integrantes da comunidade entendida do Rio de Janeiro*. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- _____. Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina do centro do Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, p. 465-475, 2008.
- ROBINSON, Paul. *A modernização do sexo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.
- RUBIN, Gayle. Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: NARDI, Peter M.; SCHNEIDER, Beth E. (Org.). *Social perspectives in lesbian and gay studies: A reader*. London: Routledge, 1998.
- SANTOS, Elcio Nogueira dos. Sexualidades, corporalidades, transgressões. Entre amores e vapores: As representações das masculinidades inscritas nos corpos nas saunas de michês. In: Congresso Brasileiro de Sociologia, XIII, 2008, São Paulo. *Anais...* São Paulo: PUC, 2008.
- SOUZA NETO, Epitacio Nunes de. *Entre boys e frangos: Análise das performances de gênero dos homens que se prostituem em Recife*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
- VANCE, Carole S. *Social construction theory: Problems in the history of sexuality*. London; New York: Routledge, 1989.
- VIANA, Normando José Queiroz. *“É tudo psicológico/dinheiro/prunu e fica logo duro!”: Desejo, excitação e prazer entre boys de programa com práticas homossexuais em Recife*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

Gênero e classificação das profissões: Trajetórias de mestrandos dos cursos de Física e História da UFPE

Lady Selma Ferreira Albernaz | UFPE

Introdução

Este artigo originou-se de uma apresentação realizada na Reunião de Antropologia do Norte e Nordeste, Recife, 1998¹. Seu objetivo foi, e continua sendo, discutir o trabalho das mulheres como elemento de realização pessoal partindo de dois aspectos: A escolha profissional e a trajetória da profissionalização. Tem como desdobramento evidenciar as classificações das profissões por gênero e como elas interferem nas trajetórias solicitadas para as pessoas que nelas ingressam.

Ao que me parece a distância temporal não diminuiu sua pertinência antes, pelo contrário, parece fortalecer os resultados apresentados há doze anos. Em artigo recente Chies (2010), volta a discutir o trabalho das mulheres pela ótica da identidade profissional, e, indiretamente demonstra que a persistência da classificação das profissões por gênero, que condicionam a distribuição das mulheres no mercado de trabalho formal. Baseando-se em Bruschini (2007), entre outras autoras que trataram o tema ao longo dos anos 90 e 2000², é posto em evidência o ingresso das mulheres, a partir dos anos 70, em profissões masculinas de grande

¹ O trabalho original foi publicado nos anais do evento, que integrou um número especial da Revista *Anthropológicas* (Albernaz, 1998).

² Assim como Chies consultei, além de Bruschini (2007) os(as) seguintes autores(as): Abramo, 2004; Biderman e Guimarães, 2004; Sorj, 2004. Em todos os trabalhos há ênfase na classificação das profissões, sem entretanto, haver uma relação entre ela e o tipo de trajetória profissional.

prestígio: Medicina, Direito, Arquitetura e Engenharia, alcançando, nas duas últimas décadas, no mínimo 30% em cada uma delas. Paralelamente, dados estatísticos analisados em Bruschini (2007) mostram a existência de nichos dentro de cada uma delas que são recorrentemente ocupados pelas mulheres. No caso da medicina elas não estão na cirurgia, de maior prestígio e remuneração, e prevalecem na pediatria, vista como menos importante e ligada à esfera do cuidado.

Estes resultados parecem confirmar aqueles que apresento aqui, no sentido de termos uma prevalência das mulheres na história e uma incidência muito pequena no mundo da física. Entretanto, nos resultados que discuto uma questão parece ainda original e não abordada pelas autoras citadas em Chies (2010), as quais também consultei. No caso, a relação que estabeleço entre a classificação da profissão por gênero e o tipo de trajetória requerida para nela ingressar e permanecer, pontos que retomarei no final do texto. Penso que trabalhos como este que fiz ajudam a refletir sobre a continuidade de nichos profissionais para as mulheres em profissões masculinas em paralelo ao fato das mesmas serem ainda minoria em muitas delas.

Posto isso, gostaria ainda de esclarecer que mantive ao longo do texto as referências bibliográficas utilizadas no passado, apresentando as novas fontes apenas nesta introdução e nas considerações finais. Penso assim, oferecer ao leitor a oportunidade de conhecer o trabalho na sua concepção original. A relação com o momento atual, pareceu-me mais importante na sua abertura e encerramento chamando para dar continuidade a investigações que consideram os dados aqui expostos.

O artigo está dividido em mais quatro partes. Na primeira delas trato do trabalho como um locus de realização pessoal na sociedade moderna. Na segunda parte trago os resultados relativos à classificação das profissões por gênero e as justificativas do grupo para escolher a física ou a história. Na terceira, analiso como a trajetória profissional, exigida para o ingresso e continuidade nessas áreas, tem configuração distinta. Finalizo com algumas reflexões sobre desigualdades no campo do trabalho decorrente da sua classificação por gênero e atualizo a discussão a luz dos resultados de pesquisas recentes.

Trabalho, autonomia e realização pessoal

Como dito acima o objetivo deste artigo é discutir o trabalho das mulheres como elemento de realização pessoal partindo de dois aspectos: A escolha profissional e a trajetória da profissionalização. Estes dois aspectos apresentam-se desigualmente construídos para homens e mulheres, por haver classificações e hierarquizações sócio-culturais das profissões de acordo com a categoria gênero, as quais se refletem em diferentes exigências de escolha e desempenho profissional (Rosemberg, 1994; Ferrand, 1994; Bruschini, 1994), portanto servem à comparação e observação de como o ingresso e a trajetória da profissionalização podem proporcionar esta realização pessoal para, e entre, os dois sexos. Este olhar para a profissionalização de homens e mulheres tenta romper com análises que explicam o ingresso feminino no mundo do trabalho principalmente em resposta à complementação da renda familiar (Bruschini, 1985)³. Esta escolha considerou ainda as reflexões do feminismo sobre o lugar da profissão na vida das mulheres, e as possibilidades que o trabalho oferece à realização e autonomia pessoal (Michel, 1982).

A eleição do trabalho como lugar de realização pessoal deve-se a minha concordância com Arendt (1987), a qual coloca o trabalho como um dos principais lugares para a elaboração da realização pessoal na sociedade moderna. Primeiro porque é o trabalho que promove a igualdade e autonomia dos indivíduos, um dos ideais da modernidade. Segundo pelo valor que recobre o trabalho visto como construtor do mundo através da transformação da natureza. São excluídas dessas possibilidades as atividades humanas voltadas para a satisfação das necessidades biológicas imediatas, que Arendt denomina de “labor”. Desta maneira, as concepções

³ Compreendo que este argumento é mais forte para as mulheres inseridas nos grupos de renda mais baixo da população, o que não é o caso da amostra estudada. Entretanto, este é o argumento que aparece com mais força no senso comum, e se respalda na representação dominante do homem provedor e mulher dona de casa, sendo importante a apreciação e investigação de como as mulheres se portam frente ao trabalho enquanto realização pessoal. Da mesma forma Bruschini (1996) aponta o crescimento da mão de obra feminina na faixa das que têm maior escolaridade, correlacionada com as crises recorrentes da economia brasileira, sem deixar de considerar outras razões deste crescimento, o que torna pertinente investigar as razões das mulheres da escolha e trajetória profissional no sentido da realização.

de Arendt sobre o trabalho relacionam-se a uma das reivindicações do feminismo, referida acima, no sentido de valorizar o trabalho das mulheres como meio de realização pessoal. Por sua vez, esta noção de trabalho contrasta com as discussões deste movimento que pretendem a valorização e *desocultação* do trabalho doméstico (que seria apenas labor) (Albernaz, 1996). Mas este contraste não se configura como uma contradição intransponível, ele serve para evidenciar que esta classificação relaciona-se com o sistema de gênero ocidental que tem como valor instituinte o englobamento do masculino pelo feminino. Neste aspecto discordo da autora e percebo a classificação como histórica podendo ser alterada pelos processos sociais. Pode enriquecer as discussões lançando novas luzes sobre as desigualdades de gênero, principalmente aquelas que são derivadas da imbricação das exigências do âmbito doméstico e profissional.

Uma das primeiras reflexões que ela suscita é justamente a dupla desvantagem da inserção das mulheres no mundo do trabalho, pois o lugar tradicional do trabalho feminino é o da satisfação imediata das necessidades humanas, na esfera do “labor” que não serve à construção do mundo. Portanto, não oferece espaço para alcançar a liberdade (através da autonomia) nem tão pouco a igualdade na esfera social. Neste sentido o lugar socialmente construído para o trabalho das mulheres, ou seja, o âmbito doméstico, não oferece a possibilidade de realização pessoal. Esta insatisfação é acentuada pela permanência das exigências diferenciadas entre homens e mulheres quanto às tarefas domésticas. Ao longo da trajetória profissional as mulheres precisam equacionar escolhas e desempenhos com tais exigências que se refletem como impedimentos e/ou dificuldades a plena realização profissional e pessoal. Estes fatos serão demonstrados mais adiante.

As desigualdades concretas do mundo do trabalho entre homens e mulheres significam também desigualdades na realização pessoal a partir da profissão. Assim, as possibilidades de realização pessoal que o trabalho oferece devem considerar os lugares de homens e mulheres, como também as classificações, espaços e hierarquia construídas em torno da categoria gênero no mundo do trabalho (Heilborn, 1992; Saffiotti, 1992; Lobo, 1992). Como salienta Scott (1996), a biologia oferece o primeiro olhar da diferenciação aos seres humanos, ou seja, homens e mulheres são anatomicamente diferentes, porém estas diferenças são significadas

simbolicamente em contextos históricos, sociais e culturais específicos e operam/engendram distintos poderes, regras, qualidades, normas, que são investidos nos seres sociais concretos. Para ter eficiência inverte-se a lógica de uma construção social afirmando que a diferença de gênero vem da natureza, de modo a reforçar e legitimar estas representações. Dito de outra forma, nós estamos sempre em busca de associar o sexo biológico à categoria gênero, pois a não coincidência entre elas na vida social pode ser representada como menos desejável. Feita estas considerações, passemos a relação entre classificação das profissões e como elas atuam nas escolhas pessoais no grupo estudado.

Classificação das profissões por gênero e escolhas pessoais

Tendo em vista as classificações das profissões segundo o gênero, analiso como se deram as escolhas das profissões no grupo investigado para perceber se estas classificações se revelam como impedimento da realização pessoal. O outro aspecto analisado é a trajetória profissional tentando entender como o imbricamento de exigências profissionais com as da esfera doméstica contribui na diferenciação das trajetórias masculinas e femininas. Da mesma forma como as relações entre estas duas esferas (diferentemente construída quanto ao gênero) favorecem, ou não, a realização pessoal através da profissão para as mulheres.

O universo pesquisado foi constituído por estudantes, homens e mulheres, dos Mestrados de Física e História da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), selecionados(as) através de sorteio, totalizando 20 entrevistados(as) distribuídos igualmente por sexo e área de conhecimento⁴. A escolha de duas áreas com proporções diversas de homens e mulheres, com a predominância dos primeiros na Física e relativo equilíbrio entre os sexos na História, foi útil para permitir perceber que existem diferenças quanto à trajetória profissional nestes campos relativas a esta composição. A análise de práticas profissionais e das representações se deu a partir da interpretação das falas dos(as) entrevistados(as), o que remete a uma análise das práticas a partir das

⁴ Os resultados aqui apresentados fazem parte de um trabalho maior que deu suporte à dissertação de Mestrado em Antropologia (UFPE) Albernaz, 1996.

representações das mesmas. Mas este viés pôde ser controlado, ainda que parcialmente, pela existência de dados estatísticos e do relato do ingresso no mundo do trabalho que puderam fornecer parâmetros de avaliação das práticas e das representações (Albernaz, 1996).

A análise dos dados indicou que as classificações das profissões segundo o gênero não foram consideradas pelos(as) entrevistados(as) no momento da escolha profissional. Este achado é sugestivo de que a ideologia da igualdade entre os sexos já repercutiu nas representações do grupo no momento de realizar escolhas pessoais. Sugere ainda que há um possível desejo de igualdade no futuro exercício profissional, posto que as profissões poderiam ser exercidas por homens e mulheres independente das suas classificações por gênero. Possibilita também pensar que esta escolha se dá no sentido de realizar-se pessoalmente, inclusive rompendo com as representações sociais dominantes. Neste sentido, avança para uma postura, entre homens e mulheres, de buscar na profissão um dos elementos sociais para sua realização pessoal.

Porém, a explicação dos(as) entrevistados(as) da predominância de homens na Física ou o equilíbrio numérico entre os dois sexos na História é marcada pela permanência da classificação da profissão segundo o gênero, pois há uma atribuição de qualidades masculinas e femininas para cada uma delas. Por exemplo, na Física haveria mais homens por ela ser difícil, trabalhar com números, ser uma ciência exata, dado que as mulheres são mais inclinadas para o campo das artes e as letras (*mais fáceis*) e acomodadas para o aprendizado da Matemática. Na História haveria igual quantidade de homens e mulheres por que ela interessaria aos dois sexos igualmente, não teria assim qualidades de um ou outro sexo de forma preponderante, sendo uma ciência de gênero neutro.

O cruzamento destas duas situações revela contradição entre as práticas e representações dos(as) entrevistados(as). Vejamos: Se a classificação da profissão pelo gênero não conta no momento da sua escolha, porque então certas habilidades ligadas ao feminino e ao masculino são invocadas para explicar a realidade da distribuição de sexo na profissão em que atuam? Uma forma de resolver este conflito pelas mulheres, especialmente na área de Física por ela ter mais homens, é associar sua escolha a um “dom” natural que ao mesmo tempo as distingue da maioria das mulheres. Assim, elas escolheram a Física porque tinham um “dom” especial em lidar com

os números, por “gostar de Matemática”, retirando deste processo as contribuições da aprendizagem, como também os seus impedimentos, posto que o ensino da Matemática é diferenciado segundo o sexo e gênero. Esta justificativa foi predominante entre as mulheres investigadas.

Este fato contrasta com o depoimento de um homem entrevistado na Física que se impôs o desafio de “gostar de Matemática” quando escolheu a sua profissão. Para isso foi necessário um aprendizado após o qual ele pode descobrir que “não gostava” porque “não sabia” Matemática. Dessa maneira interpreto o “dom” de gostar dos números, afirmado pelas mulheres entrevistadas, como qualidade natural, como uma possível assimilação/aceitação de um mecanismo de exclusão das mesmas deste campo científico, pois na Física o ingresso das mulheres requer um ótimo desempenho, que segundo os seus depoimentos significa ser igual ou superior ao dos homens. Ferrand (1994) encontra situação semelhante para as mulheres na França que ingressam na carreira das Ciências Naturais, também predominantemente masculina. Para elas é exigido mais do que para os homens um ótimo desempenho e “dom” especial para as Ciências Físicas, logicamente para lidar com Matemática. Por outro lado, na experiência concreta das mulheres entrevistadas houve o estranhamento das famílias pelas suas escolhas da carreira de Física e, em alguns casos, tentativas concretas de direcioná-las para outros campos do conhecimento que são classificados como femininos. Sem esquecer que para superar estas dificuldades as mulheres ouvidas contaram com o apoio de professores do secundário como estimuladores desta definição profissional.

Quanto às escolhas da profissão de historiador, devido à sua tendência de classificação como uma ciência de gênero neutro, homens e mulheres apresentaram justificativas muito semelhantes, a exemplo de entender suas inserções na estrutura social e de certa forma, identidades culturais. Então, há um apelo menor a dons naturais para justificar as escolhas profissionais relativamente ao grupo investigado em Física. Porém, devido à prevalência das mulheres no setor da profissão, que também é o mais visível - o ensino de primeiro e segundo grau - alguns homens ressaltaram a influência de familiares, amigos e professores do ensino secundário no momento da decisão do curso universitário. Dessa forma a situação se inverte comparativamente com a escolha do curso de Física, mais uma vez por causa das classificações de gênero ou predominância de um sexo sobre o

outro no campo profissional. Mas percebe-se que pelo fato da História ser considerada de gênero neutro as dificuldades são menores.

Dessa forma nota-se uma ambiguidade do uso das classificações de gênero na escolha profissional destes(as) entrevistados(as), e aqui destaco as mulheres da Física, qual seja: Um desejo de igualdade quando se escolhe a profissão desconsiderando as classificações de gênero que elas carregam. Esta escolha baseia-se numa “vocação”, aspecto importante para futura realização profissional na percepção das pessoas entrevistadas. Ao mesmo tempo elas têm que lidar com a classificação do seu trabalho, que em alguns casos acarreta um sentimento subjacente de saber-se num campo profissional cuja qualificação de gênero é inadequada a seu sexo biológico.

Portanto, pode-se dizer que homens e mulheres encontram-se em situação semelhante, no momento da escolha profissional, se esta escolha significar uma não coincidência entre o seu sexo e o gênero socialmente atribuído à profissão, por exemplo, ser mulher e escolher uma profissão qualificada de masculina e vice-versa. É possível que, nestes casos, haja consequências negativas no futuro desempenho profissional, especialmente no que se refere à realização pessoal a partir da inserção no mundo do trabalho. Este fato se insinuou em alguns depoimentos, quando as mulheres do curso de Física colocavam em evidência a resistência masculina em sala de aula, seja através de ditos jocosos de cunho machista, seja através de atitudes que colocavam em dúvida as suas capacidades individuais por serem mulheres. De qualquer maneira um fato deste tipo é mais oneroso para as mulheres do que para os homens, tanto por serem maiores as exigências da vida doméstica para elas, como pela necessidade de provar que são competentes profissionalmente numa profissão masculina, numa relação de gênero assimétrica⁵. Por sua vez, estes fatos reforçam o argumento da escolha profissional das mulheres no sentido de uma realização pessoal. Aponta ainda para a necessidade de aprofundar os estudos sobre o ingresso profissional em condições semelhantes para homens e mulheres, especialmente atentando para os aspectos de buscar a realização pessoal e a construção da igualdade no campo das relações de gênero. No próximo item discuto como são as trajetórias exigidas nas profissões de física e de história.

⁵ Remeto novamente a Ferrand (1994).

Trajetórias profissionais

No que concerne às práticas efetivadas durante as trajetórias profissionais dos(as) entrevistados(as) observei que há uma diferença entre os seus desenhos para a Física e a História.

A carreira de Física, para seus cargos mais valorizados requer alta especialização. O ingresso no mercado de trabalho (em empresas ou instituições de ensino superior e pesquisa) só é possível com o título de doutor. Coerente com esta exigência o grupo pesquisado vinha obtendo a titulação acadêmica rapidamente. No curso como um todo, a média de tempo para conclusão do mestrado era de 2,5 anos. Para muitos deles(as) cumprir esta exigência significava um desprendimento da esfera afetiva, principalmente abrir mão de um relacionamento de namoro ou casamento. Entretanto, as mulheres foram mais enfáticas quanto às dificuldades de encontrar parceiros que entendessem as exigências do campo profissional, enquanto os homens colocavam como condição de escolha da parceira que a mesma compreendesse seu investimento na profissão. Este dado é revelador do poder masculino de escolha da parceira, e pode acarretar para as mulheres maior dificuldade em conseguir a realização profissional concomitantemente com a vivência de uma vida afetiva.

Na escolha da instituição para a realização do mestrado em Física foram consideradas as qualificações do mesmo pela Capes. Este dado implicou em mudanças de cidade, separadas por grandes distâncias, para parte significativa do grupo investigado. Dessa maneira o investimento na especialização acarretou dificuldades familiares para homens e mulheres, e em geral os(as) entrevistados(as) consideraram que tal mudança só foi possível porque eram solteiros(as). Saliente-se que, pela aproximação dos relatos de homens e de mulheres sobre as dificuldades referentes ao investimento profissional, ambos fazem tais sacrifícios em busca da realização pessoal através da profissão.

Finalmente o campo científico da Física requer uma linearidade de escolha, ou seja, quem ingressa no mestrado de Física, em geral, fez a sua graduação em Física especialmente devido à maior delimitação de fronteiras entre as ciências da natureza. Esta linearidade, aliada às características anteriormente citadas, conferem à trajetória profissionalizante do(a) físico(a) muita semelhança com o padrão de

desempenho profissional convencionado como masculino. Tal fato põe em evidência as escolhas das mulheres por esta profissão como realização pessoal. Este último argumento é ainda mais reforçado porque, comparativamente, os depoimentos das mulheres salientavam muito mais a empatia com a Física, do que o de alguns homens.

A História, por sua vez, apresenta características distintas quanto à trajetória da profissionalização. A carreira de historiador, mesmo na área de pesquisa e do ensino superior, pode ser iniciada a partir da obtenção da graduação. Neste sentido a especialização pode apresentar interrupções ou retardamentos, a exemplo do que aconteceu com o grupo investigado, pois mais da metade dos(as) entrevistados(as) retardaram e/ou interromperam a obtenção do grau de mestre. Outro indicador, de certa forma, desta flexibilidade na especialização, é a média de tempo para a conclusão do mestrado que é maior do que na Física, esta média era de 4,5 anos.

A seleção da instituição para fazer o mestrado em História pelos(as) os(as) entrevistados(as) foi mais orientada por razões afetivas [conhecer e/ou empatia com os(as) professores(as), proximidade da família, namorados(as), esposas(as), filhos(as)] e econômicas (impossibilidade de mudança, conciliar com o trabalho), do que pela qualificação do mesmo - segundo a Capes. Dessa forma, no grupo investigado houve um maior número de pessoas unidas e com filhos(as) do que na Física, colocando em evidência a maior facilidade de conciliar a profissão e vida afetiva.

O campo científico das ciências humanas apresenta limites mais fluidos entre suas disciplinas, dessa forma parte considerável do grupo pode vir de outros cursos de graduação. Este fato, comparativamente com a Física, conferiu menor linearidade no decorrer da formação profissional para o grupo de historiadores investigado.

Estas características conferem à trajetória profissionalizante do(a) historiador(a) muitas semelhanças com o padrão de desempenho profissional convencionado como feminino. Como na área de História há maior equilíbrio numérico entre os sexos do que na área de Física, é possível dizer que o grupo investigado busca sua realização pessoal a partir da profissão sem desprezar uma articulação menos onerosa com outros âmbitos das suas vidas. Este fato foi ressaltado em muitas falas dos(as) entrevistados(as), por exemplo, ao justificar o adiamento pelo nascimento

dos(as) filhos(as), o não mudar-se pela relação com a família. Também pode ser inferido por haver um maior número de pessoas casadas e com filhos(as) na área de História do que na de Física. As escolhas das mulheres por esta profissão como realização pessoal, por sua vez, visa uma melhor articulação das demandas profissionais com aquelas da esfera doméstica (inclusive relações de namoro e casamento), visto que suas exigências profissionalizantes são mais maleáveis do que o campo da Física⁶. Este fato evidenciou-se nas falas das entrevistadas especialmente ao referirem-se às facilidades de articulação das demandas da casa com a formação profissional, porém, comparativamente, continuava sendo mais oneroso articular as demandas profissionais com as domésticas, para as mulheres casadas e com filhos(as) do que para os homens nesta condição, e do que para as mulheres e homens solteiros(as).

Analisando então o campo profissional de Física e de História fica evidente que as exigências profissionais para homens e mulheres dentro de um mesmo campo apresentam mais semelhanças do que diferenças, como também os seus desempenhos vistos aqui a partir das trajetórias das suas formações acadêmicas. Isto sugere algumas interpretações: Primeiro que homens e mulheres podem direcionar suas escolhas visando a uma melhor articulação entre o trabalho e outras esferas das suas vidas (afetividade, família, facilidades econômicas etc); segundo, que mesmo num quadro de relativa igualdade que a primeira conclusão aponta, permanecem diferenças de grau de dificuldade segundo o gênero, visto que sobre as mulheres ainda recaem uma maior responsabilidade com as tarefas domésticas e de resolução da vida afetiva (Albernaz, 1996); terceiro, diante destas exigências, as mulheres contam com um campo de escolha mais restrito, pois para elas será mais difícil ingressar em profissões classificadas como masculinas; quarto, que mesmo diante de tais dificuldades as mulheres, de forma semelhante aos homens estão em busca de uma realização pessoal através da profissão, o que se demonstra pela semelhança de trajetória entre os sexos nos dois campos aqui estudados.

⁶ Rosemberg (1994) coloca como sendo possível que as mulheres escolham suas profissões considerando as facilidades oferecidas para a articulação destas responsabilidades com as tarefas da casa. Bruschini (1996) salienta a correlação entre trajetória profissional das mulheres e a constituição de família de descendência, especialmente a presença de uma prole com idade inferior aos 7 anos, quando inicia-se a escolarização obrigatória e a oferta pelo estado de escolas públicas.

Esta terceira conclusão é muito importante, pois a comparação do trabalho feminino e masculino independente dos campos profissionais tem levado há uma maior fixação das análises nas desigualdades de gênero, e de certa forma favorecendo as interpretações do trabalho das mulheres como complementar da renda familiar. Ao se comparar as trajetórias de homens e mulheres dentro de campos profissionais diferentes, como feito aqui, fica evidente que tanto homens como mulheres tentam seguir os desempenhos exigidos pela profissão, dessa maneira ambos estão preocupados em terem sucesso e realizar-se profissionalmente, e daí também pessoalmente. Dessa forma o que se propôs demonstrar aqui parece-me alcançado, pois as mulheres ingressam nas suas profissões em busca de, através delas, conseguir a sua realização pessoal.

Palavras finais

Por fim, fica como um indicativo para nossa reflexão a necessidade de redimensionar as classificações profissionais segundo o gênero de maneira que o trabalho torne-se de fato um lugar de construção da realização pessoal para homens e mulheres, proposta que o feminismo vem pondo em discussão já há algum tempo. Da mesma maneira, é necessário redimensionar nossas representações sobre o trabalho doméstico, tanto para que ele possa ser um lugar prazeroso de satisfação das nossas necessidades básicas (já que até agora não foi descoberto como eliminá-lo), como porque as profissões que dele derivam precisam ser valorizadas, e ainda porque este trabalho, quando realizado em casa, necessita ser dividido igualmente entre homens e mulheres.

Esta última sugestão o feminismo também já coloca e de alguma maneira sugere repensar as reflexões filosóficas e sociológicas sobre o trabalho, a exemplo de Arendt, que ainda desconsideram o trabalho doméstico como menor dentro do campo do trabalho. E, em minha opinião, são muito mais estes impedimentos objetivos que interferem nas profissões femininas do que uma questão das mulheres verem o trabalho apenas como complementar da renda familiar.

Estas conclusões originais do artigo convergem para a continuidade de reflexões semelhantes no texto de Chies (2010), que tomei como eixo para o diálogo com a literatura atual. Mas há ainda questões pensadas no meu trabalho publicado em 1998 que não são salientadas por Chies e tão pouco

nas pesquisas que ela cita, que me parecem continuar necessárias em novas investigações. Penso que pode ser instigante investigar se nos nichos onde as mulheres se situam dentro das profissões consideradas masculinas há diferença de trajetória em relação às demais áreas.

Por exemplo, na engenharia as mulheres são uma minoria nas atividades realizadas a céu aberto (10%), isto ocorreria devido ao tipo de trajetória ou pela divisão interna da profissão em áreas mais e menos masculinas? Uma questão como essa parece ainda mais relevante posto que a mesma autora, bem como Bruschini (2007), salienta que homens e mulheres estão igualmente distribuídos em postos de trabalho dos setores público e privado, bem como eles e elas apresentam jornadas equivalentes. Entretanto, as mulheres são mais jovens do que eles nas profissões masculinas e ganham salários menores.

É sugestivo pensar que as trajetórias parecem semelhantes (jornadas e distribuição em postos de trabalho), mas permanecem as velhas desigualdades do salário inferior para elas, que são também mais jovens indicando uma possível desvantagem de prestígio devido à diferença entre as gerações. Por sua vez, a presença de nichos profissionais femininos requer entender se há novas simbologias de gênero criadas para dar conta do ingresso das mulheres em campos de trabalho masculino, de maneira que as mudanças não impliquem em alterações na forma de classificação da profissão.

Tendo em vista o maior prestígio dos setores profissionais masculinos que implicam em acesso a mais poder e mais riqueza esta seria uma estratégia de não alterar as desigualdades nos campos profissionais. Especialmente se vier acompanhada da valorização das profissões tradicionalmente femininas, notadamente as áreas derivadas do que as mulheres fazem em casa, ensino e cuidado, que as concentra no mercado de trabalho como trabalhadoras domésticas, professoras e enfermeiras.

Por sua vez, o ingresso de mulheres em campos profissionais masculinos ocorre em paralelo com um dado estatístico novo. Há um maior número de mulheres ingressando ou permanecendo em postos de trabalho quando existe uma prole com idade inferior a 07 anos, o que não ocorria em décadas anteriores. Isto se dá em simultâneo com poucas alterações da participação dos homens nas atividades domésticas no Brasil,

o que torna necessário compreender se a conciliação casa/trabalho pelas mulheres decorre do aumento de equipamentos sociais para cuidar desta prole ou de outros arranjos sociais. Esta questão é fundamental para melhor entender como as mulheres em profissões masculinas adequam sua trajetória profissional mais linear com a constituição de família e casamento.

De qualquer forma o meu trabalho original e a literatura recente continuam apontando para as desvantagens que as mulheres têm no campo profissional decorrente da sua classificação por gênero. Para estarem onde eles estão, devem mostrar qualidades masculinas que contrastam com as exigências de feminilidade socialmente impostas. De forma que o ingresso em profissões desse tipo acaba por reforçar um valor individual de cada pessoa obscurecendo a desigualdade de oportunidade sustentada pelos valores de gênero instituídos coletivamente ao longo da história.

A criação de nichos profissionais pode operar gerando novas desigualdades, justificadas por estes valores, que possivelmente impedem ascensão profissional, por um lado, e por outro, estabelecem desvantagens salariais entre as especialidades de uma mesma profissão (que de fato já ocorre na medicina na remuneração menor para pediatras e maior para cirurgiões). Este ônus é ainda maior se continuar existindo dentro desses nichos o requisito de trajetórias idênticas para homens e mulheres consoante a classificação da profissão por gênero.

Referências bibliográficas

- ABRAMO, Láis. ¿Inserción laboral de las mujeres en América Latina: Una fuerza de trabajo secundaria?. *Revista Estudos Feministas*, v. 12, n. 2, p. 224-235, 2004.
- ALBERNAZ, Lady Selma. *Feminismo, porém até certo ponto... representações do feminismo no contexto das práticas profissionais e de gênero*. 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1996.
- _____. Gênero e trajetória profissional: Uma comparação entre alunos dos mestrados de física e história da UFPE.. *Revista Antropológicas*, ano III, v. 7, Recife: PPGA-UFPE, p. 559-563, 1996. (Antropologia: Memória, tradição e perspectivas)

- ARENKDT, Hannah. *A condição humana*. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- BIDERMAN, Ciro; GUIMARÃES, Nadya Araújo. Na ante-sala da discriminação: O preço dos atributos de sexo e cor no Brasil (1989-1999). *Revista Estudos Feministas*, v. 12, n. 2, p. 177-200, 2004.
- BRUSCHINI, Cristina. *Mulher e trabalho: Uma avaliação da década da mulher*. São Paulo: Nobel; Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985.
- _____. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, ano 2, p. 179-201, jul./dez. 1994. (Número especial)
- _____. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. *Cadernos de Pesquisa*, v. 37, n. 32, p. 537-572, 2007.
- CHIES, Paula Viviane. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 507-528, maio/ago. 2010.
- FERRAND, M. A exclusão das mulheres da prática das ciências: Uma manifestação sutil da dominação masculina. *Revista Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, ano 2, p. 358-367, jul./dez. 1994. (Número especial)
- HEILBORN, Maria Luiza. Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil. In: BRUSCHINI, Cristina; COSTA, Albertina de O. (Org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 93-126.
- LOBO, E. S. (1992). O trabalho como linguagem: O gênero do trabalho. In: BRUSCHINI, Cristina; COSTA, Albertina de O. (Org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 252-266.
- MICHEL, Andrée. *O feminismo: Uma abordagem histórica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- ROSEMBERG, F. A educação das mulheres jovens e adultas no Brasil. In: SAFFIOTTI, Heleieth I. B.; MUÑOZ-VARGAS, Monica (Org.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro; Brasília: Rosa dos Tempos; NIPAS; UNICEF, 1994. p. 27-62.
- SAFFIOTTI, Heleieth I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: BRUSCHINI, Cristina; COSTA, Albertina de O. (Org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos Tempos; Fundação Carlos Chagas, 1992. p. 93-126.

SCOTT, Joan. *Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica*. Recife: SOS Corpo, Gênero e Cidadania, 1996.

SORJ, Bila. Trabalho, gênero e família: Quais políticas sociais?. In: GODINHO, Tatau; SILVEIRA, Maria Lúcia (Org.). *Políticas públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2004. p. 143-148.

Não-provedores: Homens, mulheres e desemprego em uma “Invasão” em Camaragibe (PE)

Pedro Nascimento | UFAL

Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa realizada junto a homens residentes em um bairro do município de Camaragibe, Região Metropolitana de Recife, Nordeste do Brasil. Convivi com vários sujeitos dessa comunidade a partir de 1997, e em 1999 residi na área para o desenvolvimento da investigação que gerou as reflexões que trarei aqui¹. Além da observação sistemática, entrevistei homens e mulheres com o objetivo de perceber as conexões entre gênero e desemprego masculino ou, mais precisamente, os sentidos associados ao fato de os homens não serem provedores de seus lares e dependerem financeiramente de mulheres².

¹ Este artigo foi originalmente elaborado no âmbito do Terceiro Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos na América Latina e Caribe, PRODIR III (Fundação Carlos Chagas/Fundação MacArthur) que teve nessa edição o tema Masculinidades. Em 2006 recebeu Menção Honrosa na Categoria Estudante de Pós-graduação no 1º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e CNPq/MCT. Contei com a orientação do Professor José Olavarría (FLACSO/Chile) no momento da pesquisa e, em parte da pesquisa de campo, contei com a participação de Valdonilson Santos (UFCG) na realização de entrevistas; agradeço a ambos pela colaboração. Muitas das questões tratadas aqui refletem de forma importante o contexto de discussões acerca dos homens, das masculinidades e da participação masculina na segunda metade dos anos 90 e início dos 2000 no Brasil e minha inserção nesse debate. Para uma reflexão mais aprofundada dessa discussão, ver Nascimento, 2007.

² Quando falo de “provedores” ou “não provedores” não estou acreditando que os contextos foram sempre recortados assim. Nem entendo como uma especificidade

Não estudei a condição de homens que, desempregados, estavam à procura de trabalho, tendo sua história laboral caracterizada por períodos regulares de desemprego. Meu interesse era caracterizar a condição de homens que apresentaram essa trajetória mas que, no momento da pesquisa, aparentemente “acomodados”, não mais buscavam superar esses períodos de desemprego: Estavam adaptados à nova situação em que se identificavam e eram identificados como “homens que não trabalhavam”, “sustentados” por outrem.

Em pesquisa anterior (Nascimento, 1999) sobre as experiências e as estratégias de atualização dos modelos de masculinidade, realizada nesse mesmo contexto, havia me detido sobretudo na dimensão lúdica dos bares e a sua possibilidade de oferecer um espaço onde era possível dramatizar, com matizes diversos, os aspectos negativos do cotidiano daqueles homens.

O contato posterior com essa população chamou minha atenção para outros elementos de seu dia a dia, que redimensionaram o significado dos bares. Tentei então maior aproximação com o espaço doméstico, para o que foi necessário desenvolver outras estratégias, que permitissem acesso ao lado menos festivo, aos demais níveis de suas experiências cotidianas. No entanto, a todo o momento, mesmo buscando desvencilhar-me, via-me remetido ao espaço dos bares. Entendia esse quadro como demonstrando que aqueles homens, impossibilitados de cumprir a prescrição do trabalho e do provimento do lar, não conseguiam redefinir o ambiente doméstico, nem criar novos sentidos para suas vidas.

Assim, o universo da bebida apresentava-se como a única possibilidade, alternativa perversa à impossibilidade de redimensionamento do espaço doméstico, eminentemente feminino. Essa visão deu lugar à busca dos possíveis sentidos da condição daqueles homens, inclusive para evitar a tendência a sua vitimização. Sabia que não podia vê-los apenas como “pobres coitados”, mas o tipo de relação mantido naquele momento não deixava margem para interpretações alternativas.

daquela comunidade, absolutizando conceitos e negando, por exemplo, o fato da variação do trabalho dos homens e a presença do trabalho fora de casa das mulheres pobres desde há muito tempo (e.g. Fonseca, 1997). Em um outro exercício, também problematizei essa relação, tentando não absolutizar conceitos como *trabalho*, *desemprego* etc (Nascimento, 2005).

Algumas dessas inquietações começaram a ganhar sentido quando percebi que os caminhos que a pesquisa tomava não se deviam necessariamente a uma dificuldade minha de constituir outras vias de investigação³. Devia-se ao fato de que aquela população que havia decidido investigar - homens desempregados, assumidos como não-trabalhadores e assim percebidos pelos outros - apresentava como característica marcante o consumo diário de bebida alcoólica. Mesmo considerando-se as diferenças entre eles, inclusive o fato de alguns passarem períodos sem beber, sua trajetória era identificada pela comunidade em relação a essa dependência.

A definição da característica de dependência do álcool dos homens investigados contribuiu para marcar suas significativas diferenças em relação aos demais. Se a bebida os levou ao desemprego ou se a condição de desempregado os levou ao consumo excessivo de bebida alcoólica não é a questão central aqui. Contudo, em qualquer das situações, a relação desemprego-álcool assume grande importância no contexto desse grupo; e o consumo de bebida alcoólica aparece como uma estratégia marcadamente masculina. Continuei, assim, interessado em perceber como esses homens (que, além de dependerem do álcool, eram dependentes também de outra pessoa para sobreviverem materialmente), atualizavam os padrões tradicionais de gênero, em suas relações cotidianas.

O dilema de perceber esses homens como dependentes químicos e ao mesmo tempo viabilizar uma interpretação que não os considerasse apenas como “doentes” pôde ser contornado na medida em que outros elementos de suas trajetórias puderam ser trazidos à tona. O consumo de álcool, mesmo sendo uma dimensão fundamental, foi cotejado a outras dimensões de suas vidas, como as diferentes relações mantidas, os discursos sobre a bebida e a falta de trabalho, a alternância de períodos de bebida e abstinência, a manipulação da identidade de doentes etc - elementos estes que permitem não ver esses homens apenas como alcoolistas⁴, nem as

³ Os desafios de ordem metodológica enfrentados nesse momento são discutidos de forma mais detalhada em Nascimento (no prelo).

⁴ A preocupação principal era não perder de vista a dimensão social dessa prática e mesmo sua importância para as questões investigadas. Para uma discussão sobre o “beber como ato social” e o alcoolismo como “fenômeno socialmente construído”, ver Neves (2003, 2004).

relações em que estão inseridos como marcadas exclusivamente pela compaixão das pessoas que deles cuidam. Superadas essas primeiras dificuldades, foi possível desenvolver uma interpretação que articula a dupla dependência desses homens.

Apresentando sujeitos e contexto

O desenvolvimento do trabalho de campo esclareceu várias questões inicialmente formuladas. Percebi que a condição de homens que não trabalhavam, convivendo com esposas provedoras exclusivas, era muito mais rara do que havia suposto anteriormente. A maior parte dos homens contatados estavam separados de suas esposas, vivendo com parentes. Apenas dois casos configuravam a situação de “esposa provedora” e “marido desempregado”. Num outro caso, marido e mulher estavam juntos, no entanto, a principal fonte de renda da casa provinha da mãe do marido. Os demais casos eram de homens “sustentados” pela mãe e/ou irmã (Quadro 01).

Além disso, é importante notar que os arranjos de convivência não eram fixos. Era possível perceber uma circulação que dependia de vários fatores, fazendo com que, por exemplo, homens que moravam com suas esposas viessem a se separar, outros que viviam com suas mães ou irmãs viessem a morar sozinhos, ou que moravam sozinhos passassem a morar com suas irmãs. Isso aponta para algo que será central para a compreensão das questões postas: A sobrevivência desses homens dependia de sua capacidade de estabelecer redes de cuidado, sendo estas sempre marcadas pela presença feminina.

Quadro 01: Caracterização dos sujeitos pesquisados.

Nome	Idade	Nº de uniões	Nº de filhos	Coabitação atual	Ocupações anteriores/ Tempo sem trabalhar	Quem provia no momento da pesquisa/ Ocupação
Beto (A)*	42	2	2	Mãe e 5 irmãos	Cerâmica, Construção civil (3 anos)	Mãe (aposentada) (A)
Brito (B)	40	2	1	Esposa	Frentista, Ajudante de pedreiro (4 anos)	Esposa (empregada doméstica) (B)
Paulo (C)	33	1	1	Só (já morou com mãe e irmã)	Balconista, Vigilante (5 anos)	Mãe (aposentada) (C)
Renato (D)	42	4		Esposa e enteada	Motorista, Calunga - Ajudante de caminhão (12 anos)	Mãe (empregada doméstica) (D)
Dino (D)	39	2	2	Esposa e filha	Porteiro, Calunga (12 anos)	Esposa e Mãe (empregadas domésticas) (D)
Joca (C)	32	2	4	Irmã e cunhado (C)	Carregador (5 anos)	Irmã e Mãe (ambas aposentadas) (C)
Neto (E)	28	2	1	Irmã (morou depois com Joca)	Agricultor, Garçom (3 anos)	Irmã (dona de bar) Cunhado (cobrador de ônibus) (E)
Geraldo (F)	29	1	-	Mãe, irmã e cunhado	Biscateiro (6 anos)	Mãe (aposentada) (F)
Antônio (G)	43	1	1	Irmã, cunhado, sobrinhos	Pedreiro (4 anos)	Irmã (costureira) (G)
Brás (A)	44	-	-	Mãe e irmãos	Carroceiro - Cerâmica (8 anos)	Mãe (aposentada) (A)
Severino (H)	32	3	8	Irmã, cunhado e sobrinhos (morou só)	Ajudante de pedreiro, Boia-fria (5 anos) [fazendo “bicos”]	Irmã (empregada doméstica) [S. vive de bicos]

* As letras identificam pessoas da mesma família.

Com base em meu círculo de convivência, foram identificados 11 homens que se inseriam no perfil de “pessoas que vivem a condição de ser sustentados por outra(s) pessoa(s)”. Das mulheres, foram entrevistadas sete, sendo três delas mães, cada uma, de dois informantes (três pares de irmãos), três esposas e outra irmã de dois deles. Os nomes com que mulheres e homens são referidos são fictícios.

O fato de a grande maioria de meus interlocutores morarem numa área específica do bairro, chamada Invasão, é significativo, se levarmos em conta o modo como essa área é percebida pela comunidade envolvente e pelos próprios moradores. Trata-se da área menos valorizada do bairro, com condições precárias de abastecimento de água e saneamento, a maior

parte das ruas sem calçamento, cujas casas foram construídas de modo irregular em terrenos da prefeitura que foram invadidos pela população, daí o nome Invasão⁵. Comparando-a a seu pólo oposto, conhecido como a “Avenida”, é possível entender o jogo de valores aí envolvido. A Avenida é uma espécie de coração do bairro, é seu centro comercial. É uma rodovia com tráfego intenso de automóveis (e pessoas), que liga vários municípios do interior do estado à capital, Recife, típica de periferia de metrópole. É possível perceber-se uma hierarquia que marca a disposição das casas a partir desse ponto. Morar “em baixo”, próximo à Avenida, é uma marca de distinção que se perde à medida que se sobe. Morar “lá em cima”, bem mais que ser indesejado por sua geografia íngreme, é sinal de pobreza.

Pensando a Invasão como uma área geográfica específica, ela própria é configurada de modo diverso por seus habitantes. Para os moradores de outras áreas, é percebida como um todo negativo, às vezes chamada de favela, às vezes de Invasão e apontada como o lugar mais violento do bairro, onde se concentram os “maconheiros” e as “almas sebosas”⁶. Seu trecho mais próximo à “rua” é o mais valorizado. Esta é a única rua calçada desse trecho e isso já é um ponto de diferenciação, visto que não há ruas calçadas na Invasão. Os acessos são formados por estreitos corredores, a ponto de apenas dois deles permitirem acesso de veículos.

À medida que se vai afastando dessa rua em direção ao interior da Invasão e, principalmente, aproximando-se do trecho da Mata Atlântica ainda restante, a região é considerada ainda mais violenta e, assim, menos valorizada - possivelmente por estar próxima ao córrego, onde se costuma

⁵ É interessante notar que não existe um nome específico para se referir a essa área invadida, como acontece em outros casos. Diz-se apenas “a Invasão” ou “a favela”. O nome Nossa Senhora do Carmo, que corresponde ao loteamento ao qual essa área pertence, não é utilizado, embora o seja para as áreas circunvizinhas.

⁶ “Maconheiro” é o termo utilizado para referir-se a traficantes, usuários de maconha e outras drogas, bem como para delinquentes em geral. “Alma seboza” também é usado nesse sentido, mas não remete necessariamente às drogas, e sim a pessoas consideradas de má índole, sobretudo as que promoveriam desordem ou, de algum modo, prejudicariam as pessoas de sua própria comunidade. Essa expressão não se restringe ao bairro, tampouco é especificidade da periferia, tendo se popularizado ainda mais ao ser inscrita no título do filme *O rap do Pequeno Príncipe contra as almas sebosas* (Caldas e Luna, 2000), que retrata as distintas trajetórias de dois jovens de Camaragibe: Um músico de *rap* e um matador.

‘fazer pacote’, ou seja, é a área onde são depositados corpos de vítimas da violência⁷.

A Invasão corresponde a uma área ocupada nas últimas duas décadas e formada à época da pesquisa, como grande parte da população do bairro, por famílias oriundas do interior do estado, de antigas zonas canavieiras e de demais partes da Região Metropolitana do Recife. Para além das categorizações locais, é fato que o bairro, de um modo geral, e a Invasão, de modo bastante particular, são social e economicamente discriminados ou marginalizados. Se não é possível falar de marginalidade, no sentido de exclusão, é válido considerar o que Klaas Woortmann chama de marginalidade subjetiva: “um sentimento ou uma autopercepção de ‘não contar’, de ‘desimpotância’” (Woortmann, 1987: 50).

Tentativas de manutenção da imagem de homem provedor

É possível identificar na trajetória dos sujeitos a referência ao trabalho como dimensão importante da vida, mesmo que para alguns sempre tenha havido períodos sem trabalho e para outros seja tentadora a possibilidade de ter alguém que os ‘banque’, que os mantenha por certo tempo.

Consta, com bastante variação, casos de homens que, ao longo do tempo, iam se adaptando a um certo jeito de viver, seja pelo fato de perceber que é possível aproveitar-se do resultado do trabalho alheio, seja por razões de saúde, em geral decorrentes de debilitação pela bebida, seja pela impossibilidade de encontrar um trabalho que faça diferença no orçamento doméstico, ou por articulações desses fatores, com ênfases diferenciadas de acordo com a pessoa e o momento.

Quando digo que não trabalham, refiro-me ao sentido de não-participação no conjunto das despesas da casa. Definitivamente, não são os provedores do lar. Fazendo biscates dos mais diversos tipos, principalmente transportando água para casa, esses homens muitas vezes desenvolviam pequenas atividades e recebiam algum dinheiro por isso. Seu

⁷ A pesquisa de Anne Line Dalsgaard (2006), sobre esterilização, feminina foi desenvolvida nesse bairro e oferece elementos preciosos para pensar também essa dimensão da violência.

destino em geral era a própria bebida ou outras pequenas compras pessoais como cigarro, lanches etc.

Seria possível apresentá-los em um *continuum* que vai desde os que fazem pequenas atividades diariamente, salvo momentos em que bebem demais e não têm condições físicas, até os casos dos que “não fazem nada”, mas isso precisaria ser compreendido numa dinâmica que permite variações, não sendo possível associar definitivamente a nenhum deles nem predefinir que tarefas seriam mais próprias de alguns.

Veremos adiante os vários discursos utilizados para, a princípio, ocultar e, depois, explicar e legitimar sua condição de não-provedores. Esses discursos não são especificidade dos próprios homens, mas em contextos particulares são utilizados pelas mulheres e pelos outros que constituem a rede de relações em que estão inseridos.

Em uma de minhas primeiras conversas com Dino (39 anos, casado) sobre essa questão, quis saber como era mantida financeiramente sua casa. Afirmou que ele e sua esposa o faziam: “Ela bota pra dentro e eu também”. A princípio não entendi, pois sabia que ele não trabalhava, mas ele, na sequência, passou a esclarecer: “Minha mãe me dá. Minha mãe ‘abanca’ eu e meu irmão”. Assim, dizer que também “bota dinheiro pra dentro” de casa era um recurso para aparentar alguma autonomia (por intermédio da mãe, empregada doméstica). Numa acrobacia linguística, onde o jogo das relações de parentesco fazia mãe e filho aproximarem-se em oposição à “estrangeira” esposa (Fonseca, 1987), esse homem se via, ao menos naquele momento, desobrigado de me dizer frente aos colegas que era sustentado pela mulher.

Quando recursos narrativos dessa natureza não eram utilizados, a afirmação de que, além de não estar trabalhando, era a esposa quem estava sendo responsável pelo sustento da casa não era feita de forma direta. Uma das justificativas mais comuns era a de se apresentar o contexto atual de desemprego como algo temporário: “Esses dias eu estou parado...” ou “O negócio não tá muito bom... Quem tá sustentando a casa é a mulher...” “Quando eu não tenho, é ela que sustenta”. De outro modo ainda, quando a alegação não era a de uma situação provisória (que, na maioria das vezes, significava muito tempo), mas seguindo a mesma lógica, muitos apresentavam um discurso ‘moderno’, sinalizando naturalidade para sua

posição de dependência: “Mas ela sabe que comigo é *nenhuma*⁸, quando eu não tenho, ela tem... e assim a gente vai levando”.

Ao confrontar-se com uma experiência onde não é possível agir de modo compatível com os desígnios que se considera necessário seguir, é preferível, antes de admitir-se incapaz, tentar reelaborar ou ressignificar o próprio modelo⁹. É possível buscar projetar em um futuro pouco definido a possibilidade de restabelecer a ordem perdida. Não importa, ao menos neste caso, perceber se será ou não alcançado esse tempo; se o tempo em que “eu não estou podendo” vai deixar de existir. O mais importante é perceber esse redimensionamento do tempo como uma possibilidade de se conviver com um presente que não é o idealizado ou desejado.

O reconhecimento do desemprego: Legitimando o ócio

Com o passar do tempo e uma maior abertura das pessoas em campo, esses recursos tendiam a perder sua eficácia e os sujeitos da pesquisa já não procuravam ocultar, de mim ou dos outros, o fato de que não trabalhavam e que não dependia deles o sustento da casa. Passava-se então a uma nova situação, onde outros recursos eram utilizados, não apenas admitindo sua condição, como também buscando apresentá-la sob argumentos eficazes. Não mais uma tentativa de ocultamento, mas de legitimação.

Em nenhum momento a condição de dependente de outrem era simplesmente apresentada. Ela sempre vinha acompanhada de uma tentativa de justificação e demonstrava um esforço engenhoso para dizerem que não tinham condições de voltar a desempenhar esse papel ou, ainda, que não o desejavam. Esse esforço envolvia doença, conjuntura nacional, preguiça, esperteza etc. Brito (casado, 40 anos), pelo fato de viver ainda com a esposa e não desenvolver qualquer atividade remunerada, torna seu discurso ainda mais significativo quando fala que, desde que casou, não trabalhou com regularidade e não foi o provedor do lar:

⁸ Expressão muito usada que equivale a “não tem problema” ou “deixa pra lá”, sempre indicando o sentido de não-incômodo.

⁹ Para a discussão da masculinidade como modelo, ver Kimmel (1992), Almeida (1995, 1996) e Connell (1997); para pesquisas sobre o contexto latino-americano, ver Valdés y Olavarria (1997, 1998).

“De lá pra cá eu não trabalhei muito tempo mais não. Trabalhei assim... pingado aí. E até hoje nunca me preocupei mais, não fiz mais nada na vida. Só nessa... já estou ficando velho mesmo, não tem mais com que me aperrear com nada... e emprego tá difícil mesmo. Se o cara for procurar, gasta o dinheiro que tem e não come, e não acha emprego. Que vou fazer? Fico o dia inteiro em casa, no dia que aparecer eu vou...”

O que vai variar é o tom com que cada um apresenta essa experiência. Uns mais à vontade, como é o caso de Brito, querendo a todo instante passar um aspecto de naturalidade, outros mais constrangidos. “Coitados” ou “espertos”, assumem-se dependentes. E essas afirmações não eram feitas apenas para mim. Todos esses homens se percebiam e eram percebidos como pessoas que não estavam trabalhando. Diferentemente daqueles que não trabalhavam por um período, mas estavam sempre à procura de algum trabalho, esses eram os que não apenas não trabalhavam como se sabia que não iriam fazê-lo.

Um conjunto importante de estudos na antropologia sobre famílias pobres das periferias urbanas brasileiras (Neves, 1985; Woortmann, 1987; Scott, 1990; Fonseca, 2000), tem problematizado os modelos aqui discutidos. Embora focalizando as mulheres e sua condição de *chefes de família*, forneceram elementos para se pensar a condição masculina e suas relações, destacando sempre que “somente uma pequena proporção dos homens é capaz de atualizar a norma ideal, e poucos grupos domésticos conformam-se à norma tradicional que define a divisão de trabalho entre marido e mulher” (Woortmann, 1987: 66).

Delma Pessanha Neves, em seu estudo sobre matrifocalidade, destacou o fato dos arranjos matrifocais serem uma variação que permite o controle de situações críticas onde, enquanto é possível, a mulher procuraria mudar a situação “cooptando o companheiro a assumir os papéis principais ou a assegurar os recursos básicos à reprodução da família, cabendo-lhe, então, a complementação de recursos” (Neves, 1985: 202). Os casos por mim estudados certamente configuram arranjos bastante distintos dos enunciados por Neves. Neles, não se trata de uma variação para controle de situações críticas, mas de casos onde as mulheres, ao que parece, desistiram, cansaram-se de tentar reverter a situação e já não esperavam que seus homens voltassem a trabalhar para que elas apenas complementassem os recursos. Havia um reconhecimento explícito de que não podiam mais contar com eles: “o jeito é eu trabalhar. Se eu não

trabalhar, o negócio cai mesmo, não vai mesmo. Meu marido... estou com ele assim, mas ele não trabalha, se eu não trabalhar, é de passar fome” (Zélia, 51 anos, esposa de Dino, 39 anos).

Se isso acontecia na relação entre maridos e esposas, o mesmo se percebia entre mães e filhos, como no caso de Dona Neide, um dos exemplos mais instigantes por mim investigados. Ela tinha sete filhos; dois deles, assumidamente, já não trabalhavam e eram vistos como os *papudinhos*¹⁰ da casa; o filho mais novo nunca teve emprego nem contribuiu significativamente para o orçamento familiar. Uma irmã era empregada doméstica e morava em uma casa vizinha com seu marido e dois filhos, e os demais se revezavam entre períodos em que moravam em outra casa com suas esposas ou companheiras e períodos em que recorriam à casa da mãe, quando estavam desempregados, ou ainda momentos em que brigavam com suas mulheres ou mesmo se separavam. Dona Neide, aos 62 anos, tomava conta de todas as atividades da casa e se referia aos filhos, que tinham entre 22 e 40 anos, como “os meninos”; explicava que era ela quem mantinha a casa com o dinheiro que recebia da pensão do falecido esposo: “É uma mixaria de nada o que eles ganham, aí eu faço. Eu compro as coisas para dentro de casa, porque se eu não comprar a gente vai viver como, só com o chão da casa, né? Eles não compram, quem tem que comprar sou eu mesma”.

Interessante destacar a semelhança com a fala de Zélia. Mesmo em se tratando de relações diferentes (esposo/esposa, mãe/filhos) a resignação de que “tem que fazer” porque não há quem faça aparece inequívoca. A pergunta, talvez sem resposta definitiva, que aparecerá ao longo do tempo é por que elas aceitam esse lugar. Será que a compaixão pelos homens bebedores, “doentes”, explicaria tudo?¹¹

Embora nenhuma delas considerasse essa uma condição “normal”, mesmo que tolerada com maior ou menor resignação, era clara a distinção de que o que se leva em conta na relação com os homens não é apenas o fato de não trabalharem, mas a maneira como se comportam nessa situação. A forma como se relacionam com a bebida é fundamental para

¹⁰ Termo usado de forma pejorativa para designar os dependentes de bebida alcoólica.

¹¹ Pergunta esta já feita por outros autores (e.g. Fonseca, 1987, 2000).

essa compreensão, como se pode perceber no discurso indignado de Zeneide (40 anos), esposa de Renato, na presença do pesquisador:

“Pior coisa é a pessoa que mora com um homem que bebe! Principalmente homem que não trabalha. Pior castigo que a pessoa pode desejar a alguém é desejar que more com um homem que bebe e que não trabalhe. Porque tem muitos que bebem, mas ainda trabalham. Só aperreia de noite ou no final de semana. E esses alcoólatras é aviciado, bebe de domingo a domingo. Renato não liga pra nada, pra nada, pra nada. Ele só, não: Acho que todos os cachaceiros. São uns trastes, uns inúteis. Homem, não, homem inútil. Pior que mulher. Todos, sem exceção.”

Desde o discurso revoltado de uma mulher casada há mais de dez anos com esse homem que não mais trabalhava e bebia, passando pela compaixão ou o sentimento de obrigação ou de solidariedade, era clara a percepção de que se estava diante de uma situação com contornos bem marcados. Frente a esses diversificados posicionamentos, emergia a busca por uma compreensão que justificasse a experiência atual. Entre eles, o mais presente na fala de homens e mulheres era o reconhecimento da dificuldade de qualquer homem conseguir emprego em virtude dos contextos conjunturalmente formados.

Mesmo figurando junto à noção de que muitas vezes há desinteresse e preguiça dos homens, a consideração de que existem elementos externos à vontade dos sujeitos é reconhecida por todos. O que variava era a ênfase dada a cada caso, o que dependia do tipo de relação mantido pela pessoa envolvida e dos contextos em que cada experiência é avaliada. A mesma mãe que, em alguns momentos, reclamava porque o filho não trabalhava e questionava sua constante embriaguez, podia em outro momento compadecer-se de sua condição:

“Na maioria, hoje não é ele só. É em todo canto que passa é essa calamidade que não tem emprego que a gente vê em repórter, vê notícia. Vê pai de família desempregado; às vezes não é nem por causa de cachaça, às vezes tem profissão, vai procurar emprego, não encontra. A situação tá difícil mesmo. Se pra quem tem profissão emprego já é difícil, e pra quem não tem? Pra quem tá novo assim de 20 anos, 22 até 25, que tem profissão, ainda é mais fácil. E o de 30 anos, que não querem empregar mais? É outra, os meus meninos não têm profissão.” (Dona Aline, 52 anos)

Assim, criava-se a compreensão de que não se tratava apenas de falta de vontade. Dona Aline que, além dos filhos, sustentava o marido, em sua

interpretação do desemprego no país marcava a distinção entre os outros que seriam só aproveitadores, por um lado, e seu marido e seus “meninos”, por outro. Essa percepção é uma das variantes há pouco citadas que permite a esses mesmos homens não serem vistos apenas como vagabundos ou exploradores.

Do mesmo modo que Brito comentava em outro momento que “emprego tá difícil mesmo”, insistindo em que não valeria a pena sair para procurar trabalho, pois, ao invés de consegui-lo, acabaria por gastar dinheiro com transporte e alimentação, os outros homens falavam de sua condição corroborando a compreensão de Dona Aline. Um de seus filhos, Joca (32 anos) reafirmava, com grande sintonia de argumento, as razões de não estar trabalhando:

“Porque, pra começar, emprego tá difícil, né? Emprego tá difícil. Porque você vê, hoje em dia pro cara arrumar um trabalho, às vezes, a pessoa, quando a gente vê no rádio, na televisão, tem que ter o primeiro grau, o segundo grau, não sei o que mais, precisa de curso não sei de quê, eu não tenho esses estudos. Eu só faço, mesmo, se acontecer de eu tiver a sorte de entrar numa firma, só... o que é que eu vou fazer? É só preencher a ficha, preencher que eu sei preencher, e pronto. Mas, para arrumar serviço melhor, que nem trabalhar em loja, essas coisas, não dá pra mim. Porque eu não sei, não vou negar.”

Considerando que, dos sujeitos investigados, apenas Paulo e Beto concluíram a primeira fase do ensino fundamental e só Neto concluiu o ensino médio, a falta de qualificação para o mercado contribuía decisivamente para manter esses homens afastados do mundo do trabalho ou, ao menos, lhes dava mais elementos para justificar sua condição de dependentes de outras pessoas.

Além desses elementos conjunturais, um dos principais argumentos para o não-trabalho era a própria bebida. Mesmo mantendo-se válidas as opiniões a respeito da bebida como irresponsabilidade ou esperteza de homens que preferem a vida dos bares ao trabalho, ela era reconhecida em diversas situações como um empecilho ao trabalho. Principalmente quando surgiam as comparações com o passado (possível diferenciador da condição atual), essa era uma das implicações. A importância da bebida na configuração e legitimação desse quadro dava-se não só no sentido de que alguns homens deixaram de trabalhar, tornaram-se vagabundos e “entregaram-se à bebida”, mas também do reconhecimento de que a

bebida interfere em sua capacidade de trabalho por debilitá-los fisicamente. Zélia, a esposa de Dino, deixa entrever isso quando compara a situação atual de seu marido com esse tempo passado e reconhece sua incapacidade para assumir algum trabalho:

“Ele trabalhava, fazia biquinho, sabe? Bebia, mas não bebia tanto. Agora é que ele bebe direto sem parar. Ele não pega biscate por causa da bebida. Porque quem vai dar serviço a uma pessoa que só bebe? Não dá, porque vê que a pessoa não tem resistência pra continuar aquele serviço, começar e continuar. A resistência dele é muito fraca. Ele pega uma coisinha assim, qualquer coisa que ele pega, sua tanto, chega eu penso que ele vai ter um troço...”

Acompanhei momentos de grandes complicações da saúde pelo menos para Joca, Renato, Geraldo e Brito. Principalmente esses dois últimos tiveram de ser hospitalizados e, quando voltaram a suas casas, sempre houve mulheres que cuidaram deles por um longo tempo até se recuperarem; no caso de Geraldo, a mãe e a irmã e, no caso de Brito, sua esposa e sua irmã. Como a esposa de Brito trabalhava fora, ele passou algum tempo em casa de uma irmã em Camaragibe e uma outra irmã o acolheu no Recife no momento mais crítico.

Alguns homens narraram a percepção de que precisariam passar algum tempo sem beber ou bebendo menos, para que não viessem a passar por momentos como os de seus colegas que precisaram totalmente dos outros para recuperação de uma dessas crises. No entanto, parece que, por mais que lhes fossem feitas críticas, uma vez doentes, os efeitos da bebida sobre os homens tinham o poder de ser ressignificados no tempo presente, fazendo com que o que bebe não fosse abandonado totalmente. Certamente, isso pode ser interpretado como sendo parte de um valor largamente partilhado pelas pessoas de que não se deve negar ajuda a alguém. De todo modo, é interessante ver que esse socorro é sempre antecedido por recorrentes alertas e ameaças do tipo “se você ficar doente, não vou cuidar de você”.

Beto, falando sobre seu irmão, explicava por que o mesmo não trabalha: “Porque ele bebe... Uma coisa dessas também não se pode trabalhar mais né, tem que sustentar ele agora até o fim”. Em outros casos, essa justificativa via doença vinha aliada a uma admissão explícita de que não queriam voltar a trabalhar, mesmo usando argumentos semelhantes.

Brito falava com extrema naturalidade articulando todos esses argumentos apresentados até agora¹²:

“Ave Maria! Vou fazer força? Não, vou procurar trabalho mais não. Se ele [o trabalho] quiser me procure, aí eu vou. Agora, eu ir procurar? Não me interessa mais. Trabalha tanto pra nunca ter nada na vida. Agora que tá ruim mesmo. O cara ter que dormir na fila do trabalho, que nem tá acontecendo aí nos serviços que tem aí, né? O cara tem que passar o dia, a noite lá, pegar uma ficha ainda pra ir lá e, se aproveitar, vê se trabalha ainda. Quem tem condições vai, quem não tem... vai passar o dia todinho com fome, a noite com frio. Estou pra isso não. Não aguento mais não, o que eu tinha de fazer já fiz já, há muito tempo. É, rapaz, eu não estou nem ligando agora. Eu vou dizer que pra mim tenbo o prato de comer pra eu comer e pronto, tanto faz. Trabalho, eu nunca corri de trabalho não, mas procurar, vou nada. Doente, sem poder trabalhar. Trabalhar eu posso, só coisa pouca, mas pra trabalhar no pesado mesmo... não aguento... aí estou por aqui... só nessa...”

Se o fato de “ter o prato de comer” já desencorajava esses homens de procurar trabalho, será explícito para todos que, para além dessas justificativas, o principal elemento para que um homem se coloque na condição de não-trabalhador será o fato de ter alguém que o sustente, como aparece na fala de Dona Aline: “Depende da pessoa mesmo, né? Porque a pessoa dentro de casa não arruma nada não. A maioria dessas pessoas que vivem assim¹³ é por que têm alguém pra ajudar. Se não tivesse, acho que não vivia assim”.

Muito embora prevalecesse a percepção de que “alguém” os sustentava, na maioria das vezes esse alguém era a mãe. A mãe é a primeira e mais importante referência de cuidado. Tanto Neto como Brito localizavam na morte de suas mães a passagem para períodos de maiores dificuldades. Mesmo que uma mulher ocupasse o lugar da mãe, essa substituição nunca era vivida como satisfatória.

¹² Vale referir mais uma vez que essas falas devem ser entendidas como um enunciado de um homem falando a um interlocutor também homem. Isso implica em considerar as implicações de uma imagem que poderia ser afirmada, nesse caso, por uma espécie de “esperteza”, um atributo da masculinidade. Essa questão é também considerada por Tiago Cantalice, neste volume.

¹³ Esse recurso foi várias vezes percebido. As mulheres falam da situação em que viviam como se falassem de outras pessoas.

Essa referência corrente à mãe aparecerá não apenas pelo que significa em termos de provimento financeiro. Mesmo que esse provimento se dê via irmãs ou esposas, as mães são pensadas como “naturalmente” mais propensas a serem as cuidadoras. As dificuldades de convivência apontadas, em momentos distintos, pelos homens marcavam a diferença definida pela presença de uma ou outra. A mãe é apontada tanto pelos próprios homens quanto pelas mulheres como capaz de dar atenção ao filho nas mais diversas situações:

“Eu sempre digo ao daqui de casa [o marido]: ‘Reze pra você só adoecer enquanto sua mãe tiver viva, viu? Porque sua mãe cuida de você. No dia que sua mãe bater as botas (se eu não bater as botas primeiro) e você chegar ao ponto dele [referindo-se a Brito que, nessa época, estava doente], de mim você tá cortado. Eu boto você pra dormir no chão, porque na minha cama não dorme, e levar pro hospital não levo não. Você morre aí no chão. Quando morrer, eu vou lá no cemitério e enterro’. Cuido não. Ele tá doente porque quer. Enquanto a mãe dele estiver viva, a mãe dele faz.”

Essa fala de Zefa não apenas refere a predestinação da mãe como cuidadora, mas retoma a questão dos constantes alertas e das ameaças feitas aos homens em razão da bebida. A própria esposa de Brito já o havia alertado antes para que não viesse a adoecer novamente por causa da bebida, o que entretanto não a impediu de cuidar dele quando isto aconteceu. Além disso, até mesmo Zefa, quando seu esposo chegava bêbado em casa e acordava com os efeitos devastadores da ressaca, assistia-o com alimentação e outros cuidados, apesar de todas as reclamações.

Tão significativo quanto o fato de que não foi possível localizar nenhum homem sendo cuidado por outro homem - além do fato de que, quando sozinhos, vivem em piores condições do que qualquer outro - é o de que, quando não havia a figura da mãe, a possibilidade de sobrevivência de um homem passava pela presença feminina. A vida na casa das irmãs, em geral, era apresentada como sendo mais difícil do que na casa das mães. Joca sempre reclamava de sua irmã, dizendo que ela era “muito braba” e que ele só ficava lá porque seu cunhado gostava muito dele.

Neto relatou-me que, tão logo sua mãe morreu, sua irmã começou a dizer que ele não poderia continuar a morar com eles. Dizia que comia restos de comida e era humilhado por todos que, sob qualquer pretexto, diziam: “Vai beber com teus amigos”. Quando se tornou insustentável a

convivência de Neto em casa de sua irmã, ele passou alguns meses em casa de Paulo (que morava sozinho). Mesmo estando claro que este o tinha acolhido, ele sempre dizia que estava “passando uns dias” lá porque, como Paulo estava doente, caso ele viesse a ter alguma crise, ele (Neto) poderia avisar sua mãe.

Esta é uma situação rica em significados. Em primeiro lugar, Neto não se assumia *acolhido* ou *cuidado* por outro homem. Porém, mesmo quando se colocava como cuidador, caso viesse a haver alguma complicação na saúde de seu amigo, ele iria recorrer à mãe deste. Neto não passou muito tempo em casa de Paulo, apenas uns três meses. Vivia contando histórias de como sairia daquela situação crítica: Iria arranjar um emprego, mas ao mesmo tempo dizia que não podia por causa da bebida; dizia outras vezes que Dona Aline (mãe de Paulo) iria lhe comprar uma casa. Sua situação não era diferente da experiência de outros com impossibilidade de manter o vínculo com a irmã, o que os colocava numa situação de itinerantes, com muito menos segurança do que teriam em casa de suas mães: Por algum tempo, Paulo morou na casa de Dona Neide, mãe de Beto; Antônio morou na casa de Severino, depois voltou para a casa de sua irmã, saindo ainda mais uma vez; Severino voltou para a casa de sua irmã, depois de passar muito tempo vivendo sozinho; Dino morou algum tempo na casa de Paulo, mesmo estando casado.

Esses exemplos apontam não só para a centralidade das mulheres na vida desses homens, como que lhes dando um norte (Villa, 1997), como também deixa claro que os arranjos construídos para sua sobrevivência não são fixos. Quando me refiro ao apoio que recebiam e ao cuidado devotado pelas mulheres, estou falando de negociações constantes, sempre tensas e passíveis de rupturas, mesmo que não definitivas, permitindo que um homem que morasse só pudesse vir no futuro a ser novamente acolhido por sua irmã, para citar os exemplos de Severino, Antônio e Joca; ou, então, que um homem acolhido por uma delas fosse obrigado a encontrar outras possibilidades no futuro. Contudo, mesmo frágil, era essa possibilidade de contar com alguém que lhes permitia manipular todos os argumentos aqui delineados.

Trabalho e honra: Quando é melhor não trabalhar

Bem mais do que uma simples justificativa para o fato de não trabalharem, havia uma marcante compreensão dos homens acerca de que trabalhar é muito mais do que apenas desenvolver alguma atividade. Além de ter um trabalho, este precisaria ser capaz de fazer com que eles vislumbrassem a possibilidade de virem a estar em uma situação melhor do que a atual.

Acompanhei diversas cenas de negociação de trabalhos, *bicos*, que surgiam, bem como os diversos argumentos para assumi-los ou não. Uma delas, registrada em meu diário de campo, ilustra todas as questões consideradas frente à possibilidade de algum trabalho:

“Dino saiu por um instante e o vi conversando algum tempo com um senhor que, em relação a ele, estava bem vestido. Ao voltar, ele pergunta se Paulo sabe misturar concreto e ele entende logo que tem serviço para fazer. Ele explica o que esteve conversando com o homem que o chamou: Tem uma laje para fazer e está procurando quatro homens para trabalharem nesse serviço no final de semana. Note a princípio um certo entusiasmo deles, ao considerarem que terão o que fazer no domingo, enquanto Dino diz que precisam encontrar Severino, para saber se ele vai poder. Nesse intervalo exalta-se a disposição de Severino que, apesar de tomar muita cachaça, “é um cabra danado”. O entusiasmo que ao menos eu havia percebido não dura muito tempo. Logo depois, ouço Dino reclamando e dizendo que acha que não vai trabalhar ‘pra fresco nenhum’. Diz que o homem ‘esse tempo todinho não falou em dinheiro’ e que, ao que parece, estaria querendo pagar o serviço com bebida. Após essa consideração, Dino demonstra maior irritação e diz que ‘não tem futuro’. Diz que se ‘o homem botasse a bebida e pelo menos desse uns dois reais a cada um, ainda ia... mas assim não dá...’. Perguntei que valor ele atribuiria a esse serviço e ele disse: ‘Por qualquer dois real eu ia’. Dizia ‘ficar puto’ porque o homem que os queria contratar ganhava ‘três salários por mês’, o que, em sua percepção, seria suficiente para, se ele quisesse, lhes pagar.”

A ideia de que não se trabalha porque os trabalhos que aparecem ou são muito pesados ou são negociados de forma injusta pelos que os oferecem caracterizava o discurso de muitos homens que conheci. Renato dizia que “rico não quer saber de pobre”. Quando trabalhava para “um doutor” em Recife, certa vez adoeceu, passando duas semanas sem poder trabalhar. Quando retornou, o patrão reclamou que o serviço estava parado e mandou dar-lhe as contas. No dia seguinte, Renato teria dito ao patrão que “ele podia ser juiz, advogado ou o que danado fosse”, mas que

não mandava nele e que, por isso, ele “agora é quem não queria” trabalhar para ele. Na percepção de que seria demitido, antecipa-a para dizer que o fez por que quis...

Essa referência está bastante presente nas falas de Dino e Paulo, entre outros, associando-se diretamente com as justificativas para recusar certos serviços que aparecem. Existe uma diferença marcante entre ricos e pobres, mas, ao mesmo tempo, redefine-se cotidianamente a relação, onde a ideia de que a esperteza do pobre e uma dignidade que não pode sucumbir frente ao dinheiro repõe a igualdade, ao menos na fantasia desses homens, marcada pelo sentido de honra, pelo direito ao “orgulho de si mesmo” (Pitt-Rivers, 1971: 13), uma vez que, para os pobres, essa honra vincula-se à virtude moral e não à posição social (Sarti, 1996: 119).

Esses argumentos apresentados pelos homens podem ser pensados na direção do que Cláudia Fonseca (2000) sugere sobre a mesma noção de honra, para refletir sobre um grupo em condição de pobreza que se aproxima ao por mim estudado. Segundo essa autora, a honra figuraria “como elemento simbólico chave que, ao mesmo tempo, regula o comportamento e define a identidade dos membros do grupo” e permite dar ênfase aos aspectos não-materiais da organização social. Para ela, a noção de honra permite empreender uma reelaboração simbólica que tende a maximizar o amor próprio, utilizando-se um “filtro imaginário que permite ver e narrar sua vida de acordo com uma imagem de si socialmente aceitável” (Fonseca, 2000: 21).

Não por acaso, por mais difíceis que fossem as circunstâncias em que estavam vivendo esses homens, eles sempre apresentavam diversas estratégias para se apresentarem como próximos das características percebidas como masculinas no nível ideal. Estas configurariam um recurso que chamei de auto-elogio¹⁴.

É fácil perceber que todas as pessoas procuram controlar as impressões que suas ações podem gerar nos outros (Goffman, 1996) e que preferimos ser vistos como pessoas bem-sucedidas a sermos considerados fracassados.

¹⁴ Essa questão foi desenvolvida com mais detalhes em pesquisa anterior, no mestrado, onde discuti a relação entre as diversas formas de se viver a masculinidade no cotidiano em sua relação de oposição, submissão ou busca de superação do modelo ideal postulado tradicionalmente (Nascimento, 1999).

Desse modo, buscar apresentar uma imagem positiva não é uma especificidade dos homens por mim investigados. Mas acredito que, dadas as condições de extrema pobreza da maioria deles - o que por si só implicaria uma distância ainda maior entre a prática cotidiana e as prescrições tradicionais associadas aos homens -, é possível entender o elogio que fazem de si como sendo parte desse “filtro imaginário” a que se refere Fonseca (2000).

A utilização desses argumentos precisa ser levada em conta para não cairmos na explicação fácil da pressão da necessidade. Só assim será possível somar-se a esse conjunto de fatores o fato já mencionado de que, quando há a expectativa de que uma outra pessoa irá trabalhar para sustentá-lo, o homem “se acomoda”. Podemos então entender a diferença entre estes acomodados e aqueles, sejam os sozinhos ou os que têm grande família para sustentar, que já não podem contar com apoio algum. O trecho que se segue - que é de uma conversa entre o pesquisador (P) e Brito - revela as razões de manter sua condição, o que faz com tranquilidade:

“Aqui eu vivo só, tranquilo. Se tivesse menino, nem que eu quisesse não tava. Tem que correr atrás de alguma coisa, batalhar pra arrumar o leite pro menino, o pão mais tarde, qualquer coisa. Ter menino é fogo, viu? Passar por certa humilhação que eu vejo o povo passar por aí...”

P: Que tipo de humilhação?

É. Porque o cara que tem quatro, cinco filhos não pode... Aí o cara tem que ser explorado mesmo de toda maneira, porque tem filho pra dar de comer, tem leite pra comprar e o cara tem que batalhar. E tem gente que se apoia nesse tipo de coisa aí quer maltratar a pessoa. É por isso que eles não me chamam pra trabalhar, porque sabem que eu não vou mesmo. Vou nada. Tu é doido? Aí o cara assim, trabalhar, ficar doente, sem precisão. Vou não, prefiro ficar em casa, sem fazer nada. Vou me aperrear pra quê? Trabalhar de me matar pra ninguém.”

Com essa fala Brito certamente se referia a Bento, que morava em frente a sua casa. Foi a esposa de Bento quem me disse certa vez com sorriso irônico que Brito “dormia demais”; e certamente o barulho que os muitos filhos do vizinho faziam à sua porta permitiam-no respirar aliviado quando lembrava que não os tinha.

O príncipe que não veio: Conjugalidade e desemprego masculino

As diversas questões referidas até aqui apontam para que o fato de os homens não trabalharem não é percebido de forma tranquila. Apesar disso, as mulheres em algumas situações apresentavam certa resignação na fala, quando se referiam aos homens com quem viviam, sejam maridos, filhos ou irmãos. Da mesma forma como as ameaças de abandono em caso de doença não se confirmavam, os constantes conflitos, bem como as queixas em razão da bebida e da falta de trabalho, não resultam facilmente em rupturas e mudanças.

Mesmo quando as mulheres faziam comparações entre o tempo em que esses homens não bebiam e o presente, o que se percebia era mais um lamento por não se poder verem cumpridas as expectativas alimentadas do que uma crítica irrestrita à postura masculina. Muito embora existissem discursos emancipatórios e críticas vorazes, estas não eram feitas como uma cobrança insistente do tipo “agora ou nunca”.

Mesmo acreditando que não seja possível responder à pergunta “Por que essas mulheres não abandonam esses homens?”, apenas com base na racionalidade, considero importante destacar duas questões que devem ser levadas em conta se quisermos entender ao menos algumas de suas nuances.

A primeira é que *não* operam com a noção de que qualquer discrepância do homem em relação ao esperado implicaria necessariamente o fim do relacionamento. Ao contrário, o que se percebe é um longo período de negociações e adaptações. Os sonhos são refeitos a cada dia, de acordo com a experiência que se apresenta, sugerindo uma maleabilidade ou plasticidade que confere a essas relações capacidade de manutenção maior do que a habitual.

A segunda questão refere-se à necessidade de entender os vários arranjos constituídos em suas características específicas. Ou seja, não se trata de pensar homens e mulheres como categorias absolutas, mas perceber que o tipo de vínculo mantido em cada par define os contornos assumidos na trajetória de aparentes subversões dos padrões de gênero: Se o par é formado por um esposo e uma esposa, uma mãe e um filho, ou um

irmão e uma irmã, as diferenças são marcantes. Além disso, há em geral mais de duas pessoas envolvidas na questão.

Para pensar sobre esse aspecto, o exemplo de Zeneide e Renato pode ajudar. Eles moravam em uma casa nos fundos da casa da mãe de Renato. Este não trabalhava; Zeneide recebia pensão do primeiro marido e, às vezes, vendia produtos de beleza a domicílio. Contudo, sempre deixaram evidente que as despesas da casa eram pagas pela mãe de Renato, o que funcionava a favor deste: Se, por um lado, era criticado pela esposa por beber e não trabalhar, por outro se apoiava no fato de que não era da esposa que dependia para sobreviver. O grande trunfo de sua esposa na equação de forças era a posse da casa que, segundo ela, vinha sendo construída há anos com seu dinheiro. Vejamos como ela explicitava essa relação, referindo-se a sua sogra:

“Ela me ajuda ainda. Ela me dá assim, mais do que uma cesta básica; ela me dá cinquenta reais e o bujão de gás todo mês. E assim, quando é remédio pra mim ela é quem compra, remédio caro. Quando é, assim, remédio de dez, doze reais, eu compro, pra mim e pra minha menina, mas quando é remédio de vinte, quarenta e acima, ela é quem compra. Que ela vê que eu não tenho condições de comprar, aí, ela é quem compra.”

Assim, não parece sobrar dúvida de que a manutenção da casa era assegurada pela mãe de Renato. Em outros casos, podemos pensar que não só se provêm alimento e teto. Numa sociedade marcada pela aspiração à conjugalidade, a imagem de alguém sozinho ou abandonado não é o que se pode chamar de um projeto acalentado.

Reforçando essa ideia, o discurso de Brito afirmando não se incomodar com as críticas e xingamentos que recebe sugere a possibilidade de pensarmos sua condição como uma situação legitimada, em virtude de suas vantagens intrínsecas:

“umas pessoas por aí ficam falando, sabe? É, porque Marta se lasca de trabalhar, pra dar de comer a Brito, não sei o quê?... Aí eu estou, eu sei das coisas, mas eu fico calado, que eu não vou me preocupar com isso. Eu estou comendo e dormindo, e não estou devendo a ninguém, vou tá me aperreando?! Tem certas pessoas que falam demais... e ela [sua esposa] nunca se preocupou com isso não.”

Mostra-se como significativo o fato de Brito não apenas dizer que sua esposa “nunca se preocupou com isso não”, bem como o de reforçar na

sequência que a mesma já sabia de sua condição de desemprego e de não procurar trabalho desde que se conheceram. Isso é suficiente para ele não se apresentar destituído, como alguém que não tivesse nada a dar em troca nessa relação.

A casa era citada como contrapartida. Outros homens - e mulheres, como o caso de Zeneide citado há pouco - usavam o argumento de não abrir mão da casa como justificativa para não se separarem. Outro elemento igualmente importante citado nessa configuração era a fuga da solidão.

Por sua vez, as mulheres referiam sua condição de independência financeira em relação aos maridos como algo positivo, alegando não sentir falta da ajuda do esposo, muito embora dissessem que, se seus homens trabalhassem, elas não trabalhariam tanto: “Querida que ele trabalhasse e sempre continuasse botando a feira dentro de casa. Aí eu fazia assim: Trabalhava um dia, outro não... podia ficar mais em casa. Mas ele não me ajuda, o que é que eu vou fazer?”.

Algumas vezes acompanhei Irina, que vendia comida em uma banca na rua. Ela reclamava que, todas as vezes que começava a ganhar algum dinheiro, seu marido passava a faltar ao trabalho com o objetivo de ser demitido. Ela dizia que só trabalhava quando “as coisas apertavam”. Irina via muitas mulheres nos pontos de ônibus, às vezes com filho no braço, esperando seus maridos chegarem do trabalho. Por vezes a vi reclamar de sua situação dizendo, “isso não é vida de ninguém”. Outras vezes suspirava dizendo que “a coisa mais linda do mundo é uma mulher em casa com as coisas feitas, esperando o marido chegar”.

A queixa principal de muitas mulheres era a impossibilidade de experimentar a situação tradicional, romanticamente idealizada, de mulher dona de casa, mãe e esposa. A falta relatada era não apenas a de um homem provedor, mas de elementos subjetivos como o respeito e a companhia. Perguntei certa vez a Zélia se ela percebia diferença entre o tempo em que seu marido fazia biscates e o tempo em que não mais trabalhava e ela apresentou essa diferença entre a falta material e a falta afetiva:

“Pra mim, não senti diferença nenhuma, porque os biscates dele pra mim não serviam. Só serviam pra ele mesmo... Não sinto falta não, de jeito nenhum. Não sinto falta de nada dele não. Eu mesmo trabalho, faço minhas compras. Sentir falta,

assim, a gente sente, sabe, de não ter assim a força de um homem, aí isso aí a gente sente falta. Porque um homem dentro de casa é pra ajudar a gente. É pra ter uma conversa, conversar com a gente. Ele cbeiga, não faz. Pra mim, ele nunca fez, sabe, assim desde o começo ele nunca fez, isso não. É um homem assim sem ter um... um homem sem força, sabe. Assim, ter um diálogo pra gente conversar e tudo, ele não tem não. Nunca teve. Aí, isso aí, eu sinto falta. Sinto falta.”

Importante notar que essa falta era remetida a um tempo anterior, de maior ausência do marido. Mesmo sentindo essa falta desde que o conheceu, a relação foi mantida. Isso indica que não houve uma ruptura radical no quadro original do casamento. Ao longo dos anos de convivência, ela talvez tenha continuado a esperar que isso se efetivasse. Parece não esperar mais que o provimento econômico se efetive. Mas será possível pensar que o demais, o imaterial pode ainda ser conseguido? Daí a ideia de não se separar... Ou ainda, não haverá, para além das queixas, certa noção de que, de algum modo, essa dimensão simbólica se atualiza pela presença do homem, mesmo se insatisfatória?

Enunciava-se uma reconfiguração do quadro tradicional de relações, por exemplo, quando a mesma mulher falava acerca das tarefas que mandava o marido fazer. Não se tratava de mandá-lo procurar emprego ou mudar totalmente de vida. Sua cobrança era pela execução de pequenas tarefas compreendidas como masculinas: “Eu reclamo porque eu digo, ‘vai buscar uma coisa ali e tal’, ele não vai. Difícil ele encher essas jarras; ontem eu mandei ele ir buscar o bujão de gás, e ele não foi”.

Essa noção se associava às falas onde aparecia a ideia de que a mulher não queria mais conviver com o marido, mas ao mesmo tempo não o punha para fora de casa por variadas razões:

“Eu estou convivendo aqui, eu vivo com ele e sozinha. Ele não me ajuda. E eu já avisei a ele, ele não quer ir. Oxe, fique aí, enquanto você tá vivendo, fique aí... E até separado assim a gente tá, eu não durmo com ele mais não. Uma que ele chega sujo, é muito sujo ele, pra tomar um banho, só Deus tem dó. Mas pra gente conviver assim, não dá mais não. Eu já disse a ele, mas ele não quer sair, vou fazer o quê? Digo fique aí. Porque ele não se liga, o motivo dele tá comigo, porque eu não estou com ele mais não. É porque ele não se liga, se ele se ligasse, se ele fosse um homem que tivesse inteligência na cabeça ele ia embora.”

Do mesmo modo, Zeneide avaliava a manutenção do casamento usando exemplos de outras mulheres: “Quem é que quer ter um homem

que não quer trabalhar, só viver de beleza dentro de casa, feito marica? Sem querer ter obrigação com nada na vida? Eu acho que muda, muda muito. Não tem quem queira”. Quando perguntada por que achava que as mulheres aceitavam a situação, ela retomava o discurso, agora se incluindo no grupo das mulheres que esperavam o dia em que seus parceiros iriam embora. Usava o discurso de que queria se separar, atribuindo sempre ao homem o poder de efetivar a ruptura, mas ao mesmo tempo deixava entrever as vantagens da situação:

“Muitas aceitam, sei lá. Eu mesmo, eu aceito. Uma das minhas amigas, até que enfim o irmão tirou o marido dela de casa. O marido dela era igualzinho a Renato. Ela botava ele de casa pra fora, ele não saía. Uma mulher não pode com um homem. Você sabe que não tem como uma mulher poder com um homem. A não ser que mate ele. Ai ela vai presa. Ganhou o quê? Nada. É melhor ela tá com ele. Pelo menos tá em liberdade. Eu mesmo moro porque, vou fazer o quê? Deixar minha casa eu não vou. Já sofri muito pra ter. E muitas moram porque têm medo de botar pra fora. Outras porque, sei lá? Porque tem pena, sei lá? E outras porque eles não saem, são safados, se acostumam, não saem de dentro de casa. Porque, eu mesma, se fosse homem, não queria depender de mulher, de mãe, de irmão. Mas nem todo homem é assim, não honra as calças que veste, se acostuma, se acomoda. E aqui em Camaragibe, olhe, foi o lugar onde eu mais vi homem gigolô.”

Esse discurso indignado, em outras situações, dava lugar a um outro, mais tolerante. Mesmo não contando com a contrapartida masculina do provimento, as mulheres diziam manter suas atividades de dona de casa. A inversão desses papéis não alterava as demais relações de forma significativa. Tanto Zélia como Dona Aline, por exemplo, apontavam para a ideia de que estavam vivendo situações que não gostariam de viver, quando se referiam a trabalhar fora de casa. Como já mencionado, havia queixas ecoando sempre.

“Eu deixo pronto. Deixo a comida pronta, aí ele come mais a filha (risos). A vida é dar comida a ele aí, mas eu reclamo e tudo, mas eu digo assim: ‘Comida, a gente dá um prato de comer até um animal, né?’. Eu reclamo porque eu digo assim, ‘Vai buscar uma coisa ali e tal’, ele não vai. Difícil ele encher essas jarras. Ontem eu mandei ele ir buscar o bujão de gás, não foi. Foi ali, foi até ali numa barraca que tem, não foi, deixou. Disse que na outra não tinha, eu disse na outra tem, fui buscar.”

Interessante observar aqui que sua reivindicação não era a de que ele rompesse totalmente com a situação, mesmo que depois apresentasse seus sonhos. O que ela reivindicava era que ele fizesse certas coisas, que “não se entregasse” totalmente. Se, por um lado, as mulheres consideravam que não abandonariam por completo os homens, a essa noção correspondia a percepção masculina de ser legítimo o cuidado que as mulheres lhes devotavam. Brito relatou alegremente certa vez porque sua esposa teria que fazer todas as atividades domésticas quando chegava em casa à noite, segundo ele, sem reclamação: “Ela não reclama porque é a obrigação dela. Eu vou tá perdendo tempo pra fazer comer? Tem dia que eu acordo, não posso nem morrer [risos]... Ó, eu vou dizer, não sou machista não, mas é porque ela tem que ter a obrigação dela”.

Diante dessa declaração, decidi provocá-lo perguntando qual seria, então, sua obrigação, enquanto homem e esposo, já que todas as atividades mencionadas até então seriam obrigação da esposa. Por um breve lapso de tempo, ele pareceu constrangido em dizer que a obrigação dele seria trabalhar para sustentar a casa, mas, reafirmando sua impossibilidade por razões que estariam para além de sua vontade, rapidamente voltou ao tema das funções domésticas para dizer que, mesmo assim, a obrigação não seria sua:

“É obrigação dela. Era obrigação minha se eu morasse só porque não tinha quem fizesse. Lavava roupa, já botei água pra ela lavar roupa. Eu vou pegar e vou lavar minha roupa, por quê? Eu com mulher em casa... Não, não é assim não. Agora, se eu tivesse só, morasse só, não tivesse ninguém pra fazer, aí era obrigação minha mesmo, porque senão, se eu não fizesse, quem ia fazer? Eu ia, eu ia passar fome era, morrer de sede?”

Esse engenhoso discurso para justificar a relação de subordinação em que sua esposa estaria deve certamente ser também entendido como um daqueles discursos de auto-afirmação, já mencionados. É fácil imaginar que ele quisesse eliminar qualquer possibilidade de eu vir a fazer dele o mesmo juízo que fazem seus vizinhos - preguiçoso e explorador.

Mas sua argumentação buscava dizer não apenas que há alguém que provê sua manutenção e satisfaz suas necessidades materiais, a despeito de ele não trabalhar: O que mais me chamava a atenção em sua fala era o tom de naturalidade que ele imprimia, visando a afirmar que as coisas não estavam assim tão modificadas quanto pareciam. A despeito da grande

distância dos desígnios tradicionais de gênero, buscava demonstrar que o que ocorria não chegava a reconfigurar totalmente as relações estabelecidas. Podia ser uma tentativa desesperada de dizer que alguma coisa ainda sobrevivia da forma como ele imaginava que deveria ser - nem que essa sobrevivência durasse o tempo de uma entrevista.

Tento evitar uma oscilação entre duas possíveis interpretações mais imediatas para esse quadro. Uma primeira leitura, focalizando os homens como doentes ou desempregados e impossibilitados de conseguir qualquer trabalho, poderia levar à visão deles como vítimas de uma estrutura injusta de desemprego. Outra leitura, focalizando os argumentos de Brito, ou as declarações de mulheres que acham que têm de manter suas atividades domésticas, pode apresentá-los como exploradores e as mulheres como vítimas. Talvez a pergunta a ser feita não é se as coisas mudaram, mas em que implicaram essas mudanças.

Num contexto de profundas mudanças na estrutura das relações, onde os homens perdem o poder de barganha pela perda do trunfo do provimento, talvez outros recursos sejam acionados de forma tão incisiva que pode parecer cinismo para uns e desespero para outros.

O fato de certas mulheres manterem as uniões não implica sua concordância com a forma de sua vida, como já foi dito, não só em relação ao trabalho e sua função de provedora, mas a aspectos subjetivos de suas vidas. Sua inserção nesse contexto não lhes faz abrir mão totalmente dos sonhos que alimentaram, mesmo admitindo a noção radicalizada do ideal burguês fracassado, como faz Zélia:

“Eu sonhava assim: ‘Meu marido vai ser um homem cheiroso. Quando ele chegar, ele vai tá com aquele suor, daquele suor do homem que vem do trabalho, aí eu... tiro até o sapato dele’. Eu imaginava de tirar, sabia? Imaginava assim: Ele chega, me cheira... eu estou tomada banho esperando ele. Meu sonho era esse. Aí quando ele chegar, do jeito que ele chegar, cheirar ele com aquele suor que ele vem do serviço. Oh, meu Deus, meu sonho era esse, mas não vai se realizar, acho que não, já estou tão... (riso). Não sei, eu acho que... só se esse sonho passar pra minha filha, pra ele se realizar, porque é muito bonito. Eu acho lindo, lindo, lindo.”

Se as mulheres, insatisfeitas, não esperavam grandes mudanças em suas vidas, da parte dos homens a expectativa de alguma mudança - quando as almejam - passava, quase que inevitavelmente, pelas mesmas questões:

Parar de beber para arranjar um emprego. Se nos ativermos à discussão da doença, destituiremos os homens da capacidade de gerir seus caminhos. Por outro lado, negar as implicações do álcool em suas vidas seria tão obscurecedor quanto ocultar outras características suas.

Comentários finais

As questões aqui expostas buscaram uma compreensão satisfatória para a seguinte pergunta: Como é que homens em condição de pobreza extrema constroem atributos masculinos para si, tendo em vista que a maioria dos elementos característicos da experiência da masculinidade não se apresentam em suas vidas? Essa pergunta gerava outra, que também procurei acompanhar: A mudança na vida desses homens tornados dependentes de mulheres implica alterações significativas na estrutura das relações de gênero?

Da parte das mulheres notei queixas, mais que crítica ou reivindicação, o que remetia a essa percepção das coisas como inalteradas. Parece-me que homens e mulheres diziam coisas muito semelhantes, mesmo quando estavam em suas cobranças e acusações: As mulheres lamentando o fato de os homens não fazerem o que se esperava deles, cômicas ao mesmo tempo de que eles não o fariam e não abrindo mão por completo da convivência com eles - pois isso implicaria mais perdas, talvez. E os homens lamentando não fazer o que é prescrito, mas já se adaptando ou adaptados a uma conjuntura onde continua possível dizer que é homem, não por cumprir a demanda tradicional, mas por encontrar quem o faça.

O grande desafio posto para esses homens parecia ser exatamente o de conseguirem se inserir em uma rede em que essas atribuições que não mais eram capazes de atualizar pudessem ser feitas por uma outra pessoa - quase sempre a mãe, a esposa ou a irmã, mas sempre uma mulher. A impossibilidade de efetivar essa estrutura e não o reconhecimento de que fracassaram é seu grande desafio.

Conseguir que não se “entreguem à bebida”, não sejam violentos e não as abandonem por completo parece ser o desafio das mulheres e não a experiência plena do ideal ‘burguês’, muito embora este esteja sempre presente, como presentes estão aquelas mesmas orientações que dizem o que ambos deveriam fazer.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Miguel Vale de. *Senhores de si: Uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século, 1995.
- _____. Gênero, masculinidade e poder: Revendo um caso no sul de Portugal. *Anuário Antropológico 95*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 161-189, 1996.
- CALDAS, Paulo; LUNA, Marcelo. *O rap do Pequeno Príncipe contra as almas sebosas*. Recife: Raccord Prod.Art., Filme. 90'. 2000.
- CONNELL, Robert W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, Teresa; OLAVARRÍA, José. (Ed.). *Masculinidad/es: Poder y crisis*. Santiago: ISIS; FLACSO, 1997. (Ediciones de las Mujeres, 24)
- DALSGAARD, Anne Line. *Vidas e esperanças. Esterilização feminina no Nordeste*. São Paulo: Editora da UNESP, 2006.
- FONSECA, Claudia. Aliados e rivais na família: O conflito entre consangüíneos e afins em uma vila portoalegrense. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 88-104, jun. 1987.
- _____. Ser mulher, mãe e pobre. In: DELPRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Editora Contexto, 1997. p. 510-533.
- _____. *Família, fofoca e honra: Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.
- GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1996.
- KIMMEL, Michael. La producción teórica sobre la masculinidad: Nuevos aportes. In: RODRIGUES, Regina (Ed.). *Fin de siglo: Género y cambio civilizatorio*. Santiago: ISIS, 1992. p. 129-138. (Ediciones de las Mujeres, 17)
- NASCIMENTO, Pedro. 1999. *‘Ser homem ou nada’: Diversidade de experiências e estratégias de atualização da masculinidade hegemônica em Camaragibe, PE*. 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1999.
- _____. Homens desempregados, mulheres provedoras: Qual a novidade? In: Reunião de Antropologia do Mercosul, VI, 2005, Montevideo. *Anais...* Montevideo: Facultad de Humanidades/Universidad de la Republica, 2005.

- _____. Antropologia, feminismo e masculinidades ou O que os papudinhos de Camaragibe têm a ver com o debate sobre os homens no feminismo. In: BONETTI, Alinne; FLEISCHER, Soraya (Org.). *Entre pesquisar e militar: Contribuições e limites dos trânsitos entre pesquisa e militância feministas*. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2007.
- _____. Gênero e consumo de bebida alcoólica: Dilemas e armadilhas em etnografia sobre homens pobres. In: BRITES, Jurema; MOTTA, Flavia (Org.). *Etnografia: O espírito da antropologia*. Editora da UFRGS. (No prelo)
- NEVES, Delma P. Nesse terreiro galo não canta: Estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda. *Anuário Antropológico* 83, Rio de Janeiro; Fortaleza: Tempo Brasileiro; UFC, 1985.
- NEVES, Delma P. O consumo de bebidas alcoólicas: Prescrições sociais. *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 55, p. 73-97, 1º sem. 2003.
- _____. Alcoolismo: Acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 07-14, jan/fev. 2004.
- PITT-RIVERS, Julian. Honra e posição social. In: PERISTIANY, John G. (Org.) *Honra e vergonha: Valores das sociedades mediterrâneas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1971. p. 11-60.
- SARTI, Cynthia. *A família como espelho: Estudo sobre a moral dos pobres*. São Paulo: Autores Associados, 1996.
- SCOTT, R. Parry. O homem na matrifocalidade: Gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 73, p. 38-47, maio 1990.
- VALDÉS, Teresa; OLAVARRÍA, José. (Ed.). *Masculinidad/es: Poder y crisis*. Santiago: ISIS; FLACSO, 1997. (Ediciones de las Mujeres, 24)
- VALDÉS, Teresa; OLAVARRÍA, José. Ser hombre en Santiago: A pesar de todo, un mismo modelo. In: VALDÉS, Teresa; OLAVARRÍA, José (Ed.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago: FLACSO; UNFPA, 1998. p. 12-35.
- VILLA, Alejandro M. Significados da reprodução na construção da identidade masculina em setores populares urbanos. In: COSTA, Albertina (Org.). *Direitos tardios: Saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: FCC; Editora 34, 1997. p. 115-140.
- WOORTMANN, Klaas. *A família das mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; CNPq, 1987.

Sobre os autores

Anna Karina Xavier

Mestre em Psicologia pela UFPE, pesquisadora do Laboratório de Estudos da Sexualidade Humana (LabESHU)

Fernando Seffner

Professor do Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS

Karla Galvão Adrião

Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPE, coordenadora do LabESHU

Lady Selma Ferreira Albernaz

Professora do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPE, pesquisadora do Núcleo Família, Gênero e Sexualidade (FAGES)

Luana Rosado Mil

Graduada em Ciências Sociais pela UFRGS, ex-bolsista de iniciação científica da FAPERGS

Luís Felipe Rios

Professor dos Programas de Pós-graduação em Antropologia e em Psicologia da UFPE, coordenador do LabESHU e pesquisador do FAGES

Marion Teodósio de Quadros

Professora do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPE, pesquisadora do FAGES

Nádia Elisa Meinerz

Professora do Instituto de Ciências Sociais da UFAL, coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Gênero, Saúde e Direitos Humanos (Mandacaru)

Normando Viana

Mestre em Psicologia pela UFPE, pesquisador do LabESHU

Parry Scott

Professor do Programa de Pós-graduação em Antropologia da UFPE, coordenador do FAGES

Pedro Nascimento

Professor do Instituto de Ciências Sociais e do Mestrado em Sociologia da UFAL, coordenador do Mandacaru, pesquisador do FAGES

Richard Parker

Professor da Mailman School of Public Health da Columbia University (New York/USA), coordenador do Center for Gender, Sexuality and Health

Soraya Fleischer

Professora do Departamento de Antropologia da UnB

Este livro, de tamanho 14,8cm x 21cm, foi composto em Garamond e utilizou papel *Triplex* 260g/m² para capa e papel Offset 75g para miolo. Foi impresso e montado na Oficina Gráfica da Editora Universitária da UFPE.