



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

*DISPLAYS DE GÊNERO E MORAL SEXUAL ENTRE AGENTES DE SAÚDE EM UM
TERRITÓRIO URBANO*

*Um estudo de caso das interações comunicativas entre equipes de Saúde da
Família e residentes de um bairro popular de Salvador*

Maria Cecilia Moraes Simonetti

Salvador
2008



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

*DISPLAYS DE GÊNERO E MORAL SEXUAL ENTRE AGENTES DE SAÚDE EM UM
TERRITÓRIO URBANO*

*Um estudo de caso das interações comunicativas entre equipes de Saúde da
Família e residentes de um bairro popular de Salvador*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do
Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal da
Bahia, para a obtenção do grau de Mestre em Saúde
Comunitária.

Maria Cecilia Moraes Simonetti

Área de Concentração Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos

Salvador
2008

Ficha Catalográfica

Simonetti, Maria Cecilia Moraes

Displays de Gênero E Moral Sexual Entre Agentes de Saúde Em Um Território Urbano: Um estudo de caso das interações comunicativas entre equipes de Saúde da Família e residentes de um bairro popular de Salvador / Maria Cecilia Moraes Simonetti. – Salvador, 2008. XXX p.

Dissertação (Mestrado) Instituto de Saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos

1. Descritores de Assunto: comunicação interpessoal; agentes comunitárias(os) de saúde da família; gênero; sexualidade; respeito; mulheres e HIV.

Maria Cecilia Moraes Simonetti

DISPLAYS DE GÊNERO E MORAL SEXUAL ENTRE AGENTES DE SAÚDE EM UM TERRITÓRIO URBANO - Um estudo de caso das interações comunicativas entre equipes de Saúde da Família e residentes de um bairro popular de Salvador

Data da Defesa: 11 de Março de 2008

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos (Orientadora)

Profa. Dra. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Profa. Dra. Leonor Graciela Natansohn

Salvador
2008

Dedicatória

Ao João, sempre ao meu lado, em Harare assim como em Salvador. Dedico esta dissertação a você, em retribuição às nossas conversações e reflexões sobre a diversidade das formas de ser família, de estar no mundo ou de amar, e aos dons que você me ofertava em seus rituais felinos, sobre o tapete de leão etíope, o seu preferido.

Agradecimentos

A Maria Ligia Rangel Santos, pela atenciosa ajuda e pela sensibilidade no lidar com a construção deste trabalho.

Às moradoras e moradores do bairro, e às equipes de profissionais de saúde da família, em especial as e os agentes comunitárias(os) de saúde, pela generosidade com que me receberam.

Agradeço o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

À Vera, irmã e amiga, presente em todos os momentos, cujos olhares, escutas e palavras ajudaram a tecer este trabalho. Ao Peri, pelas ilustrações. Agradeço também ao Joe, Zé, Maurício, Sônia, Lena e Ção, à Maristela e aos amigos e amigas, pelas pequenas e grandes atenções.

À minha mãe, Aparecida, e ao meu pai, Antonio, pela vida com amor, e pelo amor à vida.

Glossário

| | |
|---------|--|
| ACS | Agentes Comunitárias(os) de Saúde |
| ACSH | Agentes Comunitários de Saúde / Homens |
| ACSM | Agentes Comunitárias de Saúde / Mulheres |
| CONDER | Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DIU | Dispositivo Intra-Uterino |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| DVD | <i>Digital Versatile Disc</i> (Disco Digital Versátil) |
| ENF | Enfermeira(o) |
| ENT | Entrevistadora |
| ESF | Estratégia De Saúde Da Família |
| FJP | Fundação João Pinheiro |
| GLT | Gays, Lésbicas e Travestis/Transexuais e Transgêneros |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ISC | Instituto de Saúde Coletiva |
| MOH | Moradores / Homens |
| MOM | Moradoras / Mulheres |
| PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PS | Profissional de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| PVC | Poli Cloreto de Vinila |

| | |
|------|---|
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SMS | Secretaria Municipal da Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |

Sumário

| | |
|--|------------|
| Apresentação..... | 12 |
| 1 Introdução | 14 |
| 2 A Experiência Etnográfica..... | 21 |
| 2.2 Resultados da experiência etnográfica | 32 |
| 3 Artigo 1 - Era uma vez cinco calcinhas no varal: <i>displays</i> de gênero em território urbano de ação de ACS..... | 45 |
| 3.1 Introdução | 47 |
| 3.2 Referencial Teórico | 50 |
| 3.3 Procedimentos metodológicos | 57 |
| 3.4 Resultados e Discussão..... | 59 |
| 3.5 Considerações Finais | 84 |
| 4 Artigo 2 – Respeito, Privacidade e Saúde – Ruídos na Interação Comunicativa..... | 87 |
| 4.1 Introdução | 89 |
| 4.2 Referencial Teórico | 90 |
| 4.3 Procedimentos Metodológicos | 93 |
| 4.4 Resultados e Discussão..... | 94 |
| 4.5 Considerações Finais | 133 |
| 5 Considerações Finais da Dissertação..... | 136 |
| 6 Referências | 138 |
| 7 Anexos..... | 149 |

Resumo

Esta dissertação, formada por dois artigos, analisa discursos sobre gênero e sexualidade, enunciados em situações de interação entre agentes comunitárias(os) de saúde da família e residentes, em um bairro popular de Salvador.

As referências teóricas que sustentam a análise dos resultados da investigação realizada aproximam-se de abordagens construcionistas. Mesmo levando em conta a polissemia embutida no termo “construcionismo”, o que se afirma aqui é a distância que as análises empreendidas neste estudo tomam em relação aos modelos lineares em matéria de comunicação e às abordagens biologicistas relativamente ao gênero e à sexualidade.

A análise dos dados demonstrou que, no plano dos discursos, ACS e residentes (re)produzem *habitus* que tendem a dar continuidade ao modelo de comunicação bipolar e às disposições de gênero e de sexualidade estruturadas por um longo trabalho social dirigido à permanência, mais do que à transformação da assimetria de gênero e os padrões tradicionais relativamente à sexualidade. Neste sentido, as ações implementadas pela USF do bairro onde se realizou a pesquisa pouco têm contribuído para a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, conforme esperado, seguindo-se as diretrizes de algumas políticas e programas do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: comunicação interpessoal; agentes comunitárias(os) da saúde da família; gênero; sexualidade; mulheres e HIV.

Abstract

This dissertation, integrated by two articles, analyses discourses on gender and sexuality, performed in situations of interaction between family health community-based workers and residents of communities in a popular neighbourhood of Salvador city.

The theoretical references sustaining the analysis of the findings are close to the constructionist approach. One knows that the word “constructionist” embeds a multiplicity of meanings. Nevertheless, it is used here to mark the distance this analysis takes from the linear and bipolar communication models as well as from the biologist perspective regarding gender and sexuality issues.

The data analysis showed that, at the discursive dimension, family health community-based workers and the residents brought out *habitus* that tends to continue replicating the bipolar communication model and the gender and sexuality dispositions that have been structured through out an historical social work aiming at the permanence, more than the transformation, of the gender asymmetry and the traditional patterns of sexuality. Thus, the actions implemented by the Family Health Unity situated at the area this research was conducted bring little contribution to the reduction of the women’s vulnerability to the HIV and AIDS epidemics, as expected, based on the directives of some policies and programmes of the Ministry of Health.

Key-words: interpersonal communication; family health community-based workers; gender; sexuality; women and HIV.

Apresentação

Esta dissertação analisa os resultados de uma investigação acerca de discursos sobre gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids, enunciados em situações de interação de agentes comunitárias(os) de uma USF (Unidade de Saúde da Família) com residentes de um bairro do Subúrbio Ferroviário de Salvador. Em particular, o trabalho focaliza como esta interação pode favorecer a redução das assimetrias de gênero e, assim, contribuir para conter o avanço da aids entre as mulheres, uma vez que este avanço está relacionado a essa assimetria (BARBOSA, 1999; PAULILO, 1999; VILLELA & BARBOSA, 1996).

Buscou-se explorar como os discursos de ACS (agentes comunitárias(os) de saúde) e residentes operam localmente as construções do gênero, da sexualidade e da vulnerabilidade ao HIV/aids, a fim de tecer considerações e recomendações quanto à posição estratégica que a interação ocupa nas ações de saúde da família, particularmente aquelas que implicam abordar questões desafiadoras relacionadas a assuntos considerados, em geral, de foro íntimo.

Apesar do estreito imbricamento entre as categorias analíticas de gênero e de sexualidade, os resultados apresentados nesta dissertação foram sistematizados separadamente, em dois artigos, até pelo fato de a produção acadêmica dos últimos anos do século XX pontuar a importância de descolar as categorias de gênero e de sexualidade uma da outra, para efeitos analíticos.

O primeiro artigo, intitulado “Era uma vez cinco calcinhas no varal: *displays* de gênero em um território urbanos de ação de ACS”, analisa como os discursos operam a construção dos gêneros na área estudada. Cabe aqui adiantar que a perspectiva adotada se aproxima das abordagens de Heilborn (2003; 2004; 2006a e 2006b), Bourdieu (2003) e Goffman (1976; 1977), com o propósito de observar os efeitos da socialização dos gêneros nos corpos e suas expressões.

O segundo artigo, “Respeito, Privacidade e Saúde – Ruídos na Interação Comunicativa”, analisa a construção, na área estudada, das sexualidades masculinas e femininas e suas articulações com a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids, a partir da análise dos

discursos produzidos nas interações no decorrer da pesquisa. Nas referências teóricas deste artigo optou-se por recorrer a publicações de Mann & Tarantola (1996), Ayres (2001; 2002), Ayres et al. (1999), Barbosa (1999, 2000), e Parker & Terto Jr. (2000), por serem alguns dos autores que mais contribuíram para inserir o conceito de vulnerabilidade no campo da saúde e, à exceção de Mann & Tarantola, têm recorrido a ele nas análises sobre a epidemia no contexto brasileiro.

Os artigos são precedidos por uma introdução apresentando o que motivou o estudo, além de um capítulo apresentando minha experiência etnográfica, abordando os principais aspectos metodológicos. Ao final, na última parte desta dissertação, são apresentadas considerações gerais e recomendações relativas ao lugar da interação nas ações implementadas no nível da atenção básica.

1 Introdução

Minha experiência profissional, desde o final da década de 1980 até hoje, colocou-me frente ao desafio de lidar com a comunicação interativa para a prevenção da aids, de acordo com o enfoque crítico às prescrições do gênero, e sempre levando em consideração que a maneira como os grupos sociais organizam as dimensões de gênero e de sexualidade pode explicar as razões pelas quais algumas pessoas ou grupos estão em situação de maior vulnerabilidade diante do HIV e da aids do que outros.

Depois de algumas décadas de trabalho, articulando comunicação interpessoal, gênero e aids, os limitados “sucessos práticos” (AYRES, 2001) alcançados representaram um motivo a mais para me debruçar sobre os desafios da comunicação interpessoal na redução da vulnerabilidade ao HIV/aids. Ao longo dessas décadas, tornaram-se evidentes as dificuldades com que se defrontam os profissionais da área da saúde em suas intervenções comunicacionais, educativas e de atendimento relativas à prevenção da aids. De acordo com Paiva (2006), os poucos avanços devem-se ao fato de que,

[os] roteiros de intervenções face a face disponíveis na literatura sobre sexualidade continuam a enfatizar a transmissão e a história natural das infecções sexualmente transmissíveis (IST), o sexo mais seguro, ou no máximo instruções sobre como negociar preservativos e contraceptivos (PAIVA, 2006, p. 24).

A percepção dessa dificuldade somou-se às preocupações derivadas de experiências pessoais e profissionais na área da comunicação, para a desconstrução de discursos e práticas embebidos de noções que enfatizam as diferenças nos corpos de mulheres e homens quando se referem ao que afirmam ser “a origem essencial e natural” da diferença de gênero. E é a partir desta diferenciação biológica que os discursos e práticas hegemônicos nas sociedades ocidentais se encarregam de definir muito do que se faz e se sente com esses corpos.

De acordo com Bourdieu (2003), nas sociedades onde predominam esses arranjos sexuais e de gênero mais tradicionais, de visão androcêntrica e biologista, tende-se a ver como “natural” a dominação masculina. Esta dominação, de acordo com minha experiência profissional no Brasil e nos países africanos mais afetados pela aids, inclui a primazia do homem em decidir

como deve ser a relação sexual. Nestas circunstâncias, segundo resultados de uma pesquisa sobre o baixo uso do preservativo nos relacionamentos estáveis ¹, a vulnerabilidade da mulher à aids é maior, comparada à dos homens, e tem como pano de fundo o padrão tradicional hegemônico do gênero e da sexualidade.

Esses temas – gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/Aids - são tratados em várias publicações (AYRES et al., 1999, 2003; BARBOSA, 1999, 2000; BASTOS, 2001; BRASIL, 2006; GIFFIN, 2002; GUPTA, 2002, 2002; HEILBORN & SORJ, 2002; VERMELHO, 1999), nas quais se sinaliza que, apesar de os atuais padrões de gênero na nossa sociedade ocidental estarem em processo de transformação, a dominação masculina, que na prática tende a resistir às mudanças, é um dos fatores que faz a vulnerabilidade da população feminina ao HIV ser maior que a masculina.

A resistência à transformação do ideário dominante relativamente ao gênero nos serviços da atenção básica à saúde foi apontada por Schraiber (2005). De acordo com a autora, os padrões do gênero e da sexualidade hegemônicos na sociedade brasileira se reproduzem nestes serviços uma vez que, na percepção das(os) profissionais e trabalhadoras(es) das equipes da saúde da família, a mulher é vista “exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa” (SCHRAIBER, 2005, p. 54). Scott (2005) também refere que os serviços de saúde da família dão maior ênfase às necessidades das mulheres em torno do acesso a métodos contraceptivos, do que aquelas relacionadas a infecções sexualmente transmissíveis (SCOTT, 2005).

Muito se tem estudado sobre a comunicação interpessoal na situação da consulta médica (HALL et al., 1994; LEVINSON, 1994; WASSERMAN & INUI, 1983; ADAM & HERZLICH, 2001). No entanto, embora alguns estudos analisem a interação de agentes comunitárias(os) de equipes de saúde da família com residentes da área adscrita à USF (NUNES et al., 2002), eles não aprofundam especificidades do “trabalho de comunicação” (RANGEL, 2005) que se realiza no curso dessa vinculação.

¹ Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/aids informa que pessoas dispostas a usar preservativos com parceiros eventuais mostram pouca ou nenhuma disponibilidade de usá-los nos seus relacionamentos estáveis (BRASIL, 2000). Esta e outras pesquisas similares no mundo têm constatado que nestes relacionamentos, mesmo após intensos projetos de intervenção, o uso consistente de preservativos situa-se em torno de 20%.

É de ressaltar que os raros estudos sobre gênero, no campo da comunicação e saúde, tendem a se debruçar sobre dispositivos de *mass mídia* para analisar como estes dispositivos concorrem para a re-produção da dominação masculina (NATANSOHN 2005). No entanto, são mais raros ainda os estudos que analisam a relação entre a manutenção ou transformação dos padrões hegemônicos do gênero e o que se produz no curso de uma interação ou comunicação vinculativa (GOFFMAN, 1979; TANNEN, 1996).

As *mass mídia* são dispositivos de convencimento, persuasão, educação e comunicação que se apóiam em um modelo de comunicação que enfatiza uma relação unidirecional de transmissão de mensagens, dos agentes emissores para as audiências receptoras (SODRÉ, 2006; RANGEL, 2005). No campo da saúde este tem sido o modelo de comunicação hegemônico, fundamentalmente influenciado pela *Mass Communication Research* (MCR), uma corrente de pesquisa norte-americana que ganhou força após a II Guerra Mundial e que é responsável pela elaboração do modelo de comunicação voltado à mudança de comportamento das pessoas, cuja perspectiva guarda a visão maniqueísta “emissores-receptores”, criticada por Natansohn (2004). Ao se adotar, neste estudo, as perspectivas de Goffman (1970; 1974; 1981; 2007) e de Bourdieu (1994; 1996; 2003), cria-se um distanciamento em relação a esse modelo.

Para Goffman (2007), interação diz respeito à influência recíproca que atores presentes em um encontro face a face buscam exercer sobre as ações uns dos outros, fazendo uso da expressividade, ou capacidade de dar impressão. Neste sentido, a interação acontece pelo recurso a símbolos verbais, não verbais e outros substitutos que compõem a gama de ações levadas a efeito por uma série de razões, além da mera transmissão de informação.

Levando em consideração a perspectiva goffmaniana, algumas premissas orientaram o estudo. Uma delas foi a de que o trabalho de agentes comunitárias(os) de saúde é de natureza interacional. Outra premissa foi a de que relações sociais, tais como as de dominação e subordinação, podem também ser criadas na interação.

Inspirada em Bourdieu, a pesquisa levou em conta que a interação nunca reside inteiramente na interação, uma vez que ela é dominada pela estrutura objetiva que perpassa os *habitus*² (BOURDIEU, 1994, p. 74). Na concepção bourdiana, a categoria *habitus* é um dispositivo de análise que torna saliente a dependência das interações frente às relações de força simbólica e às relações de força política e econômica (BOURDIEU, 1994; 2003). De acordo com o autor, é por conta do *habitus* que algumas pessoas percebem como naturais práticas que na verdade são não apenas historicamente produzidas, como o são de forma objetivamente orquestrada.

No entanto, Bourdieu (1994) afirma que o *habitus* contempla ao mesmo tempo dois princípios, o da continuidade e o das transformações. A partir dessa noção, a análise conduzida neste estudo considerou igualmente a premissa de que na interação podem-se produzir relações sociais que apontem seja para a manutenção seja para a inovação quanto a questões de gênero e de sexualidade.

A decisão de pesquisar a comunicação interpessoal na interface com a saúde trouxe o foco da pesquisa para as unidades de saúde da família que integram o nível da atenção básica no sistema de saúde brasileiro. Nestas unidades, a ênfase recaiu nas atividades das equipes de ACS, entendendo que nas situações de interação próprias ao seu trabalho, as(os) ACS operam a comunicação e, para tanto, recorrem a signos, tais como palavras, gestos, emoções e expressões, que estão carregados de valores sócio-culturais, em particular os relativos ao gênero.

No desenho deste estudo atualizou-se ainda mais o interesse em verificar se a expressividade de agentes comunitárias(os) de saúde, no curso da interação com residentes do bairro, estaria problematizando os lugares de poder diferenciados para mulheres e homens e, deste modo, concorrendo para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Formulou-se a hipótese de que a comunicação interpessoal, em sua interface com a saúde, contribuirá para a redução da vulnerabilidade das mulheres diante do HIV e da aids se gerar questionamentos quanto à legitimidade das assimetrias de gênero.

² Para Bourdieu, o *habitus* constitui um “sistema de disposições duráveis e transponíveis que [integra] todas as experiências passadas [e que funciona] a cada momento como *uma matriz de percepções, de apreciações e de ações*” (BOURDIEU, 1994, p. 65).

O imperativo de delimitar com precisão o objeto de estudo contribuiu para circunscrever a investigação à análise de como os discursos de ACS e moradoras(es) de um bairro popular de Salvador operam para a construção de gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids.

Para atingir esse objetivo geral, enunciado no parágrafo acima, foram definidos dois objetivos específicos para a pesquisa. O primeiro deles consiste em apreender espaços e momentos no contexto da vida cotidiana de residentes de um bairro de Salvador, em que usuárias e usuários interagem com profissionais da saúde e que propiciam a construção de relações sociais em torno de questões de gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids. O outro consiste em examinar criticamente os discursos relacionados a gênero, sexualidade e HIV/aids enunciados pelos diferentes atores em interação, isto é, as(os) moradoras(es) do bairro e as(os) ACS de equipes de saúde da família.

Em suma, as vivências que motivaram esta pesquisa, aliadas ao contato com a extensa literatura que analisa e associa a desigualdade de gênero à tendência, atestada por Dourado (2006), de aumento da aids entre as mulheres, acentuaram minhas preocupações a respeito de como as(os) profissionais da saúde lidam, do ponto de vista da comunicação, com a questão da tendência de aumento da aids entre mulheres.

Todavia, é fundamental esclarecer que esta pesquisa não tem a pretensão de estabelecer uma correlação entre os discursos sobre gênero e sexualidade enunciados pelas(os) participantes do estudo e sua contribuição para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids. Pelo contrário, o escopo desta investigação é ressaltar que a comunicação interacional entre ACS e usuárias e usuários das unidades de saúde da família é um campo que tem sido pouco estudado na perspectiva da Comunicação e que merece mais atenção para que as ações de saúde no nível básico se tornem mais efetivas. É exatamente esse nível interpessoal da comunicação que esta investigação focaliza. Espera-se que este estudo se integre a outros empenhados em dinamizar a construção do campo acadêmico da Comunicação e Saúde.

Se o ponto de partida deste estudo foi a tendência de expansão da aids entre as mulheres, o trabalho de campo foi deslocando o foco do estudo para as falas sobre gênero das(os) agentes comunitárias(os) de saúde e residentes do bairro, bem como para outras formas que o ideário tradicional do gênero produz na vida cotidiana da área estudada, seja na dimensão da sexualidade, da vulnerabilidade ao HIV/aids, da família ou do trabalho.

Com relação às teorias sobre gênero e sobre sexualidade, elas compõem uma gama de abordagens, oriundas de diferentes áreas de produção de conhecimento e serão discutidas de forma mais aprofundada nos dois artigos. No entanto, é de ressaltar que, a fim de incorporar dimensões de poder à análise dos discursos sobre gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids produzidos na interação, este estudo aproximou-se de autores que analisam como o poder produz demarcações ou normalizações concernentes ao gênero e à sexualidade e as constitui como dispositivos ou princípios de organização social. Dentre esses autores destacam-se Heilborn (2003), Heilborn & Sorj (2002), Scott (1990) e Foucault (1976).

Com base na literatura sobre gênero, passou-se a considerar que a expansão do HIV/Aids entre as mulheres, embora se manifeste “nas mulheres”, é um problema que tem existência relacional, ou seja, é um problema cuja origem está, não “nas mulheres” e sim nas relações entre mulheres e homens, quando a assimetria de poder se apresenta, especialmente em forma simbólica. Neste sentido, seu enfrentamento depende de políticas que não se restrinjam exclusivamente às mulheres, assim como depende do conjunto das ações educativas em saúde, independentemente de qual seja o foco dessas ações - prevenção do HIV ou outro.

É de ressaltar que o estudo se mantém limitado a “temas mais próximos da experiência mais imediata das mulheres” (HEILBORN e SORJ, 2002, p. 189). Neste sentido a análise se restringe às categorias empíricas “mulheres” e “homens”, apesar de eu concordar com as concepções contemporâneas que questionam a fixidez da biologia e o binarismo sexual (TALLE, 1993; BIRKE, 1998; BUTLER, 2002, 2003; FAUSTO-STERLING, 2000; BENTO, 2004). Ainda que ocorra essa limitação, tentei identificar a multiplicidade de discursos relativos ao gênero no contexto cultural do bairro onde foi realizada a pesquisa, ou até nas falas de uma mesma pessoa. Também tentei apreender os diferentes interesses ou conflitos entre mulheres e homens, agentes de saúde assim como residentes do bairro, que participaram do estudo.

As vivências - feminista e profissional - explicam parcialmente esse recorte. Outro motivo está no fato de que a área da saúde da família, igual que outros serviços de saúde no Brasil, tende a incorporar com relativa lentidão os avanços de diretrizes técnicas sobre o acolhimento respeitoso e digno de orientações sexuais e identidades de gênero que extrapolem as bordas da fórmula binária e heterossexista imposta pela biomedicina moderna.

Outro limite a destacar nesta dissertação relaciona-se a um desafio apontado por Aquino (2006) quanto ao imperativo de que novos estudos, por conta da transversalidade do gênero, articulem esta categoria analítica a outras como raça/etnia, classe social e geração. Esta dissertação limita-se a analisar a relação entre gênero, sexualidade, vulnerabilidade ao HIV/aids e comunicação interativa, sem articulá-las às demais categorias analíticas mencionadas pela autora.

A maioria das dificuldades operacionais encontradas nesta pesquisa esteve associada à conjuntura político-administrativa que ocupou a cena no período da investigação: ausência de gerência administrativa na USF e a conseqüente dificuldade para dar seguimento a algumas atividades, particularmente às ações educativas. Além disso, o período da investigação contemplou greves e tensões relacionadas com a indefinição que persistiu durante meses a propósito da situação trabalhista e da relação contratual das(os) ACS e demais profissionais com o município. Finalmente, estava ocorrendo remanejamento nas equipes de agentes de saúde e nas áreas de cobertura da USF.

2 A Experiência Etnográfica

Neste capítulo procura-se descrever espaços e momentos no contexto da vida cotidiana de residentes de um bairro de Salvador em que usuárias e usuários interagem entre si e com profissionais da saúde. Parte-se da premissa de que nesses espaços e momentos se dá a construção de relações sociais em torno de questões de gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids.

Num primeiro momento, apresenta-se a metodologia utilizada na pesquisa e descrevem-se os cenários (bairro e USF) e atores (agentes comunitárias(os) de saúde e residentes). Na segunda parte, são apresentados os resultados dessa experiência etnográfica.

2.1.1 Aspectos metodológicos

O trabalho de campo para esta dissertação foi conduzido em um dos 22 bairros que formam o Subúrbio Ferroviário, região assim conhecida por se estender ao longo da ferrovia que margeia a orla da Baía de Todos os Santos.

A escolha do bairro deu-se pelo fato de ele abrigar uma das primeiras USF a se instalar no município de Salvador, há cerca de quatro anos e também pela facilidade decorrente da existência de um contato prévio com uma pessoa moradora do bairro que se tornou uma(um) informante-chave.

Foi a partir desta(e) informante que a pesquisadora identificou mulheres e homens com interesse em participar da pesquisa. Essa estratégia de identificação das pessoas do bairro para as entrevistas foi um dos cuidados tomados para que a pesquisadora não fosse vista como uma profissional da saúde, fator que poderia de algum modo enviesar as respostas. Além disso, os primeiros contatos para as entrevistas foram iniciados antes que a pesquisadora passasse a percorrer as ruas do bairro ao lado de agentes de saúde.

O objeto de estudo e o marco teórico da pesquisa apontavam para a pertinência de utilizar a metodologia qualitativa de enfoque etnográfico, que propiciaria uma aproximação substantiva do bairro e uma participação ativa na vida dos atores, tal como proposto por Geertz (1978).

O estudo foi realizado na localidade, considerando que a investigadora acompanhou com regularidade o trabalho das(os) agentes comunitárias(os) de saúde junto às usuárias e usuários da USF que moram no bairro, no período de junho a outubro de 2007. Em vários momentos a pesquisadora residiu no bairro com o propósito de se aproximar do cotidiano local, compreender algumas características dos meios e modos de comunicação que circulam no bairro e, assim, identificar o ideário sobre gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids nas falas e gestualidades “espontâneas”. Neste sentido, a pesquisadora participou de eventos para os quais foi convidada, como festas de aniversário, apresentações culturais, ou almoços organizados nas casas de algumas pessoas entrevistadas.

A investigação realizada articulou três dispositivos de pesquisa: o primeiro, a consulta a fontes secundárias da USF; a segunda, a observação participante com roteiro orientador, e a terceira, a realização de entrevistas com roteiro semi-estruturado.

O levantamento das informações sobre o bairro foi feito nas primeiras semanas do trabalho de campo, a partir da documentação existente na USF. A descrição do contexto social do bairro destaca aspectos como as características demográficas, ambientais e serviços disponibilizados.

Utilizou-se a observação participante nas situações cotidianas da USF, bem como no acompanhamento do trabalho executado por agentes de saúde, ou seja, nos cenários que correspondem às reuniões de equipe nas unidades básicas de saúde, às visitas domiciliares e às ações educativas e de comunicação, individuais e coletivas, nos domicílios e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Estas ações constituem as de orientação quanto à utilização dos serviços de saúde, de promoção da saúde, de prevenção e busca ativa de doenças e agravos, de vigilância à saúde, e de mobilização e participação da comunidade para o controle social. Quanto à comunicação no interior da equipe de saúde da família, além das reuniões acima mencionadas, ela também foi observada nas conversas informais das(os) profissionais com as(os) agentes comunitárias(os) de saúde, nos “bastidores”, como afirma Goffman (2007).

Diariamente fez-se a observação da ambiência e funcionamento da unidade, privilegiando aspectos relacionados a gênero. Foram também observadas 85 visitas domiciliares, cinco visitas de supervisão, cinco consultas de planejamento familiar, oito reuniões de equipe, uma ação de formação da equipe de agentes comunitárias(os) de saúde em temas de saúde sexual e reprodutiva, duas campanhas de prevenção, assim como algumas conversas de “bastidores”.

A própria investigadora realizou 25 entrevistas semi-estruturadas em profundidade, das quais 17 com residentes do bairro (11 mulheres e seis homens com idades variando entre 20 e 50 anos), número definido pela técnica de saturação. Com relação à equipe de agentes comunitárias(os) de saúde, foram feitas oito entrevistas, sendo quatro com agentes mulheres e quatro com agentes homens. Em sua maioria, as entrevistas foram gravadas e transcritas, para permitir a sistematização dos dados e a análise das informações produzidas.

A análise dos resultados consistiu na interpretação dos padrões discursivos, particularmente o que se disse e o que se fez ao dizer, à luz do contexto social e do aporte teórico utilizado para este estudo. Para a análise dos resultados recorreu-se a conteúdos das palavras, frases, gestualidades e marcas sonoras (posturas, posições dos corpos, entonações, silêncios) e demais modos de operação observados. A pesquisa enfatizou a observação dessa produção discursiva quanto à sua direção (normalização ou negociação de sentidos), seu foco (no indivíduo ou contexto social) e os esquemas de percepção das pessoas entrevistadas relativamente a gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids.

As etapas iniciais da pesquisa – entrevistas, levantamento sobre o contexto sócio-cultural do bairro e dos atores sociais e mapeamento das atividades das(os) agentes comunitárias(os) de saúde - ocorreram no primeiro mês da pesquisa em campo. Nesse primeiro mês e nos dois meses subsequentes, a pesquisadora, então residindo no local, acompanhou as atividades do trabalho das(os) agentes de saúde, independentemente de elas envolverem ou não ações de prevenção do HIV/Aids entre as mulheres.

Embora fosse desejável uma interpretação êmica, no sentido de solicitar comentários das(os) agentes comunitárias(os) de saúde e residentes do bairro que participaram da pesquisa às interpretações da investigadora, a dissertação se limita a uma interpretação ética de categorias êmicas enunciadas nos discursos.

2.1.2 O cenário principal: o bairro

O estudo se deu em um bairro pertencente ao Subúrbio Ferroviário, a vasta faixa que vai de Plataforma a São Tomé de Paripe, banhada pelo mar da Baía de Todos os Santos. Foi nesse local que foram realizadas as entrevistas, as observações do trabalho das equipes de ACS e a análise dos discursos produzidos nas interações.

A investigação limitou o campo de pesquisa à região adscrita à Unidade de Saúde da Família escolhida, cujos profissionais acompanham cerca de 6.400 pessoas distribuídas em 1.725 famílias cadastradas (DAB/DATASUS/SIAB/SMS, 2006).

Na área onde a pesquisa foi realizada, e de acordo com os relatórios da USF, existe um relativo equilíbrio numérico entre homens e mulheres em quase todas as faixas de idade. As maiores discrepâncias encontram-se no grupo com menos de 10 anos, no qual predomina o sexo masculino, e na faixa de 10 a 49 anos, onde as mulheres respondem por 52%.

Aproximadamente 70% das pessoas que habitam o bairro estão em idade reprodutiva, uma vez que cerca de 20% estão abaixo de 10 anos e 10% com 50 anos ou mais.

As estatísticas da USF não informam a raça, a cor e a etnia dos residentes, mas basta percorrer o bairro para perceber que nesse aspecto a área pesquisada se assemelha aos demais bairros do Subúrbio Ferroviário, ou seja, é predominantemente constituída por residentes negros³, cujas famílias moram, em sua maioria (99,29%) em casas construídas com tijolos ou adobe. Cerca de 95% das casas são beneficiadas pela energia elétrica.

O abastecimento de água pela rede pública beneficia 99,65% das famílias, mas somente 69,54% das famílias cadastradas utilizam água filtrada no domicílio, enquanto 2,3% recorrem à fervura, 0,59% à cloração e 27,51% à utilização de água sem tratamento. A coleta pública

³ No âmbito desta pesquisa, não vamos aprofundar a discussão dos termos raça, cor, etnia e afrodescendência. Concordando com Noronha et al., (1999) consideramos que cada termo apresenta ao mesmo tempo especificidades e superposições, sendo difícil usá-los sem ambigüidades em situações concretas. No entanto, como “no Brasil, admite-se que cor da pele constitui uma categoria importante de análise” (NORONHA et al., 1999, p. 274), ao longo do texto utilizaremos a terminologia “negro”.

de lixo beneficia 97,76%% das famílias; as demais queimam, enterram ou despejam o lixo a céu aberto (DAB/DATASUS/SIAB/SMS, 2006).

A prefeitura colocou canalizações que conduzem fezes e urina em quase todo o bairro, à exceção da área do brejo, a última a ser ocupada. No alto do morro, nas encostas e nos terrenos planos mais altos, os dejetos de 57,14% das famílias desembocam no sistema de esgoto da prefeitura e cerca de um terço em fossas. O restante é despejado em terrenos baldios, nos quintais, às vezes produzindo a sonoridade das antigas cachoeiras do bairro.

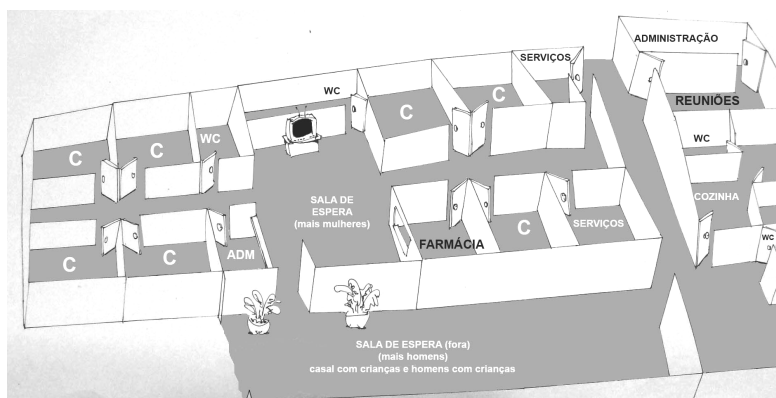
Há algumas escolas de ensino privado no bairro, sobretudo creches que recebem crianças dos dois aos seis anos. As escolas públicas são quatro, duas municipais com ensino até a 4ª. série e duas estaduais, com educação até à 8ª. série. 99,53% das crianças de 7 a 14 anos estão na escola e as pessoas alfabetizadas com 15 anos ou mais de idade representam 92,02% da população do bairro.

2.1.3 Equipamentos fixos das cenas: a USF

A USF onde se realizou o estudo conta com um quadro de funcionários visivelmente comprometido com a implantação do SUS e da estratégia da saúde da família e com equipes de ACS que estão na unidade desde que a USF se instalou no local. O quadro funcional variou no curso da pesquisa, mas ao final do trabalho de campo havia duas equipes, cada uma delas formada por médica, enfermeira, dentista, assistente de enfermagem e ACS, além de três responsáveis pelo setor administrativo e dois porteiros. A técnica farmacêutica e duas agentes comunitárias foram transferidas no período em que se fazia o trabalho de campo desta pesquisa.

A unidade funciona das 08:00 às 17:00 horas, com interrupção para o almoço, em um equipamento alugado situado na avenida principal do bairro, que serpenteia o alto do morro. Sua área de cobertura está sendo remanejada por conta da má distribuição das subáreas adscritas: duas delas encontram-se muito próximas ao posto, enquanto outras duas, muito mais pobres, estão tão distantes que dificultam o acesso de residentes aos serviços. Ademais, estas últimas são interceptadas por uma extensa faixa coberta por outra USF situada no bairro.

O local onde funciona o posto é uma construção térrea, cuja entrada lateral é ampla e abriga em seu interior parte das pessoas que chegam para consulta. No módulo principal está a sala de espera com capacidade para dez pessoas sentadas, a recepção, a farmácia, um consultório odontológico, dois consultórios médicos, dois consultórios para atendimento pelas enfermeiras, uma sala de curativos e uma área de esterilização e limpeza. Os equipamentos e mobiliário estão em bom estado, à exceção do compressor que deixou de funcionar em agosto e não havia sido reparado. Atrás deste módulo principal, ou fachada como diz Goffman (2007), encontra-se outra área construída onde ficam os bastidores: banheiros, cozinha, sala de informática e sala de reuniões.



É nesta sala de reunião, de 30 m², que costumam ser feitas as atividades educativas para uma média de quinze pessoas, em geral grupos de idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos, assim como as reuniões sobre planejamento familiar, quase sempre para mulheres, adultas e jovens. O transitar de funcionárias(os) da cozinha para a administração e vice-versa interfere no fluir das interações. O espaço reduzido nem sempre abriga todas as pessoas que vêm participar. A USF realiza reuniões comunitárias mensais sobre planejamento familiar, incluindo a promoção do uso da camisinha para prevenir a infecção pelo HIV. Comparecem em média 12 mulheres, com predomínio da faixa etária entre 25 e 35 anos.

Houve um tempo em que esses encontros se realizavam no salão de uma igreja, mas restrições ao fornecimento do lanche no interior do templo levaram os profissionais a interromper uma das ações educativas mais participativas, o grupo de teatro com adolescentes. A continuidade do teatro esbarrou na falta de espaço compatível com a atividade, mas permanece o desejo de apresentar a peça no bairro, e é com este propósito que profissionais da unidade se empenham em esquadrihar o bairro e perscrutar suas/seus moradoras(es) para que esse espaço apareça.

Recentemente alguns dos encontros estão acontecendo em uma associação de moradores, mas o espaço limitado continua a interferir no quadro de participação da atividade e no formato de produção das falas.

A entrada lateral da USF por onde entram e saem as pessoas, coberta com telhas eternit, contém dois bancos de madeira encostados no muro e mais oito cadeiras de plástico ao fundo. Quando chove, não é possível sentar nos bancos, pois a água escorre direto do telhado para o colo das(os) usuárias(os), criando uma situação pouco acolhedora para quem espera o atendimento. Com ou sem chuva, as mulheres costumam aguardar a consulta sentadas na sala de espera, dentro do módulo, enquanto os homens preferem permanecer na entrada lateral. Lembrando Da Matta (1979), é como se a entrada lateral fosse o espaço ambíguo de onde se vê a “rua” e seu movimento, o lugar onde os homens parecem se sentir mais à vontade. As mulheres, lá dentro, parecem estar em uma dependência da “casa”, em um universo controlado, com as coisas em seus devidos lugares.

Nos postos de saúde de outrora, os homens dificilmente freqüentavam os serviços de “saúde materno-infantil”. Nesta unidade de saúde da família onde realizei o estudo, as cenas são outras. É notável a regularidade com que homens acompanham as crianças à consulta. Quando chega um casal, quase sempre é o homem quem traz o bebê no colo. Nota-se igualmente maior presença de homens adultos, mas raros homens jovens.

É possível que mais homens se dirijam à USF pelo fato de esta unidade priorizar o atendimento de algumas doenças crônicas que atingem mulheres e homens igualmente. À outra prioridade, relacionada com a saúde das mulheres e que inclui a redução da mortalidade materna e infantil, correspondem atendimentos em dias específicos, nos quais a unidade recebe maioria de mulheres e crianças, acompanhadas vez ou outra por homens que supostamente teriam algum laço de parentesco com elas. Acontece também que muitas mulheres estão fora do bairro, trabalhando, nos horários de funcionamento da unidade, o que contribui para reduzir a presença feminina no posto. Porém, as cenas de homens trazendo as crianças no colo podem ser indícios de novas disposições de gênero se efetivando no bairro.

Durante o período da pesquisa de campo, nunca observei fila de pessoas em pé à espera do posto se abrir. As/os agentes de saúde invariavelmente insistem, todas as vezes que entregam o cartão com a data da consulta marcada, para que as pessoas cheguem no horário agendado.

Da mesma forma, nunca ouvi alguém reclamar do atendimento nas consultas da USF. Às vezes reclamam de que os locais para fazer os exames são muito distantes, mas apreciam tão bem a atenção recebida que uma das usuárias chegou a afirmar que mudara de casa, mas fez questão de ir para uma rua localizada na micro área atendida por “sua enfermeira”. Essa história gerou uma sugestão de uma(um) enfermeira(o) a respeito do que se poderia escrever nas placas indicando casas para alugar no bairro: “Aluga-se casa com plano de saúde”. Neste caso, o plano de saúde é o próprio SUS, cujo atendimento é mediado pela USF no bairro.

2.1.4 Atores sociais: as(os) agentes comunitárias(os) de saúde

Quando a Saúde da Família tornou-se a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do SUS ⁴, institui-se uma nova tecnologia organizativa em saúde, na medida em que essa estratégia passou a ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional. É por meio dessa estratégia que se pretende possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, e efetivar a integralidade da atenção, por meio da articulação das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, entre outros. Finalmente, a estratégia de saúde da família (ESF) visa à maior integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, buscada por meio da incorporação das(os) agentes comunitárias(os) às equipes de saúde da família. A suposição é que, uma vez que as(os) agentes de saúde moram no mesmo bairro onde atua a equipe de saúde da família, existe maior possibilidade de que aquela integração ocorra.

Uma das equipes de ACS que participaram deste estudo foi a primeira a ser selecionada e qualificada em toda Salvador, em 2002. As(os) ACS receberam uma formação básica sobre as suas atribuições e depois, o que aprenderam, foi durante as visitas domiciliares de supervisão, que ocorrem duas tardes por semana, ou durante as reuniões feitas semanalmente sobre temas como planejamento familiar, prevenção do HIV/aids, ou reuniões com grupos específicos (hipertensos e diabéticos, por exemplo). A segunda formação mais longa e sistematizada ocorreu no período da pesquisa e foi sobre saúde sexual e reprodutiva.

⁴ Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006a).

De acordo com a Portaria no. 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições específicas do ACS: (i) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; (ii) estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe; (iii) orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; (iv) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco; e (v) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe. São atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica: (vi) promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; (vii) realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; (viii) realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; e (ix) responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Cada ACS atende uma média de 350 a 400 pessoas. O período da manhã é o mais agitado para elas(es), pois é o melhor momento para encontrar as pessoas em casa, seja porque estão acordando, seja porque estão cozinhando, seja porque, quando não trabalham fora, costumam repousar à tarde. Neste sentido, logo depois de baterem o ponto às 08:00 horas e de revisarem os planos de atividades do dia, as equipes de agentes comunitárias(os) de saúde partem para o campo, cobrindo de seis a oito casas pela manhã entre 09:30 e 12:00 horas, horário que a prática mostrou ser o mais indicado para as visitas domiciliares. A prática já apontou também que é extremamente difícil integrar à USF as pessoas que passam o dia fora por motivo de trabalho.

O trabalho das equipes de ACS consiste em cadastrar as famílias; visitar a família pelo menos uma vez por mês; acompanhar os casos de prioridade como hipertensos, diabéticos, chagásicos, casos de hanseníase e gestantes; acompanhar o desenvolvimento das crianças menores de um ano e fazer a pesagem delas. Também verificam se alguém está com algum problema de saúde e, em caso positivo, comunicam à supervisora. Verificam a situação de

higiene e saneamento na casa e orientam sobre como melhorá-la; observam se há crianças desnutridas, trazem e devolvem às pessoas o cartão para marcação de consultas. Participam igualmente das campanhas de vacinação e das reuniões de grupo, além de prepararem os relatórios para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) todos os meses.

A supervisão das equipes de ACS é feita pelas enfermeiras, que fazem visitas domiciliares duas tardes por semana sempre acompanhadas de um ou uma ACS, momento em que esperam fazer simultaneamente a supervisão e a formação em serviço. As visitas de supervisão que acompanhei mostraram que isso não ocorre. Comentei a questão com as(os) técnicas(os) de nível superior que realizam essa supervisão, e propus que, após a defesa, discutiria com a equipe como melhorar esse aspecto nas visitas domiciliares com supervisão.

Dentre as atribuições comuns a todas(os) as(os) profissionais da atenção básica, pode-se afirmar que as equipes de ACS raramente realizam algumas delas, sobretudo por carências que elas mesmas identificam. Por exemplo, busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local limita-se à identificação de gestantes e seu encaminhamento à unidade, uma vez que a identificação de agravos à saúde está mais sob a responsabilidade de profissionais médicos. Com relação à escuta qualificada, além de não terem sido capacitados, pouco tempo lhes sobra diante dos formulários que precisam preencher durante a visita. Quanto à mobilização e a participação da comunidade na efetivação do controle social, mencionam-se apenas dificuldades e nunca soluções.

Em determinadas épocas do mês as equipes de ACS ficam mais atarefadas, preenchendo as fichas do SIAB que alimentarão os relatórios consolidados pelo Distrito. Durante a investigação tive acesso apenas ao documento original de dois desses relatórios, um de cada equipe. Nesse período não presenciei nenhuma discussão a respeito dos resultados efetivos do trabalho em equipe para a saúde das(os) usuárias(os) da USF, o que não significa que essa discussão não tenha ocorrido em outra ocasião. No entanto chamou atenção o fato de os dois relatórios não estarem disponíveis em um fichário de fácil acesso a qualquer das(os) trabalhadoras(es) da unidade.

As(os) ACS não apreciam sair para entregar os cartões com as consultas agendadas. Concordam que fazê-lo facilita o acesso da população usuária aos serviços. Porém,

consideram que se trata de uma atividade “paternalista” que coloca as(os) usuárias(os) em uma posição cômoda e acomodada que não os mobiliza para o envolvimento com o cuidado de si, nem para a participação mais ativa no controle social das ações de saúde em seus diversos níveis – local, municipal, estadual e federal.

2.1.5 Atores sociais: residentes do bairro

Dentre as características da população residente entrevistada, é de ressaltar o valor que se dá aos estudos, como forma de melhorar de vida. Chama a atenção também o quanto as mulheres moradoras continuaram seus estudos por mais tempo.

Das 11 moradoras entrevistadas, seis terminaram o ensino médio e uma faz curso superior técnico; das demais, três terminaram a 8ª. série e duas chegaram até a 4ª. série do ensino fundamental. Já entre os seis moradores homens entrevistados, um completou o ensino médio, outro estudou até a 8ª. série, um até a 4ª. e três frequentaram a escola até a 5ª. série. Gravidez inesperada, falta de dinheiro, casamento, necessidade de trabalhar são os motivos da interrupção dos estudos.

Esta valoração aos estudos é destacada quando relatam que entre seus sonhos, mais do que trabalho ou ter sua casinha, estão os de “voltar a estudar”, “dar um estudo para meus filhos”, “fazer faculdade”, “ensinar”, “ter minha família formada”, “ver minhas filhas bem, na faculdade”, “estudar mais, saber mais coisas”.

A violência cotidiana, as invasões de terras, a construção de casas em áreas destinadas para “bater um baba” e a falta de equipamentos para o lazer no bairro limitam o entretenimento das pessoas entrevistadas. Nas horas de folga, a maioria costuma dar um passeio até a casa das irmãs, das cunhadas, ou outros familiares; gostam de ver televisão (Faustão ganha disparado), ouvir música, ver DVD, vão a uma prainha de vez em quando, comem uma pizzazinha com a família, apreciam festas de aniversário, jogar bola e andar de bicicleta. Músicas, vários estilos: samba, arrocha, pagode, reggae, rock anos 70 e 80, pop rock e internacional romântica.

2.2 Resultados da experiência etnográfica

2.2.1 Descortinando cenários

Tão logo me instalei no bairro, o primeiro alerta que me foi dado relacionava-se ao “medo ambiente” de que fala Bauman (1998). Fui avisada que a área compreendida pelo trabalho de campo é “famosa” pelo tráfico e consumo de drogas. Tornou-se fundamental inteirar-me de algumas “senhas” para circular no local, como a senha da evitação do olhar e a do cumprimento sorridente. Quando se caminha pelas ruas, por exemplo, convém cumprimentar cordialmente o outro, tomando o cuidado de evitar o contato pelo olhar. Emprega-se estas senhas quando o outro com quem cruzamos está utilizando alguma droga na rua.

Outra senha, que aprendi caminhando pelas ruas com as(os) ACS, foi quando nos víamos na situação de atravessar o quintal de uma casa para chegar à rua paralela. Trata-se de fazer barulho para confirmar se o cão estava preso

Esse bairro surgiu nas últimas décadas do século XX, e foi um dos últimos a se formar no Subúrbio, durante o processo de produção espacial segundo a lógica capitalista. Seu relevo acidentado não representou obstáculo para os que deixaram o campo e que precisavam morar, seja no alto do morro, nas encostas, nas áreas planas ou nos brejos, cuja ocupação se deu de forma irregular.

Cada uma destas áreas apresenta algumas especificidades que as distinguem, particularmente em termos de infra-estrutura e serviços. O alto do morro é servido pela avenida principal, que liga o bairro às vias de acesso da população aos locais mais centrais de Salvador. Nessa avenida se encontram a USF, a farmácia, o supermercado, a padaria, o mercadinho das frutas e verduras, a barbearia, a mercearia, o barzinho, a Igreja Adventista do 7º. Dia e a lojinha que vende cloro para tratamento doméstico da água ou para a produção artesanal, mais em conta, da água sanitária que os moradores utilizam na limpeza pesada.

Nas encostas, as trilhas inclinadas com nome de ruas e travessas, na borda das quais as portas das casas se abrem diretamente, sem espaço para jardim ou calçada, oferecem raras e estreitas

faixas de terra disponíveis à convivência social entre moradoras(es). É das encostas que se percebe a aparência verde do bairro, coberto de bananeiras, palmeiras, mangueiras, mamoeiros, jenipapos, goiabeiras e árvores de fruta-pão e campos onde pastam cavalos e vacas. Essa aparência verde é pontilhada de tons acinzentados e marrons das casas de tijolo ou adobe.

As moradias das encostas exibem paredes externas vestidas de janelas pequenas e com grades, aberturas suficientes apenas para facilitar a ventilação mínima e evitar roubos, já que arrombadores profissionais estão entre os residentes do bairro. Das paredes externas, sem revestimento nem pintura, brotam tubos de PVC que descem, sobem, se cruzam, caminham pelas veredas, disputando com os pedestres a exígua faixa por onde caminhar.

Os vestígios da floresta que outrora cobriu as encostas coexistem com casas de pelo menos dois andares, onde lages batidas logo deixam de ser varandas abertas e fecham-se para abrigar familiares que migram das zonas rurais sob telhados ondulados tipo amianto. Esta “verticalização”, típica de bairros suburbanos populares, coloca uma dezena de moradias das encostas em situação de risco presumível de desabamento, seja porque essas novas edificações são feitas em cima de imóveis que não tiveram fundações preparadas, seja porque o solo massapé que aí predomina não é apropriado para a construção civil e se deixa levar pela erosão da chuva. O precário estado de manutenção das moradias localizadas nessa área sugere a eleição de outras prioridades na aplicação dos escassos recursos da população local, possuidora de renda mensal per capita das mais baixas da Grande Salvador⁵.

Nas áreas planas do alto, as casas são em geral maiores, aparentam ser mais conservadas, todas pintadas de várias cores. Flores, não há muitas, poucos são os quintais com vasos arranjados, floridos. A maioria das ruas destas áreas não é asfaltada, o que não impede, porém, que o caminhão recolha o lixo à frente das casas, todos os dias, privilégio não compartilhado pelas(os) moradoras(es) das encostas e brejos. Pelo fato de suas ruas serem intransitáveis, deve-se caminhar longos trechos para depositar o lixo nas caçambas. Foi possível observar que essa tarefa é feita tanto por mulheres quanto por homens, sem nenhuma discriminação.

5 De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Salvador, os 20% mais ricos do bairro ganham R\$ 223,72 por mês e os mais pobres R\$ 2,94, sendo que “um pobre [...] demoraria mais de 157 anos para acumular o que um rico [residente no bairro com a melhor renda mensal per capita] recebe em um mês” (PNUD/CONDER/ FJP/IBGE, 2007, p. 1).

O brejo, a região mais baixa do bairro, foi a última área a ser ocupada. Aqui, os esgotos correm a céu aberto em direção ao mar, formando canais sobre os quais há pontes improvisadas, regularmente reconstruídas após cada chuva pesada. Qualquer semelhança com os canais e pontes de Veneza se dilui diante de tanta pobreza. Na minha primeira ida a essa área senti-me rodeada por uma miséria mais severa do que aquela com a qual convivi nos anos em que trabalhei em países africanos, alguns sob décadas de guerra civil.

Antes de percorrer toda a área adscrita à USF, um ACS mostrou os mapas que as duas equipes – amarela e azul – haviam produzido quando a unidade começou a funcionar, conforme a diretriz da estratégia. Estava quase tudo lá: ruas traçadas, equipamentos sociais indicados, incluindo associação de moradores, rádio comunitária, igrejas, creches, escolas, pontes, e mesmo bares que servem como pontos de reunião dos profissionais da USF com os moradores. Ele contava-me a respeito de como haviam elaborado o mapa, esquadrinhando canto por canto, uma vez que o bairro não consta, por exemplo, da publicação sobre as ruas de Salvador.

Enquanto falava sobre o processo de mapeamento do bairro no início do funcionamento da USF, a todo instante o ACS insistia que se tratava de um mapa “virtual”. Na primeira saída para uma visita domiciliar, compreendi o que ele queria dizer com o termo “virtual”: se no desenho, o relevo era plano, na realidade subimos e descemos o tempo todo e, se não fosse sua ajuda, eu teria levado vários tombos.

À exceção da avenida principal, as demais ruas costumam ser largas no início e vão-se estreitando ao ponto de os pedestres serem obrigados a caminhar longos trechos em fila indiana. Quando inverna, alguns trechos ficam intransitáveis, uma vez que as águas da chuva invadem os banhados e brejos, carregando para longe as pontes improvisadas. Por exemplo, as pontes indicadas no mapa já não existiam há tempos.

A rua que atravessa imponente todo o bairro e que empresta seu nome à USF é um exemplo da virtualidade comentada pelo ACS. O que no mapa se desenha como uma grande avenida, na realidade é algo que só tem começo e fim. O meio se foi com a erosão. A USF localiza-se na esquina com essa “rua”, termo que, aliás, não faz muito sentido diante do esvaecimento do meio. Talvez essa “rua” tivesse um significado relevante se fosse um dos surpreendentes caminhos do país das maravilhas de Alice.

O bairro não dispõe de área de lazer. É para o bairro vizinho que migram os moradores e moradoras em busca de diversão. Uma pequena quadra cimentada, rodeada de barracas vendendo cerveja, refrigerantes, acarajé, abará, sorvete e carne de espeto assado no carvão, torna-se nos finais de semana palco de lazer de crianças, grupos de jovens e casais.

Percebe-se que no bairro a mobilização social é ainda incipiente. As lideranças negras locais participam de algumas instâncias de participação social, por exemplo, o movimento da juventude negra, a associação de blocos afoxé de carnaval, e o movimento a favor da implementação da Lei Maria da Penha, de enfrentamento à violência sexual contra as mulheres.

Enquanto a associação de moradores (adultos) é pouco conhecida, uma recém-criada associação cultural de crianças, adolescentes e jovens está surgindo com a finalidade de produzir lazer para crianças, adolescentes e jovens por meio de aulas de dança afro, hip-hop, canto, poesia, música, assim como penteados de tranças no estilo afro. A ênfase na ludicidade é a estratégia selecionada para a produção da consciência negra e cidadã entre as(os) residentes do bairro.

A carência de áreas de lazer constitui uma semelhança com outros bairros do Subúrbio Ferroviário. O descaso do poder central, somado à fragilidade dos poderes locais, resulta na precariedade da infra-estrutura urbana e dos serviços públicos, ou seja, na violência associada às desigualdades sócio-raciais, à qual se unem outras modalidades de violência, institucional, interpessoal ou derivada da delinquência (SOARES, 2006).

O lugar das mulheres nesses cenários de violência, às vezes é o do choro, como aconteceu com uma ACS que, instantes antes de sair para o trabalho ouviu alguém sendo linchado e esquetejado diante de sua casa, ação que se iniciou um pouco antes, no campinho de futebol.

Esse campinho, aberto e de terra batida, situa-se no cume do morro e é um espaço de circulação e de múltiplos usos. É nele que algumas pessoas fazem suas caminhadas diárias, ou que grupos de homens “batem um baba”. Várias linhas de ação podem ser criadas durante o “baba”⁶ a partir da chegada, por exemplo, de personagens cujo jogo é o do tráfico de drogas.

⁶ Conhecido também como “pelada” em outros estados do Brasil.

Nesse momento alguns deslocam seu papel, deixando de lado o de jogador para entrar no de negociador de compra e venda de drogas. Noutras vezes, deixam de lado o papel de jogadores de bola para criar um novo jogo, mortal.

No olhar de uma das moradoras a respeito da perseguição que teve início no campinho e terminou defronte a casa da ACS, tudo começou na porta de seu vizinho, um viúvo que sustenta o casal de filhos com a vendinha dentro de sua casa. Ela relatou que ele estava diante da porta escovando os dentes - “um costume do bairro, trazido da roça, pois a gente deixa a porta de casa aberta e enquanto escova os dentes troca cumprimentos com vizinhos e passantes” (Sonia, moradora) - quando um assaltante chegou. O vizinho reagiu e fez o outro correr em direção ao campinho de futebol, onde foi reconhecido, dando início à perseguição que acabou em linchamento, diante da casa da ACS.

Além do choro, outro lugar das mulheres diante da violência é o da impotência. Uma trabalhadora da USF, falando a respeito da violência cometida por grupos de extermínio formados por policiais para a “limpeza do bairro”, colocou-se teoricamente contra, mas não negou que a “justiça com as próprias mãos” resolveu o problema do bairro, pois agora é possível sair de casa à noite.

Diante da convivência cotidiana com as várias modalidades de violência, as mulheres buscam “soluções”, como esta que uma das moradoras expressou:

Eu não tenho religião, mas vou ficar feliz o dia em que meu filho, que está completando quatro anos o mês que vem, chegar pra mim e falar: “Mãe, eu vou para a igreja”. Quase todas as pessoas que conheço aqui começaram a freqüentar alguma igreja para evitar que os filhos entrassem na droga ou no crime (Jucineide, moradora).

Existe uma multiplicidade de cultos religiosos praticados na área. Além de terreiros de candomblé encontramos uma igreja católica, vários templos da Igreja Universal do Reino de Deus e vários pertencendo ao Reino das Testemunhas de Jeová. Nos dias de culto principal para cada uma dessas religiões, o movimento de pedestres aumenta, com famílias, crianças, adolescentes e pessoas adultas se deslocando, bem vestidos, com os respectivos objetos sagrados, particularmente a Bíblia.

A Bíblia é um símbolo importante no bairro, espécie de “recipiente sagrado” onde se guardam os documentos valorizados pelas pessoas. Nas visitas domiciliares, em especial as que contavam com a presença de médicas(os) e enfermeiras(os), a interação começava com os “rituais de abertura” habituais (GOFFMAN, 2007), com falas e gestos acolhedores e, ao se entrar no assunto principal, a Bíblia passava a compor o cenário assumindo uma posição central. Com raras exceções, era entre as suas páginas que se buscavam os documentos de identificação, lembretes importantes, as receitas médicas ou mesmo os cartões fornecidos pela unidade de saúde da família, seja o de marcação de consultas, seja o de vacinação ou pesagem.

Durante essas visitas domiciliares, era comum os cômodos da casa permanecerem escuros. Entretanto, percebiam-se paredes internas pintadas de amarelo, azul, branco, ou substituídas por cortinas igualmente coloridas, e decoradas por quadros com motivos religiosos ou, com menor frequência, com fotografias da família.

A televisão e o aparelho de som ocupam o lugar principal da sala de estar, e um ou outro sempre permanecem ligados durante o dia. A primeira absorve a atenção dos mais jovens ou mais idosos, enquanto o som é mais companheiro do elevado número de homens adultos que permanecem no bairro por falta de trabalho.

O desemprego dos homens se estampa nas ruas e demais espaços de circulação. Não tanto pelo fato de estarem fora de casa, uma vez que este foi por muito tempo um dos indícios de assimetria de gênero que tradicionalmente reservava o espaço público aos homens e o interior das casas às mulheres. O desemprego se projeta no modo como esses homens distraem o dia ao embalo do arrocha, música nascida nos bairros pobres banhados pelo Recôncavo; no modo de assentar o olhar num ponto distante do qual pouco ou nada se vê; no jeito de distrair o tempo consumindo sonhos e produtos que deixam os olhos vermelhos, criando galos de briga ou “batendo baba” no campinho de futebol.

Entretanto, é de ressaltar uma forma de convivência perceptível durante o dia entre grupos de homens desempregados. Muitos estão com bebês no colo, conversando sem desviar o olhar das crianças maiores que quase nunca estão paradas.

Essas cenas representam o complemento de uma outra: a do grande número de mulheres que, num ritmo regular que segue o movimento do sol, recheiam as ruas um pouco antes de ele nascer e quando ele está se pondo. É quando muitas das mulheres saem e retornam do trabalho, enfrentando um percurso de ônibus que leva em média quase duas horas. Essas mulheres que passam o dia inteiro fora – às vezes a semana toda - trabalham como diaristas, empregadas domésticas, cuidadoras de pessoas mais velhas, balconistas de supermercados, babás, vendedoras de churrasquinho na brasa, enfermeiras, para falar de algumas ocupações encontradas. Se trabalham na prostituição, “fazem isso bem debaixo do pano, em outra região, pra não serem discriminadas no bairro” (Sonia).

Algumas mulheres com filhos e filhas nem pensam em casar, outras casadas só pensam nos filhos e filhas. Todas trabalham sonhando com uma vida melhor para suas crianças, longe das drogas e do crime. Em alguns domicílios que visitei, várias vezes nos finais de semana, o trabalho da mãe com mais de quarenta anos, com filhos e filhas que lhe deram netos e netas, é o que sustenta toda uma extensa família.

A impermanência do mar para a vista de quem percorre o bairro acompanha o sobe e desce ladeira. Quanto mais alto se está na colina, mais imponente surgem as águas que banham o Recôncavo. Fonte de sobrevivência dos pescadores locais, mar de se ver, de se pescar, mas de pouco nadar porque, no bairro, nem a qualidade da água do mar é boa.

2.2.2 A USF: como comunicar?

Quando a equipe de profissionais da USF tomou ciência do tema desta pesquisa e da experiência profissional da pesquisadora, houve um interesse geral para que eu apoiasse a preparação das reuniões mensais, embora soubessem da inadequação desse tipo de demanda durante o trabalho de campo.

Uma das enfermeiras havia participado do curso à distância sobre Comunicação e Saúde, organizado pelo ISC e implementado pela Secretaria Municipal de Saúde, em 2006. De acordo com ela, o curso mostrou a necessidade de mudar a maneira de interagir com os

participantes das reuniões educativas, mas ela não tinha noção de como fazer para atuar de outro modo que não fosse a palestra.

Apesar de um acordo estabelecido, pelo qual a pesquisadora daria duas formações em comunicação para a equipe da unidade, já na primeira reunião em que fui como observadora, o acordo foi rompido quando fui chamada a intervir. Diante do grupo de mulheres, o pedido inesperado tornou-se irrecusável.

Soube posteriormente que algumas ACS convidaram usuárias e usuários para a reunião, prometendo que seria algo de diferente porque a facilitadora era uma “pessoa de fora com experiência no assunto”.

Noutras ocasiões, pediam minha opinião sobre a peça de teatro que voltariam a encenar, sobre materiais educativos que estavam sendo elaborados pelos jovens, sobre temas, dinâmicas e referências que poderiam consultar.

Este relato demonstra, por um lado, o estabelecimento de um vínculo com a pesquisadora, que facilitou a circulação pelos espaços da unidade, o acesso a documentos disponibilizados e a informações e opiniões de relevo para a pesquisa.

Por outro lado, a situação acima relatada demonstra o quão esta equipe de saúde da família está privada do acesso a conceitos e práticas relativos ao “como comunicar”.

2.2.3 Atores em ação: as(os) ACS

Logo no início do trabalho de campo deixei claro para as equipes que não importava minha presença para acompanhar de perto o trabalho das(os) ACS, o que tranqüilizou aquelas(es) que afirmaram não querer que eu as(os) acompanhasse nas visitas domiciliares. No curso da pesquisa, o provável temor de que seu trabalho fosse julgado cedeu lugar a diversos convites que permitiram que a observação das interações nas visitas domiciliares fosse realizada.

As visitas domiciliares constituem um aspecto importante da estratégia de saúde da família porque é por meio delas que se reforça o papel das(os) ACS como “elo” entre a comunidade e o sistema de saúde, perfazendo um movimento bidirecional (QUEIROZ et al., 2005; NUNES et. al., 2002). Esse movimento bidirecional não está livre de tensões, pois a(o) agente é ao mesmo tempo agente institucional e agente de comunidade, pólos de tensão que nunca chegam a ser eliminados (SILVA & DALMASO, 2002). Esta dubiedade é fruto da tentativa do novo modelo da saúde de articular o pólo técnico e o pólo político com vista a integrar as dimensões de acesso aos serviços de saúde e de cidadania.

Scott (2005) aponta uma possível dificuldade para que as equipes de saúde da família promovam, em uma perspectiva transformadora, “a mobilização e a participação da comunidade”, conforme definido pela Portaria no. 648/2006 (BRASIL, 2006). Para o autor, essa limitação se deve ao fato de sua ação estar circunscrita e focada no território. No seu entender, a territorialização pode desfavorecer demandas organizadas em torno da equidade de gênero, uma vez que:

(...) desfavorece o tratamento de segmentos da população com base em categorias sócio-demográficas específicas, entre as quais a categoria mulheres figura como a mais evidente. A comunidade, como objeto territorializado, termina por incorporar as múltiplas categorias e hierarquias naturalizadas na vivência no espaço de moradia e vizinhança (SCOTT, 2005, p. 76).

A perspectiva adotada no início da investigação se distanciou desta noção de Scott (2005), quanto ao enfraquecimento das reivindicações em favor da equidade de gênero. Acreditava-se, naquela ocasião, que o nível local teria um potencial transformador e não excluiria a participação em outras instâncias de organização e intervenção política. Porém, a análise dos resultados conduziu a uma aproximação das conclusões desse autor.

A participação da comunidade foi regulamentada pela Lei 8142/90, que definiu a criação de conselhos de saúde, com a participação de usuárias(os), para o controle social na gestão da saúde. No bairro onde foi realizada a pesquisa, a unidade de saúde ainda não conseguiu mobilizar as(os) moradoras(es) para a criação do conselho gestor. De acordo com uma técnica da unidade de saúde, com nível escolar superior,

Nós falhamos em muitas coisas. Por exemplo, quando tinha aqui a [nome], ela era animada, articulou muito para a criação do conselho gestor local, mas logo em seguida ela saiu e nós não conseguimos retomar (Marta, técnica).

Sem uma estratégia definida, torna-se difícil para as(os) ACS articularem o “pólo político” projetado para seu papel profissional. Os resultados desta pesquisa indicam que essa não é ainda uma questão trabalhada no bairro, nem nas visitas domiciliares, nem nas outras situações de trabalho observadas pela pesquisadora.

Ao acompanhar as(os) ACS nas visitas domiciliares, percebeu-se que as(os) residentes apreciam o seu trabalho. Essa impressão foi também constatada nas entrevistas, quando moradoras(es) deram depoimentos semelhantes ao de um morador homem que afirmou:

Essa(e) que vem aqui na minha porta, é excelente. Quem disser que não é, quem falar que ela(e) não faz o trabalho certo, está mentindo. Ela(e) vem aqui, entra conversa com a gente, como estamos passando, se tem uma reunião nos convida, e pergunta por que a gente sumiu do posto, se não tem alguém da família doente. Ela(e) fica aqui o tempo que for necessário, uns 05, 10 minutos, de acordo o ritmo da conversa. É que uma coisa aqui ... a gente conversa rápido, entra aqui é oi, tudo bem, assim, assim, não tem negócio de puxar conversa. Conversa uma coisa, o necessário (Vitor, morador).

Observou-se também que a presença das(os) ACS fica mais obscurecida quando profissionais de nível escolar superior participam das visitas. Estas são consideradas como “visitas de supervisão”, mas os resultados do estudo indicam que nem sempre há ocasião para se orientar as(os) agentes, seja na visita, seja na unidade de saúde.

Um dos aspectos que mais chamou a atenção foi que as(os) ACS fazem menos gestos durante as visitas domiciliares do que era esperado. É comum terem as mãos sempre ocupadas segurando os papéis e preencherem fichas enquanto interagem com as(os) residentes. Às vezes fazem perguntas e escrevem as respostas, sem olhar para a pessoa com quem conversam. Neste sentido, sua forma de comunicação se aproxima das interações analisadas em situações de consultas médicas por Adam & Herzlich (2001), Hall Et Al. (1994), Mishler (1984) e Wasserman & Inui (1983).

Das interações nos bastidores da unidade, onde se observaram distintos esquemas de percepção quanto aos padrões dominantes de gênero, é de ressaltar uma situação: pela manhã, enquanto algumas pessoas tomavam café na cozinha, uma(um) enfermeira(o) comentou, a propósito de um gestor do campo da saúde, que achava “um absurdo um homem que trabalha na saúde ter cabelo comprido”. Imediatamente um ACS reagiu:

ACS - Gostei da indireta.

Enf - Não, não é com você, estou falando de [pausa] de um representante...

ACS - Mas eu também sou um representante na área da saúde, represento minha comunidade, este cabelo comprido é como usamos na minha comunidade. As pessoas têm de respeitar o jeito de ser das pessoas, suas culturas.

Na USF onde a pesquisa foi realizada, dois agentes homens possuem cabelos compridos, e não sem motivo. Para um deles, a manipulação de seus *dreads* é parte de um processo de construção da identidade negra, tal qual nos fala Gomes (2003). Para o outro, o uso de um rabo de cavalo na nuca é também uma forma de desconstruir o estereótipo dominante de homem. Ambos trazem, para o interior da USF e de suas práticas no bairro, o corpo como suporte de novos discursos, de outros *displays*.

2.2.4 Atores em ação: as(os) residentes

Durante o trabalho de campo, morei em uma casa localizada na área da pesquisa. A maioria das(os) profissionais da unidade de saúde sempre comentava que a rua onde residi estava situada em uma das áreas mais perigosas do bairro. No entanto, a maior parte do tempo me senti “segura” porque, depois de uma semana, todas as pessoas da rua me conheciam, abanavam a mão para me cumprimentar, me chamavam para tomar cafezinho, perguntavam se estava tudo bem e se eu iria à suas casas para conversar.

As pessoas que entrevistei eram indicadas, convidadas por outras. Nas festas de aniversário sempre apresentavam alguém que também queria ser entrevistada. Algumas moradoras inclusive se prontificaram a marcar os horários das entrevistas, conforme a disponibilidade da(o) entrevistada(o).

Mais da metade das moradoras mulheres terminou o segundo grau escolar. Com exceção de uma, que faz curso técnico de enfermagem, a maioria trabalha fora, várias como empregadas domésticas ou diaristas, uma como encarregada dos serviços gerais em uma empresa, outra como vendedora. Uma delas está desempregada e outra trabalha em casa, como manicure. Entre os sonhos das moradoras entrevistadas estão os de voltar a estudar, ensinar, ver filhas(os) com uma vida melhor, casar e ter um marido compreensivo ao lado.

Algumas moradoras mulheres afirmaram que nas visitas domiciliares e nas reuniões de planejamento familiar as(os) ACS conversam mais sobre os métodos anticoncepcionais e a prevenção do câncer de colo uterino, e que se fala mais do preservativo para a prevenção do HIV/aids e outras DST nas ações educativas. Nas palavras de uma das moradoras,

As palestras são ... eh, é, comé, planejamento familiar, né? Pra num engravidar e num querer engravidar mais, todas essas coisas de doenças sexualmente transmissíveis, né? Se as pessoas num têm condições de ter mais de um filho, essas coisa assim. Coisas sobre fam..., filho mesmo, gravidez é isso, é muito isso (Jucineide, moradora).

No entanto, muitas delas responderam que raramente estão em casa no horário dessas visitas porque trabalham fora, geralmente em locais distantes do bairro. É também por esse motivo que quase não vão às consultas na USF, exceto durante a gravidez.

As(os) moradoras(es) deram a impressão de sentir orgulho em participar da pesquisa. Algumas disseram que gostariam de estar presentes na defesa e outras solicitaram uma cópia do trabalho porque gostariam de ler. Apenas um morador homem pediu para interromper a entrevista quando as perguntas passaram a abordar questões em torno da sexualidade.

No convívio com moradores homens, foi possível perceber uma regra local: sempre que recebem a visita de uma mulher, mantêm a porta da casa aberta e providenciam para que ela se sente em um lugar de onde possa ser vista pelas pessoas vizinhas. De acordo com algumas moradoras, esta é uma forma de evitar que “os outros” pensem que ele está com outra mulher enquanto a esposa trabalha fora.

Foi sobretudo nas entrevistas com alguns moradores homens (assim como nas conversas com ACS homens) que a questão da violência contra as mulheres foi mais comentada. Este é um problema que, na visão dos homens que participaram da pesquisa, ainda está presente no bairro. Contudo, um dos resultados deste estudo foi a percepção de que ninguém interfere em “brigas de marido e mulher”, sejam ACS ou residentes, e que as mulheres ainda têm maior dificuldade para falar do assunto, em comparação aos homens.

De acordo com os resultados da pesquisa, as(os) residentes não se sentem vivendo em uma comunidade, pois diversos depoimentos mencionaram o que disse este morador:

Aqui é cada um por si, aqui ninguém ajuda ninguém, não há união, não tem esse negócio não. Aqui ninguém é assim, vamos reunir, fazer abaixo assinado, esse negócio (Alberto, morador).

Semelhante desunião concorre para dificultar a “participação da comunidade” mencionada anteriormente. Das pessoas entrevistadas, algumas sabem que existe uma associação local de moradores, mas ninguém participa das reuniões, nem mesmo quem chegou a receber a cesta básica que era entregue antes das últimas eleições municipais.

A associação de moradores passou a abrir suas portas para as ações educativas organizadas pela USF, após negociações entre a diretoria da associação e a comissão de gestão da unidade. Porém, como afirmou uma profissional,

Conseguimos envolver os que têm alguma doença (hipertensos, diabéticos, que são pessoas mais velhas), mas trazer mulheres e adolescentes é uma dificuldade (Marta, técnica).

A partir dos resultados da pesquisa, pode-se afirmar que, no bairro onde se realizou este estudo, a estratégia de saúde da família pouco responde às necessidades das mulheres chefes de família que trabalham diariamente, em geral em locais distantes do bairro, sem registro de trabalho e sem direito a dispensa médica. Considera-se que este é um importante viés de gênero da estratégia, portanto, um desafio a superar. Além de formações e supervisões mais efetivas, talvez fosse possível definir ações de comunicação que instaurassem processos de conversações coletivas sobre o que seria necessário mudar para que essa estratégia ao menos acompanhasse as mudanças nas relações familiares e de trabalho que estão ocorrendo.

3 Artigo 1 - Era uma vez cinco calcinhas no varal: *displays* de gênero em território urbano de ação de ACS

Resumo

Este artigo, derivado de um estudo etnográfico, discorre sobre discursos e *displays* de gênero observados em frações de comunicação interativa entre profissionais da estratégia de saúde da família e residentes de um bairro popular de Salvador. *Displays* de gênero, termo goffmaniano, é utilizado para referir formas impregnadas de gênero nos modos de se expressar. O objetivo do artigo é analisar como esses discursos e *displays* operam a construção dos gêneros nesse território, seja na direção de transformar, seja na de dar continuidade às relações assimétricas entre mulheres e homens, contribuindo, ou não, para a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

Partiu-se de dados produzidos por meio de entrevistas com profissionais da saúde da família, em especial as(os) agentes comunitárias(os), e moradoras(es) do bairro, e por intermédio da observação das “disposições de gênero”, apresentadas em posturas do corpo, gestualidades e falas projetadas em situações de interação, assim como dos *displays* de gênero percebidos em varais de casas, em corpos tensos, em cartazes e cenas do bairro. Essa observação participante ocorria enquanto a pesquisadora acompanhava as visitas domiciliares e demais atividades das(os) profissionais da unidade de saúde da família local.

Os resultados da pesquisa indicam que os discursos e *displays* de gênero de residentes do bairro e de profissionais da saúde da família se movem na direção de reforçar os *habitus* que tendem a dar continuidade à assimetria de gênero nas relações entre mulheres e homens. Considerando que essa assimetria é um dos fatores associados à vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, conforme análises no campo da Saúde Coletiva, é possível interpretar que os discursos produzidos nas interações de profissionais da saúde da família com residentes do bairro deixam de ir ao encontro de políticas e programas voltados para reverter a tendência de expansão da aids entre as mulheres.

Palavras-chave: comunicação interpessoal, interação, agentes comunitárias(os) das equipes de saúde da família, gênero, mulher e HIV.

Abstract

This article is about gender discourses and displays that were observed during strips of interactive communication between professionals of the family health strategy and people living in a popular neighbourhood of Salvador city. Gender displays, a Goffman's concept, refer to gender impregnated forms of expression. Its objective is to analyze how these discourses and displays operate in the construction of the gender relationships at that territory, either to transform or to reproduce the asymmetry between women and men, contributing, or not, to the reduction of women's vulnerability to the HIV and AIDS epidemics.

The data here analyzed were generated by interviews with family health professionals, especially the community-based ones, and the neighbourhood residents, and by observation of "gender dispositions" in body postures, gestures and speeches projected during interaction events, as well as observation of gender displays that have been perceived on wires of clothing, on tense bodies, on wall posters and in several neighbourhood scenes. The participatory observation took place during home visits and other activities organized by the local family health professionals, where the researcher participated in.

Research findings indicate that the gender discourses and displays of the neighbourhood, their residents and family health professionals tend to reinforce the *habitus* that reproduce gender asymmetries in the relations between women and men. Taking into consideration that this asymmetry is associated to women's vulnerability to HIV/AIDS, as proved by studies in the area of Public Health, one can say that gender discourses and displays projected in interactions involving family health professionals and residents do not much contribute to the implementation of policies and programmes aiming at reversing the trend of the epidemics expansion among women.

Key words: interpersonal communication, interaction, family health community-based agents, gender, women and HIV.

3.1 Introdução

Este artigo, baseado nos achados de um estudo de cunho etnográfico, tem o objetivo de analisar como a construção do gênero e da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids é operada por discursos enunciados em interações de agentes comunitárias(os) de saúde (ACS) com residentes de um bairro popular de Salvador.

A prevenção para o enfrentamento da expansão da aids entre as mulheres deve ir além das mensagens centradas no uso do preservativo (ROSO, 2000), ou seja, deve ultrapassar a noção de prevenção como dever individual e adotar a noção de prevenção como direito coletivo (AYRES et al., 2003; MANN & TARANTOLA, 1996; PAIVA et al., 2006). A decisão de usar o preservativo não é nem individual, nem apenas baseada em conhecimentos, mas, sim, influenciada por normas sociais e sexuais (BERER, 2007).

A já tradicional noção de prevenção da aids, como direito e dever exclusivamente individual, está impregnada do modelo informativo de comunicação influenciado pela teoria da *Mass Communication Research*, cujo foco está na relação unidirecional de transmissão de mensagens, dos agentes emissores para as audiências receptoras (RANGEL, 2005). Desta corrente de pesquisa surgiram várias teorias, mais simplistas ou mais complexas, mas sempre considerando a comunicação como um sistema de mão única, centrado na agência do emissor que utiliza códigos, mensagens e canais para provocar efeitos específicos nas audiências, consideradas passivas, a - críticas, espectadoras, meras receptoras.

Esse modelo informativo é o que tem servido de referência para as ações de comunicação ativadas com o aparecimento da aids, que se concentram na disseminação de informações sobre a doença e as maneiras de preveni-la.

As informações sobre a aids, disseminadas nos discursos da mídia televisiva e impressa associaram, no início, aids com homossexualidade. Esses discursos se infiltraram de tal modo no imaginário médico e leigo que contribuíram para expor as mulheres heterossexuais e monogâmicas ao vírus HIV (NATANSOHN, 2000). Estas, e principalmente seus parceiros, se

apoiaram naquelas informações para justificar a não incorporação das informações sobre como se prevenir da infecção.

Quando as análises epidemiológicas derrubaram os argumentos sobre a vinculação entre homossexualidade e aids, as mídias atualizaram as informações sobre a doença. Porém, para divulgar o uso do preservativo como uma prática sexual mais segura para se evitar a infecção pelo HIV, elas mantiveram o mesmo referencial teórico, ou seja, o modelo de comunicação linear e bipolar. Com isso, os elevados investimentos governamentais em campanhas de prevenção da aids, nas últimas três décadas, não tiveram o efeito de provocar as mudanças de comportamento esperadas, ou seja, o aumento do uso do preservativo nas relações sexuais de mulheres com homens (PARKER, 2000, 2002). No entanto, ressalte-se que essas mudanças foram observadas nas relações sexuais não estáveis entre jovens (TEIXEIRA et al. 2006).

Paulilo (1999) e Roso (2000) analisaram a comunicação para a prevenção da aids e assinalaram a fragilidade da lógica racional que habita o modelo de comunicação linear. A primeira insiste na necessidade de descartar não apenas essa lógica racional, como também “os discursos impositivos e as soluções generalizadoras e absolutas” (PAULILO, 1999, p.222).

De acordo com Natansohn (2004), a produção teórica contemporânea, inclusive no campo da Comunicação e Saúde, pontua a necessidade, tanto de se superar a já velha dicotomia “emissor-receptor”, quanto de se deslocar o olhar dos pólos para os interstícios. Pitta (1998) foi uma das pioneiras a analisar a comunicação para a prevenção da aids na perspectiva de um modelo comunicacional que dava visibilidade à pluralidade de vozes produzidas nos interstícios. Partindo das atividades de prevenção da aids realizadas por organizações não governamentais e movimentos sociais na cidade de Salvador, sua análise chegou “às redes submersas e silenciosas [...] que também compõem com seu silêncio a matriz de compreensão e representação da aids” (PITTA, 1998, p. 12).

Outras críticas ao modelo de comunicação linear, influenciado pela *Mass Communication Research* (MARTÍN-BARBERO, 1994; I. ARAÚJO, 2003-2004), afirmam que uma de suas maiores limitações reside no fato de ele eliminar a polifonia social e a dimensão da vida cotidiana como espaço de produção de sentidos. Ao fazê-lo, tal modelo acaba despolitizando

o campo da comunicação e tratando como unicamente técnico um campo mediado por relações sociais de poder.

Dentre as relações de poder que mediam o campo da comunicação estão aquelas que produzem e reproduzem a assimetria de gênero, em conformidade com a visão dominante que, de acordo com Bourdieu (2003), é “androcêntrica”. A assimetria de gênero é um dos fatores determinantes da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids (BARBOSA, 2000; BASTOS, 2001; HEILBORN, 2003; HEILBORN & GOUVEIA, 1999; PAIVA, 2006). Na produção da “aids anunciada” (PAZ, 2007) não está incorporada a crítica a essa assimetria feita, sobretudo, pelas teorias feministas.

Os discursos da mídia sobre a prevenção da aids têm sido refratários às críticas, tanto ao modelo de comunicação bipolar, quanto à assimetria de gênero. Neste sentido, não têm contribuído para fortalecer as ações voltadas à redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

Com relação à vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, as análises de Mann & Tarantola (1996) estão entre os aportes teóricos para este artigo. Esses dois autores importaram o conceito de vulnerabilidade do campo do Direito para o da Saúde e, assim, reforçaram a necessidade de as ações de prevenção do HIV/aids centralizarem seu foco no contexto sócio-político-cultural e não no indivíduo, tal como é sinalizado igualmente por vários pesquisadores no Brasil (AYRES et al., 2003; PAIVA, 1994; PAIVA et al., 2006). Esse conceito constitui um referencial teórico para se analisar fatores de distintos níveis e magnitudes – como a comunicação e o gênero –, cuja articulação pode tanto aumentar como reduzir as possibilidades de se proteger da infecção pelo HIV. Ele permite identificar e compreender, portanto, as razões pelas quais algumas pessoas ficam em situação de maior vulnerabilidade diante do HIV e da aids do que outras.

Com o referencial do conceito de vulnerabilidade, surgiu a possibilidade de as intervenções relacionadas com a prevenção do HIV/aids superarem o horizonte normalizante que até então as limitava. No entanto, a mensagem mais comum na comunicação para a prevenção da Aids continua a ser “Use Camisinha (masculina)” ou “Vista-se!”.

Acredita-se que com essas mensagens, associadas ao modo normativo de comunicar, seja quase impossível de se efetivar em contextos onde se mantém a visão dominante da suposta “naturalidade” da assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres. Neste sentido, o desafio levantado por Barbosa há quase uma década - de superar a armadilha do sexo negociado embutido na fórmula mágica da negociação sexual como estratégia de proteção contra a infecção pelo HIV - ainda se mantém (BARBOSA, 1999; 2000; VILLELA, 1999; VILLELA & MONTEIRO, 2005).

No artigo são analisados aspectos desses discursos que apontam para a permanência ou para a mudança da assimetria de gênero, tendo como referência a vasta literatura sobre a relação entre a assimetria de gênero e a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids (AYRES et al. 1999; BARBOSA, 1999, 2000; GUPTA, 2000, 2002; GUPTA & WEISS, 1996; HEILBORN, 1999; VILLELA, 1999; VILLELA & BARBOSA, 1996). Com base nesse referencial teórico e a partir dos resultados da pesquisa, procura-se refletir se, ao interagirem com as(os) residentes, as(os) ACS estão ou não contribuindo para a implementação de políticas públicas voltadas para a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

Este artigo pretende contribuir para o campo da Comunicação e Saúde, em construção na Saúde Coletiva. Argumenta-se que os discursos produzidos nas interações cotidianas entre ACS e residentes do bairro operam para a permanência da assimetria de gênero e que a possibilidade de virem a contribuir para a redução da vulnerabilidade ao HIV/aids dependerá de mudanças na Estratégia de Saúde da Família, principalmente na formação das(os) profissionais em conteúdos de comunicação e de gênero.

3.2 Referencial Teórico

3.2.1 Gênero

O marco teórico para explorar o gênero como um princípio de organização social baseia-se em autoras feministas cujas análises pontuam que adotar a abordagem de gênero não se restringe somente à descrição das diferenças entre mulheres e homens (AQUINO, 2006; HEILBORN, 2003; HEILBORN & SORJ, 2002; SCOTT, 1990).

O gênero como categoria de análise emergiu com as críticas feministas às abordagens que justificavam a assimetria de poder, entre mulheres e homens, a partir das diferenças aparentes na anatomia sexual. Esse conceito veio, então, para contestar esse suposto “alicerce biologicamente determinado” que serviu (e serve) para construir socialmente a relação hierárquica entre mulheres e homens, onde às mulheres está reservada a condição de “ser reprodutivo” e a posição de “ser inferior ao homem” (SCOTT, 1990; HEILBORN & SORJ, 2002).

A produção sobre gênero no Brasil e no mundo é vasta. Ciente de que, diante da complexidade e das construções multifacetadas relativamente ao gênero, é necessário priorizar concepções que norteiem as análises dos discursos sobre gênero produzidos nas interações comunicacionais, a perspectiva adotada no presente estudo se aproxima das abordagens de Heilborn (2003), Heilborn & Sorj (2002), Scott (1990), Bourdieu (2003) e Goffman (1976, 1977) a respeito dos efeitos da socialização dos gêneros nos corpos e suas expressões.

Ao se referir à construção social dos sexos, Heilborn (2003) chama a atenção para a busca de um equilíbrio entre o reducionismo fisicalista, que advoga a diferença natural entre os dois sexos, e o reducionismo sociológico, que explica o corpo apenas pela sua dimensão simbólica e cultural. No entender da autora, da mesma forma que os corpos são postos em marcha por aparatos e metabolismos específicos da biologia, eles se projetam expressando processos de socialização que obedecem a prescrições de gênero e de classe social, histórica e culturalmente circunscritas.

Com esta afirmação, a autora parece responder antecipadamente a uma das preocupações de Aquino (2006), para quem um dos desafios para as pesquisas sobre gênero na área da saúde é considerar que “os aspectos biológicos não podem ser tratados tão somente em sua dimensão simbólica e cultural” (AQUINO, 2006, p.128).

De acordo com Heilborn & Sorj (2002) a mudança na percepção dos sexos como diferentes e opostos esteve associada à instauração do liberalismo político, quando a diferença social entrou para o ideário dominante como inscrita em dois diferentes tipos de corpos – o corpo da mulher e o corpo do homem - e, portanto, como alicerce para a distinção entre os gêneros.

Gênero é um conceito ao mesmo tempo polissêmico e polêmico. Polissêmico porque projeta vários significados, a depender do marco teórico que inspira sua definição, tais como o patriarcalismo, o marxismo e a psicanálise, segundo a classificação feita por Scott (1990). Polêmico porque, mesmo no interior das teorias construtivistas, há divergências. Em algumas análises, gênero refere-se a uma categoria analítica imposta a um corpo *a priori* sexuado, ao passo que noutras, o próprio corpo sexuado é efeito do discurso de gênero (BUTLER, 2003; HEILBORN & SORJ, 2002; VANCE, 1995).

Uma das explicações da dificuldade em adotar o enfoque de gênero numa perspectiva que ultrapasse a análise da diferença binária foi apresentada por Scott (1990). Na concepção da autora, gênero é, por um lado, definido como uma construção social baseada em diferenças percebidas entre os sexos. Porém, enquanto categoria analítica, gênero se torna mais poderoso quando é considerado uma forma primária de significar relações de poder, ou seja, quando faz transparecer como o discurso político faz uso de termos “generalizados” com o propósito de significar o que é “feminino” e “masculino” e de criar relações de oposição e hierarquias percebidas como “naturais”.

Um exemplo de como o conceito de gênero se traduziu em políticas concretas, ou de como gênero é uma construção social das políticas de poder na sociedade, se verifica na priorização da saúde materno-infantil, na relação “naturalizada” entre reprodução e gênero, e no pressuposto da heterossexualidade “natural”. Lembrando as análises de Foucault (1976) sobre o dispositivo da sexualidade, a heterossexualidade “naturalizada” e, portanto, compulsória foi uma das formas criadas pelo biopoder, isto é, a tecnologia de poder que, instaurada no século XIX, tornou-se a política de controle sobre a vida. As análises de Foucault não fazem referência ao termo “gênero”, mas fornecem elementos para se compreender porque a percepção dos sistemas sociais opressivos se tornou obscurecida a partir do momento em que “o sexo” foi politicamente instituído. De acordo com o autor, o biopoder instituiu “o sexo”, que passou a ser usado para atribuir às mulheres uma suposta “vocação natural” para os cuidados da casa, com a função subordinada de gerar filhos para a família e para o Estado.

De outra perspectiva, mas igualmente chamando a atenção para a dissimulação da produção social do dimorfismo dos sexos e dos gêneros, estão as análises sobre como o gênero pode se expressar na comunicação interativa, em Bourdieu (1994, 2003), Tannen (1996) e Goffman (1976, 1977).

Ao analisar a dominação masculina, Bourdieu (2003) afirma que o poder simbólico concorre para a produção dos *habitus* que mascararam a sujeição dos atores sociais às relações de poder. O autor entende por *habitus* os esquemas de percepção e ação incorporados ao longo de um trabalho social, ou processo de socialização. Ao produzirem *habitus* conformes à visão androcêntrica dominante (BOURDIEU, 2003), esses processos de socialização também tentam manter a permanência da produção social de corpos - seja de mulher, seja de homem - e de dois gêneros, o feminino e o masculino.

De acordo com o autor, essa produção social e diferencial dos corpos, dos órgãos sexuais e dos seus usos legítimos, é fruto de um longo trabalho coletivo ideológico de construção simbólica e prática. Essa construção opera com regularidade uma transformação profunda e duradoura dos corpos, uma espécie de “somatização das relações de dominação” (BOURDIEU, 2003, p. 33-34), produzindo um artefato social - o homem viril ou a mulher feminina – que se reveste das aparências de uma lei da natureza. Essa construção social não se faz através de uma ação pedagógica explícita, mas é o efeito “quase automático” de uma ordem social que assinala às mulheres os lugares inferiores que devem ocupar, “ensinando-lhes a postura correta do corpo (por exemplo, curvadas, com os braços fechados sobre o peito, diante de homens respeitáveis)” (BOURDIEU, 2003, p. 34).

Bourdieu utiliza o termo *habitus* ou disposição com os sentidos de uma maneira de ser, ou de um estado habitual do corpo, ou inclinação que fazem com que as práticas se tornem “automáticas e impessoais, significantes sem intenção de significar” (BOURDIEU, 1994, p. 72). Por isso mesmo, Bourdieu entende que tais práticas, ou “condutas ordinárias”, se prestam a uma decifragem, razão pela qual sua teoria é um referencial teórico para esta investigação, que pretende interpretar falas, interjeições, tonalidades, mas também posturas, palavras e gestos dos atores em comunicação.

Segundo Bourdieu, as relações interpessoais não são relações de indivíduo a indivíduo, ou de confrontação singular entre dois agentes particulares, até por que a interação nunca reside inteiramente na interação. O autor afirma:

As práticas mais estritamente voltadas, na aparência, para as funções de comunicação pela comunicação [...] estão sempre orientadas também para as funções políticas e econômicas. [...] A recepção (e, sem dúvida, também a emissão) depende [...] da estrutura das relações entre as posições objetivas dos agentes em interação na estrutura social [dentre elas as relações de poder e de autoridade] estrutura esta que comanda a

forma das interações observadas numa conjuntura particular (BOURDIEU, 1994, p. 52 e 53).

Para Bourdieu, as interações não estão isoladas das relações de força simbólica e de força política, que perpassam os *habitus*, “sem dúvida pressentidos a partir de índices imperceptíveis da *héxis* [postura] corporal” (BOURDIEU, 1994, p. 74).

No conceito de *habitus* está presente, portanto, um corpo que somatiza as relações sociais (HIRATA, 1999). Neste sentido, é provável que a assimetria de gênero se manifeste em gestualidades e falas durante a interação social. No entanto, algumas dessas enunciações podem, “inesperadamente” e sem intenção, contrariar as regras do jogo e trazer novas cartas à mesa.

Em Bourdieu (1994), o *habitus* é uma categoria polissêmica. Definido como um “princípio gerador duravelmente armado de improvisações regradas” (BOURDIEU, 1994, p. 65), o *habitus* contempla, de um lado, o princípio da continuidade e, neste sentido, refere-se a um corpo socializado, estruturado, que incorpora o “sistema de disposições passado”. Por outro lado, o *habitus* embute também outro princípio gerador, o das transformações, que se refere à produção de uma resposta singular a alguma circunstância, cujos detalhes – um gesto, uma palavra – permitem perceber a ocorrência de uma transformação ou alteração.

No campo da saúde, algumas expressividades podem contrariar discursos oficiais como, por exemplo, os que apresentam diretrizes para a redução da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids (Política Nacional da Saúde da Mulher, 2004; Programa Nacional de Combate à Feminização da Aids, 2007). No campo social mais amplo, falas e gestos inesperados podem inclusive desobedecer às regras do jogo da dominação de gênero e anunciar o seu diluimento.

Na presente proposta, a investigadora associa a categoria analítica de gênero ao conceito de *habitus*, apreendido no seu duplo movimento de permanência e de transformação, a fim de elaborar a noção de “disposições de gênero”, que se pretende utilizar na pesquisa.

A noção de “disposições estruturadas de gênero” indicará atitudes, posturas do corpo, gestualidades e falas conformes às regulamentações do gênero e observáveis mediante a somatização do que a sociedade considera “masculino” e “feminino”, tais como: para a mulher, gestos delicados, tom de voz baixa, pouca assertividade e curiosidade, postura

inclinada e cabisbaixa, dentre muitos outros; para o homem, gestos e falas diametralmente opostos aos da mulher. Similar e inversamente, serão referidas como “disposições transformadoras de gênero” as enunciações mediante as quais se exprime a desobediência àquelas regulamentações, pela problematização ou alteração em relação aos padrões tradicionais de gênero.

3.2.2 Comunicação interpessoal e construção de gênero

Os aportes teóricos relativamente ao campo da comunicação interpessoal derivam da obra de Goffman (1970, 1974, 1976, 1977, 1981, 2007), de quem se traz os conceitos de interação e de *displays* de gênero, assim como da teoria de Bourdieu (1994, 1996, 2003, 2004), e seu conceito de incorporação de *habitus*. Ambos se referem às expressividades na comunicação: Goffman reconhece nos *displays* de gênero o “peso das estruturas”, enquanto Bourdieu fala do trabalho social de construção das posturas e demais dimensões dos *habitus* nos contextos de dominação masculina. Neste sentido, os *habitus* encravados nos corpos e nos esquemas de percepção e ação são, neste artigo, vistos como discursos.

Goffman (1981) considera que um elemento significativo no contato face a face é aquilo que se pode ver, além de apenas se ouvir. O autor entende que somente por meio do olhar pode-se distinguir com quem alguém fala, em meio aos demais participantes e aos outros que se acham no local e que não participam diretamente do encontro. É o caso das visitas domiciliares empreendidas pelos ACS, onde foi possível perceber a existência de uma relação complexa e pouco explorada, onde alguém fala para muitos, dirigindo-se apenas a uns e não a todas(os) que, todavia, escutam e vêem. A existência desses diferentes “tipos de ouvintes” chama a atenção para quem está nas franjas da cena.

Levando em conta essa complexidade, Goffman (1981) sugere deslocar a análise para a situação social na qual o encontro acontece, isto é, para “a completa arena física na qual as pessoas presentes podem ver e ouvir umas às outras” (GOFFMAN, 1981, p. 136), arena em que as palavras, ao invés de serem apenas parte de uma conversação, são parte de uma ocasião onde outros aspectos, além da fala, estão sendo produzidos.

Para analisar discursivamente a categoria gênero, além dos aportes de Bourdieu e Goffman, também foram fecundas as reflexões de Tannen em seu livro *Género y Discurso* (1996), onde a autora analisa a categoria de estilo conversacional. Neste livro, Tannen afirma que “o exame das operações do estilo conversacional na interação pode ajudar a explicar como a dominação se cria realmente na interação” (TANNEN, 1996, p. 22) e que, justamente por essa razão é que a interação é importante de ser analisada. De acordo com a autora, descrever as diferenças identificadas nos estilos conversacionais de mulheres e homens não significa afirmar que elas sejam determinadas biologicamente. Pelo contrário, Tannen argumenta que as fontes de diferenças de poder relacionadas com o gênero não são apenas lingüísticas, considerando que a socialização, ou experiência cultural, é a principal influência formadora dos modelos impregnados de gênero nos modos de falar.

Ao analisar os estilos conversacionais, Tannen (1996) avança o conceito de “duplo vínculo de comunicação”, ao qual se recorre para analisar a relatividade das estratégias lingüísticas sob várias óticas, uma das quais se refere à noção de “duplo vínculo de comunicação” ou “*continuum* semelhança/diferença”. Este *continuum* semelhança/diferença é um dos referenciais utilizados para a análise sobre como o gênero se faz presente nos discursos de ACS e residentes, mulheres e homens, que participaram da pesquisa. Nesse *continuum*, algumas falas apresentam ao mesmo tempo o sentido de que “você é como eu”, ou seja, somos semelhantes, assim como o de que “você não é como eu”, que remete à diferença.

O autor ao qual se recorre para a análise dos resultados da pesquisa, no que se refere à comunicação interpessoal, é Goffman (1979, p. 9) que, analisando *displays* de gênero, sustenta que qualquer cena é uma ocasião para palavras e gestos descreverem uma “multiplicidade de ‘genderisms’⁷, ‘expressões’ de feminilidade (ou masculinidade)”. Na opinião do autor, além de exprimir a dominação masculina e a submissão feminina, essas “expressões” de “genderisms” nos contam que a função social desses signos consiste em entreter a expectativa de que a assimetria de gênero se assenta na natureza.

As ferramentas analíticas fornecidas por Goffman (1970, 1974, 1976, 1977, 1981, 2007) são apropriadas a este estudo, uma vez que, ao viabilizarem a apreensão de componentes expressivos das interações, permitem analisar expressividades e impressões, relativamente a

⁷ ‘Genderisms’ no texto original.

gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids, produzidas no cotidiano de algumas das atividades de uma unidade de saúde da família.

A partir da obra de Goffman, para quem um encontro produz várias interações, buscou-se de recortar e analisar as interações consideradas significativas para os propósitos deste estudo, particularmente aquelas das quais se depreenderam alguns *displays* de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids.

Ao se dedicar ao estudo do micro-ordinário, Goffman dá prioridade ao “olhar” quando se propõe analisar a maneira de mulheres e homens estarem “juntos e separados”, como faz em seu livro *The Arrangement Between The Sexes* (1977), onde afirma:

O campo interacional oferece recursos expressivos consideráveis e, seguramente, é neste espaço que vão se projetar as aquisições e crenças dos participantes. É aqui que a realidade de classe sexual se dá a ver, na organização mesma da interação face-a-face, pois é aqui que as representações da dominação sexual podem ser utilizadas para determinar quem decide, quem leva e quem segue. De novo, estas cenas não permitem tanto a expressão de diferenças naturais entre os sexos quanto a produção desta mesma diferença (GOFFMAN *apud* WINKIN, p.60).

É nesse sentido que esta pesquisa privilegiou recursos do método etnográfico como procedimento metodológico explicitado a seguir.

3.3 Procedimentos metodológicos

Em um movimento de aproximação à teoria de Goffman, a pesquisadora buscou olhar de perto e por longos tempos a realidade social, por meio da observação participante de como acontecia o processo de comunicação, atenta aos índices mais sutis e mais fugazes das interações sociais. O estudo buscou as relações sociais que subjazem a uma determinada situação interacional, ou seja, observou não somente o que era dito, como também os recursos utilizados, tais como entoação, gestualidade, expressão facial e *hexis*⁸ corporais, como uma espécie de cartografia da comunicação interpessoal.

⁸ *Hexis* ou posturas corporais.

A pesquisadora acompanhou o trabalho diário de equipes de saúde em um bairro popular de Salvador, para apreender como se dá a produção e reprodução social das relações de gênero e da vulnerabilidade ao HIV/aids através do discurso criados nas interações entre profissionais da saúde de uma USF e pessoas que residem no território adscrito a essa unidade, principalmente nas visitas domiciliares.

A sigla ACS identifica trabalhadoras(es) de equipes de saúde da família que concordaram em que a pesquisadora as(os) acompanhasse durante as visitas domiciliares. O termo “residente” refere-se a moradoras e moradores do bairro que participaram da pesquisa, principalmente enquanto atores observados durante as visitas domiciliares. Residentes e ACS também foram entrevistadas(os) ao longo dos trabalhos de campo.

No início do trabalho de campo, foi necessário aprender a olhar e não apenas ouvir ou falar. Nas primeiras visitas domiciliares, principalmente durante uma campanha de vacinação, os momentos de silêncio chegavam a incomodar a pesquisadora, ao ponto de querer iniciar uma conversação.

Com o roteiro de observação e as referências teóricas, mais o olhar, o papel e o lápis, foi possível registrar as cenas e cenários analisados a seguir. Neste artigo também se analisam os discursos produzidos nas entrevistas, a partir de um roteiro semi-estruturado.

É de ressaltar, ainda, que os discursos analisados foram reunidos em função das interpretações da pesquisadora, dentro de uma perspectiva ética, e não êmica. Assim, um dos limites da metodologia utilizada é não ter sido feito o controle crítico, pelas pessoas que participaram do estudo, às interpretações da investigadora, como proposto e realizado por Tannen (1996).

Este artigo, portanto, representa a interpretação, desde uma perspectiva ética, de categorias que foram acessadas por meio de entrevistas, cujas perguntas partiram de um roteiro semi-estruturado, bem como da observação das interações, cujo roteiro serviu como guia para o olhar.

Optou-se, neste artigo, por trabalhar com as categorias empíricas de “mulher” e “homem”, embora se reconheça a necessidade de que os estudos ultrapassem a fixidez dos discursos

binários da biomedicina moderna e da heterossexualidade compulsória, para incorporarem as diversas formas de estar no mundo que ganharam visibilidade na contemporaneidade.

3.4 Resultados e Discussão

Na análise dos resultados apresenta-se, em primeiro lugar, o ideário relativamente ao gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids, delineado a partir das respostas dadas pelas pessoas entrevistadas nesta pesquisa. Este será o pano de fundo contra o qual serão interpretados, em segundo lugar, os discursos produzidos nas interações entre ACS e residentes do bairro, com o objetivo de analisar como esses discursos operam a construção do gênero e da vulnerabilidade ao HIV/aids.

Nas entrevistas, as categorias gênero e vulnerabilidade foram acessadas por meio de questões em torno dos termos “ser mulher” e “ser homem” e do uso do preservativo nas relações sexuais. Nas interações, essas duas categorias foram observadas a partir das expressividades, verbais e não verbais, projetadas nos contatos face a face de profissionais da saúde e usuárias(os) dos serviços prestados na USF do bairro.

3.4.1 Displays de Gênero no Bairro

3.4.1.1 Scripts de família

Era um dia de vacinação das crianças com até cinco anos de idade e alguns lugares privilegiados para encontrá-las eram as creches do bairro. Uma delas chorava e, para acalmá-la, a enfermeira perguntou: “Como é o nome do teu pai?”. A criança parou de chorar e, na falta de uma resposta, permaneceu como estátua na fração de minuto que se estendeu, até a professora intervir: “É que ela não conhece o pai”.

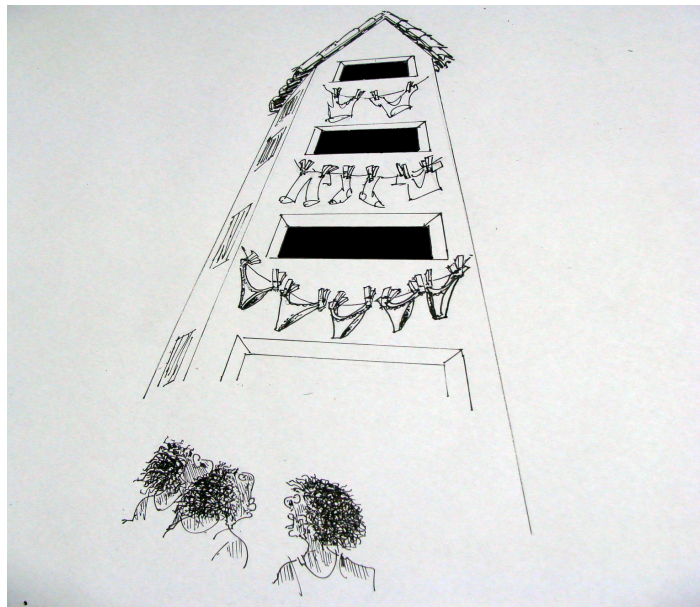
Perguntas aparentemente simples sobre familiares ficam sem resposta, nesta e noutras muitas creches, sempre que a família anunciada regularmente pelos discursos hegemônicos não se

faça presente. Perguntas tão banais na aparência, como essa, onde a pessoa adulta pergunta o nome do pai à criança, são o efeito desses discursos e, ao mesmo tempo, servem para dar continuidade ao *habitus* de que toda criança convive com mãe e pai. Cenas como essa são frações do longo trabalho social de que fala Bourdieu (1994; 2003), ao analisar a produção e reprodução de *habitus* em contextos de dominação masculina, um trabalho que não opera sob a forma de uma ação pedagógica explícita, mas que contribui, de modo quase imperceptível, para manter a idéia de que é “natural” que mãe, pai e filhas(os) sempre convivam conforme um único modelo de família.

Em uma das paredes da creche, esse mesmo discurso é reforçado por cartazes sobre “a família”. Um deles, sobre os pais, é uma colagem de figuras recortadas de revistas de homens brancos de terno e gravata, é um *display* de gênero que anuncia o que se espera que os homens sejam, além de articular gênero, raça/etnia e classe social, segundo a visão sócio-política dominante. O discurso do cartaz contrasta com a fachada que o bairro apresenta, onde homens são majoritariamente negros, vários sentados à rua por força do desemprego, alguns com crianças, no colo ou brincando ao redor.

3.4.1.2 Calcinhas no varal

Na rua principal do bairro existe um conjunto habitacional com mais de dez prédios, com 16 pequenos apartamentos cada. Em diversas janelas estão dependuradas roupas, lençóis, fraldas etc. Para algumas moradoras mulheres, uma janela chama a atenção, aquela onde cinco calcinhas estão secando no varal:



- Ela está querendo me pirraçar de novo!
- Ela faz isso pra mostrar que tem mais calcinhas, e mais bonitas, do que as outras pessoas daqui...
- Faz isso que é pra todo mundo ver.

A situação indicou que para essas mulheres, com quem cruzei na rua ao percorrer o bairro, o problema não estava em dependurar peças de cama-mesa-banho, mas em “exibir” as calcinhas, trajes íntimos que “convém” não mostrar publicamente, porque pertencem a espaços preservados, no corpo e na casa. Essas calcinhas secando ao sol na janela de um prédio compunham mais um discurso no bairro: o da transgressão do gênero.

De fato, em outros varais, nos quintais ou muros das casas, é raro ver calcinhas de mulheres a secar. Os varais se apresentam como meios que comunicam: roupas no varal sinalizam a existência de mulheres na casa; muitas fraldas penduradas falam de casas com crianças pequenas; varais que se enchem de roupas somente nos fins de semana comunicam que nessas casas moram mulheres que trabalham fora e que não há ninguém para “substituí-las” nas lidas domésticas.

O varal, com ou sem roupa, é um signo para os residentes e ACS no bairro. É pelo varal que se pode perceber que alguma mulher se mudou para o bairro e, às vezes, uma fala como “ela não sai de casa nem para pendurar ou recolher a roupa no quintal” (Diogo, ACS) tem o sentido de mostrar o quanto uma mulher está dependendo do homem e controlada por este.

Foi por conta de um varal com roupas, em uma casa antes desabitada, que Diogo (ASC) bateu à porta para contatar as(os) moradoras(es). Uma mulher atendeu e convidou-o a entrar. Quando ele percebeu que ela estava grávida, pelo tamanho da barriga, começou a falar para ela ir ao posto, fazer o pré-natal, participar das reuniões. Nesse momento, o marido que estava no quarto ao lado, em silêncio, entrou na sala e disse que não admitia que um homem falasse desses assuntos com a mulher dele, ameaçou bater no ACS se o encontrasse de novo na casa. O ACS explicou que era o trabalho dele, para melhorar a saúde das(os) residentes, mas o marido o proibiu de retornar. Nos dias seguintes ele observou que essa mulher raramente saía de casa para o quintal. De acordo com esse mesmo ACS:

É uma forma de violência, como no caso que falei que o homem impedia que a mulher tivesse acesso a cuidados de saúde. No começo, ninguém nem sabia que essa mulher morava na casa, pois ela não saía de dentro de casa. Só bem depois é que a gente percebeu que ela existia, pois às vezes saía no quintal para pendurar roupa no varal (Diogo, ACS).

Um dos resultados da pesquisa foi perceber que os varais funcionavam como *displays* de gênero no bairro, informando o exercício (ou não) do direito de ir e vir das mulheres. A resistência em reconhecer esse direito foi também percebida nas entrevistas, quando alguns residentes comentaram que, no bairro, os moradores homens podem namorar e se casar com mulheres de outros bairros, enquanto que as mulheres do bairro não. A expectativa dos residentes homens é que as moradoras se relacionem com homens, e que estes residam, de preferência, na mesma rua dela ou nas ruas vizinhas. Um dos entrevistados nesta pesquisa, que era de um outro bairro, contou que chegou mesmo a ser agredido pelos moradores homens nas primeiras vezes que foi visitar a namorada, que residia na área onde foi realizado o estudo.

3.4.1.3 Fraldas dependuradas

Seguindo os varais do bairro, chega-se a uma casa isolada, escondida atrás das fraldas. Uma criança recém-nascida no bairro receberá a primeira visita domiciliar. O pai abre o portão e conduz a enfermeira Marta e a ACS Lúcia até a sala, onde a mãe amamenta a bebê. Ele permanece no quintal enquanto, na sala, ocorre o seguinte diálogo:

Mãe – Esta é minha sexta filha.
Marta - Menina, você tem que parar aqui!

Enquanto o diálogo entre a mãe e a enfermeira continua, o pai entra na sala, pedindo desculpas, pega uma sacola e, ao sair, dirige-se a Lúcia, que acompanhava a enfermeira:

Pai – Vou ficar lá fora.
Lucia - Fique à vontade, não tem problema.

Logo que o pai sai da sala, ouve-se Marta, a enfermeira, dizer à mãe:

Marta - Você sabe que não deve ter contato sexual nos próximos 42 dias!

Na cena acima, a comunicação interpessoal da enfermeira com a mãe apresenta uma característica similar a dos discursos midiáticos no campo da saúde: comunicação linear, com mensagens imperativas, dirigidas a indivíduos (neste caso à mãe) e enfatizando o seu *dever individual* de prevenir danos à saúde.

Sabe-se que evitar o contato sexual, naquele mês, e usar algum método anticoncepcional para evitar outra gravidez, não são atos “individualizados”, da competência exclusiva da mulher, uma vez que ocorrem no contexto de uma relação. No entanto, em nenhum momento se fez menção de chamar o parceiro, que estava ao lado, no quintal. Ao contrário, quando ele entrou rapidamente na sala, pedindo licença, e saiu em seguida, ouviu da agente comunitária que poderia ficar à vontade, ou seja, escolher onde ficar. Sua opção por sair da sala foi até reforçada pela fala “não tem problema”.

À primeira vista, não envolver o marido na conversa sobre uma situação relacional ligada a práticas sexuais pode parecer insignificante. Porém, analisada sob o enfoque das relações de poder entre os gêneros, a situação poderá oferecer problemas tais como os que foram constatados por Dantas-Berger e Giffin (2005), sobre a violência contra as mulheres praticada na privacidade do lar, predominantemente pelo marido ou companheiro, muitas das vezes porque a mulher recusou ter relação sexual com ele. Em um estudo sobre a invisibilidade dessa violência, estas autoras afirmam:

(...) a relação sexual ocorreu, muitas vezes, sob forma de coerção “naturalizada” ou como “cláusula” prevista no contexto das obrigações conjugais. Todas [as mulheres] relataram alguma situação do parceiro querer e insistir na transa apesar dela não

querer; [...] De modo geral, apesar de tentarem “resistir” – dizerem não – acabavam “cedendo” à relação sexual, algumas vezes por temerem a agressão física, a perda de apoio financeiro ou acusações de infidelidade. [...] A violência física, de fato, exacerbou-se em alguns casos quando negaram o sexo como obrigação conjugal (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005, p. 422).

Na pesquisa realizada, se pode verificar a interferência da assimetria de gênero até mesmo no uso de métodos para evitar a gravidez, pois algumas mulheres moradoras do bairro, que participaram em uma reunião de planejamento familiar organizada pela USF, afirmaram que recorrem ao método da injeção, para que seus maridos não fiquem sabendo que elas estão fazendo uso de contracepção. Na pesquisa também se verificou que, para não se exporem a situações de violência, quando não querem ter relações sexuais, algumas mulheres mentem, dizendo que estão menstruadas, indicando a resistência de vários homens em aceitar que suas parceiras recusem contato sexual com eles.

Outro problema relacionado ao fato de não envolver o marido na conversa está em reproduzir o *habitus* pelo qual a contracepção é um assunto exclusivo à ordem do feminino. Neste sentido, a cena é um *display* de gênero exemplar, onde se perdeu a oportunidade de envolver o marido na preocupação de evitar a gravidez e de, sobretudo, pensar que há métodos que funcionam sem a mediação do corpo da mulher e que não são somente anticoncepcionais. Este é o caso do preservativo que representa uma dupla ou tripla proteção: previne a gravidez, a infecção pelo HIV e outras DST.

No bairro, assim como em outras localidades brasileiras (HEILBORN et al., 2006), esse sentido de dupla ou tripla proteção do preservativo só circula quando o “problema” é a prevenção da gravidez e da aids na adolescência, conforme estudo de Heilborn et al. (2006) sobre o aprendizado da sexualidade. Na população adulta vigora a linha de demarcação que separa planejamento “familiar” e proteção contra as outrora denominadas “doenças venéreas”, isto é, a separação entre o que se usa “em casa” e “na rua”.

A propósito dessa questão, a análise das representações de homens da classe popular sobre as sexualidades feminina e masculina e a relação entre gêneros sinaliza, segundo Salem (2004), que no ideário dos entrevistados, o uso do preservativo nos espaços “da casa” tem um sentido de desrespeito às parceiras “fixas” (na casa) por significarem uma equiparação destas às chamadas “mulheres da rua”.

Enquanto os discursos agirem para a permanência desses esquemas de percepção, será difícil às mulheres, individualmente e no interior das casas, modificarem algumas das condições que as colocam em situação de vulnerabilidade ao HIV/aids, uma vez que, de acordo com Bourdieu (2003), esses esquemas, ou *habitus*, são produzidos e reproduzidos pelo poder simbólico, no contexto dominado pela visão androcêntrica.

Vários estudos assinalam que a assimetria de gênero existente no interior das relações sociais e sexuais torna difícil para as mulheres “negociarem” com o parceiro o uso de preservativo (BARBOSA, 1999; PAULILO, 1999; VILLELA & BARBOSA, 1996). No entender de Paulilo (1999), essas negociações raramente funcionam, porque nem todas as mulheres conseguem lidar com a potência do afeto em situações de conflito nas relações amorosas. Principalmente quando detêm pouco ou nenhum poder de decisão nesta matéria, como ocorre em muitos relacionamentos sexuais.

Na casa escondida atrás das fraldas penduradas no varal, os discursos produzidos nas frações da comunicação interpessoal que foram observadas não operaram para a desconstrução da assimetria de gênero. Desta forma, é possível afirmar que, em situações de interação com residentes do bairro, os discursos de profissionais de equipes de saúde da família operam, ainda que sem intenção, para a permanência de fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

3.4.1.4 Mulheres que bordam com fios e mulheres à borda, por um fio ...

Nesta rua, há mulheres “donas de casa”, que pintam e bordam. Pintam camisetas, toalhas e guardanapos, e bordam vestidos de festa de casamento, com miçangas e vidrilhos. Outras fazem roupas ou flores de pano. A maioria delas vende seu artesanato, para familiares, amigas e visitas.

Uma das bordadeiras comentou que um casal havia se mudado para uma casa do outro lado da rua e que a mulher nunca saía para fora da casa. Essa bordadeira chegou a ir até a casa para convidar a nova vizinha para vir bordar com ela, para uma fazer companhia à outra. A mulher

não aceitou o convite e a bordadeira comentou com Paula (ACS) que percebia “algo de estranho com ela”.

Na primeira visita à nova moradora, foi ela mesma que abriu a porta e convidou para entrarmos na sala, onde havia apenas uma televisão ligada e uma cadeira de plástico branco. Paula senta-se porque tem que preencher a ficha de cadastramento. Diga-se de passagem, que as (os) ACS costumam sempre carregar consigo uma pasta com as fichas de cada pessoa que são visitadas no dia. Na maioria das vezes, mal conseguem olhar para a(o) residente: vão fazendo as perguntas e anotando as respostas.

Pode ser que, por se concentrar no preenchimento da ficha, Paula não tenha percebido que a mulher estava tensa e com manchas no pescoço. Logo que se sentou, a agente de saúde começou a ler as perguntas da ficha e a escrever as respostas.

Paula: Até quando você estudou?

Mulher: 6ª. série

Paula: Você precisa voltar a estudar, precisa estudar!

Em pé, na passagem da sala para o quarto, a mulher projeta um corpo duro, trancado, seus ombros estão tensos, quase se encostando à orelha. Ela fica apertando uma mão na outra, raramente soltando-as, mantendo-as sempre na altura do peito. E Paula, sem fazer menção a esses gestos, segue perguntando as questões da ficha:

Paula: Aqui tem água filtrada?

Mulher: Não.

Paula: Faz tratamento da água, ferve?

Mulher: Não.

Enquanto Paula anota, a mulher introduz um assunto que a agente deixa de aprofundar:

Mulher: Emagreci muito ultimamente.

Paula: Está com stress? Com algum problema?

Mulher: Sim. Eu não sinto apetite, por isso estou emagrecendo. Mas também estou preocupada com meu pescoço.

Paula: Algum problema com o marido?

Mulher: Sim.

Paula: Você está fazendo planejamento familiar?

Mulher: Não

Paula: Vou ver se consigo marcar uma consulta com Marta, porque você não está usando nada.

Mulher: Colocam DIU no posto?

Paula: Não, mas encaminhamos [e explica com detalhes onde ela vai ter que ir, etc.]

Mulher: Faz tempo que não tenho mais relação com ele.
Paula: Por quê?
Mulher: Não tenho vontade.
Paula: Você precisa sair mais, encontrar mais pessoas, caminhar, vai fazer bem.

Pelo fato de ter ficado, a maior parte do tempo, lendo as perguntas e escrevendo as respostas, a ACS limitou sua expressividade na interação, ao mesmo tempo em que não se deixou impressionar pelas expressividades da mulher residente, principalmente a expressividade do seu corpo tenso e do seu pescoço marcado. Para a pesquisadora, a cena sugeriu que na interação, apesar de a mulher ter tentado trazer para a conversa o tema da violência doméstica, a linha de ação que prevaleceu na situação interativa foi a da estratégia da saúde da família, onde ainda não se problematiza a assimetria de gênero, tal como foi apontado por Scott (2005).

Desde vinte anos atrás os lares, de maneira geral, têm sido identificados como lugares perigosos e associados ao estupro conjugal, por pesquisadoras como Azevedo (1985), Silva (2003) e Dantas-Berger e Giffin (2005). No entanto, a violência sexual doméstica continua sendo pouco evidenciada ou inexistente nas estatísticas disponíveis, segundo Dantas-Berger e Giffin (2005).

A violência contra as mulheres é um problema contemplado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), mas, de acordo com Porto et al. (2003), tende a ser visto por profissionais da saúde como uma demanda feminista e não, como afirmam Schraiber e D'Oliveira (1999), como uma questão de saúde pública.

Sabe-se que o termo “violência contra a mulher” é polissêmico e diz respeito a um problema complexo, cujo enfrentamento, previsto na Lei nº. 11.340/2006 (Brasil, 2007a), continua de difícil resolução, conforme constatado por Schraiber et al. (2007) em estudo sobre as possibilidades de se estabelecer uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.

Os discursos verbais e não verbais da interação acima descrita permitem algumas indagações. Pergunta-se, por exemplo, até que ponto o preenchimento da ficha de cadastramento, além de ser uma obrigação profissional, poderia funcionar como um subterfúgio para que ACS não abordem temas complexos como o da violência contra as mulheres residentes no bairro, para

o qual não estão preparados profissionalmente? Seria essa atitude silenciosa da ACS, em relação à preocupação da residente com o pescoço e sua falta de vontade de ter relação com o companheiro, o resultado daquilo que Porto et al. (2003, p. 244) denominam de “cegueira de gênero”? Teriam ambas – a agente e a mulher residente – estabelecido um “pacto de silêncio” sobre o assunto, encaminhando a conversa para o planejamento familiar e deixando o tema da violência para a consulta ginecológica, onde supostamente poderia fluir com mais abertura?

Segundo os comentários das(os) ACS que participaram da pesquisa, elas e eles não ousam conversar sobre o tema pelo fato de morarem na mesma localidade onde reside o casal ⁹. Em sua percepção, este aspecto leva-as(os) a priorizarem o “respeito à vida privada”, inclusive para não exporem, a agressões do parceiro, nem a mulher vitimada, nem elas(es) próprias(os).

Tendo como referência esses estudos, argumenta-se que, para poderem contribuir mais efetivamente de modo a diminuir a possibilidade de ocorrência de casos de violência doméstica contra a mulher, seria útil que as(os) profissionais que trabalham na estratégia de saúde da família recebessem uma formação de qualidade sobre essa forma de violência. Ao não olharem para essa possibilidade, as(os) profissionais deixam de trabalhar com um dos efeitos mais cruéis da assimetria de gênero e deixam também de contribuir para reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

3.4.1.5 “Você é macho ou machucado?” – A propósito dos vários gêneros

Cena 1 – Visita de seguimento de uma agente comunitária mulher a uma usuária com hipertensão:

Enquanto segue a conversa, entra na sala o filho da mulher, de seis anos de idade.
 Geisa: você já foi ao dentista, gostou?
 Criança: faz gesto que sim com a cabeça.
 Geisa: na próxima consulta sua mãe não vai entrar na sala, você vai entrar só e sentar na cadeira do dentista. Não queremos mais mães entrando na sala.
 Criança: [cara de espanto, de quem não gostou da idéia e começa a ir embora]
 Geisa: é que a gente quer ver se você é macho ou machucado? Você sabe o que quer dizer macho? Macho é homem que não chora e machucado é homem que chora. Você é macho ou machucado?
 Criança: eu sou macho [com orgulho].
 [Geisa e mãe dão risada, felizes e a criança começa a se exhibir].

⁹ Ver artigo 2, onde este tema é analisado.

Geisa: você já é um rapaz, por isso é que vai sozinho pro dentista. [criança chega mais perto dela, Geisa pega o braço da criança e pega no músculo]

Geisa: olha só como ele já está ficando forte!

Cena 2 – Visita de cadastramento de um agente comunitário homem:

Jovem de 15 anos, gestante de três meses, pede ao marido para ele ir comprar pão. O marido sai e, na volta da rua, chama Chiquinha e diz que trouxe sonho. Ela dá as costas dizendo que quer pão. Ele não diz nada e vai buscar o pão. Quando ele sai, Bruno (ACS) comenta “esse cara tem paciência, eu já teria mandado ela comer o sonho”.

Cena 3 - Visita domiciliar de uma agente comunitária mulher a uma usuária com diabetes:

Conta que a filha namorava um cara muito ciumento que tirou a virgindade dela e que não a deixava sair de casa. Aí ela se encheu e brigou com ele. Quando ela começou a namorar com outra pessoa, ele reapareceu e convenceu minha filha a voltar com ele. Um dia ela veio me dizer que estava grávida. Eu disse – mas você não usou camisinha? – e ela respondeu – mãe, eu pedi camisinha e ele disse que estava usando uma. Fiz de tudo pra filha abortar, dava até bebidas [chás abortivos]. Então eu fui falar com ele, dizer que ele precisava assumir o bebê, e foi aí que ele contou que não tava com camisinha: fiquei chateada, queria um neto, mas não assim. Ela não tem juízo. Para esta mãe, juízo tinha seu filho, que faleceu quando foi apartar uma briga. Ele sim era um bom filho. Desde os sete anos saía pra vender pirulito, o que tivesse. Ele era direito, estava aprendendo marcenaria. [mostra a foto dele]. Quando tinha treze anos as meninas sempre ficavam rodeando no portão, ele era estruturado, com 13 anos ele tinha já corpo de homem ... – e Geisa (ACS) interrompe e completa: “forte”.

Nas interações acima, as falas inesperadas das(os) ACS contribuíram para reforçar a idéia socialmente dominante de que homens mandam, são fortes e machos. Como afirma Bourdieu, a dominação masculina se reproduz não por uma ação didática explícita, mas resulta de um trabalho social onde, de modo quase automático, os discursos atuam para a permanência de oposições assimétricas, como a de gênero. Em Goffman, os *displays* de gênero projetados em situações de interação, cumprem a função de obscurecer a construção social da realidade.

Na última fala, pode-se perceber como a construção dos “machos” se faz por meio de gestos como o de apalpar o braço e afirmações que opõem “machos e machucados”, termo que se refere a homens que choram. “Machucados” teria, assim, um sentido pejorativo pois ao mesmo tempo em que os distingue dos machos, aproxima-os do domínio atribuído ao feminino, de onde supostamente faria parte o choro.

Os *habitus* de gênero relativamente ao “masculino” foram complementados por discursos exemplares sobre o “feminino”, conforme os trechos de interações entre profissionais da

saúde e residentes, reproduzidos abaixo. Apenas em uma das situações interativas, na cena 6, abaixo, a usuária projetou uma fala que se diferenciava daquela proferida pela ACS.

Cena 4 – Visita domiciliar de acompanhamento a um usuário com diabetes avançada, descoberta quando nem sentiu que queimara a perna na fogueira de São João. Diz a profissional de saúde:

O senhor tem que casar com uma mulher pra ela cuidar de você (Marta, técnica).

Cena 5 – Visita domiciliar de acompanhamento a uma usuária com hipertensão, que atende e pede para a agente comunitária Cristiane entrar, desculpando-se pela bagunça da casa:

Usuária: Quem arruma a casa são minhas filhas, e elas estão acordando agora.

Cristiane: Assim é que é bom, menina é mais ajeitada, menino não dá pra arrumar a casa.

Cena 6 – Visita domiciliar de acompanhamento a uma usuária com diabetes. Em dado momento, quando a residente mencionou algo sobre o neto, seguiu-se o seguinte diálogo:

Cristiane (ACS): Homem é danado, mulher é sempre mais acomodada.

Usuária: (expressão de contrariedade) Minha filha trabalha em dois hospitais pra ter independência, e não ter que pedir nada pro marido.

Cenas semelhantes a estas foram observadas, na pesquisa, em interações dos agentes comunitários homens com as usuárias. Em uma das vezes, depois de um comentário de uma moradora sobre a menina que brincava no quintal, um ACS falou: “é assim mesmo, lugar de mulher e cão é o chão” (Bruno, ACS).

Esses discursos durante as interações podem ser interpretados como tendentes a reproduzir “disposições de gênero” estruturadas no passado, na tradição, ou seja, que contribuem para a permanência da assimetria de gênero.

A dominação de gênero vem sendo questionada há décadas, mas principalmente nos últimos 30 anos, dentro e fora da academia. Teorias e movimentos sociais comprometidos com a transformação social, feministas ou não, identificaram e problematizaram os dispositivos sociais que estabelecem a heterossexualidade compulsória e que discriminam outras formas

de amar e desejar. Propuseram a rejeição dos *habitus* que naturalizam e fixam o “ser homem” e “ser mulher”, e que associam as mulheres à reprodução, sem considerar suas outras possibilidades de expressão.

Porém, a desconstrução desses padrões tem-se revelado uma tarefa longa, que talvez exija muitos outros quartos de século além do que já foi percorrido, até porque a definição social e diferencial dos corpos, dos órgãos sexuais e dos seus usos legítimos, é fruto de um longo trabalho coletivo ideológico de construção simbólica e prática (BOURDIEU, 2003).

A linha de separação entre os dois campos – o feminino e o masculino – foi histórica e politicamente demarcada a partir de um suposto e absoluto determinismo biológico. Nos tempos contemporâneos, essa linha começou a se partir em função da visibilidade conquistada pelos movimentos sócio-políticos de lésbicas, gays, travestis e transexuais, e da produção de conhecimentos problematizando o dimorfismo da biomedicina moderna (PEREIRA, 2004; RIOS, 2004).

Entre as pessoas entrevistadas que habitam o bairro, a homofobia parece continuar sendo um *habitus* compartilhado por algumas mulheres, assim como por alguns homens. Ao se analisar as respostas dadas às entrevistas foi possível perceber que, no plano discursivo, todas(os) residentes e ACS afirmaram a existência de outros gêneros se projetando, no bairro, contra o pano de fundo da (di)visão binária dominante. Entretanto, nem todas(os) entrevistadas(os) parecem se sentir confortáveis em conviver com lésbicas, gays e travestis¹⁰.

Quando se compara as falas de ACS e moradoras(es) - sobre gays, lésbicas e travestis residindo no bairro, surgem discursos diferenciados. Por um lado, enquanto muitos ACS se expressam com relativa dificuldade, indicada por excessivas auto-correções, os moradores homens apresentam um discurso que flui com mais facilidade. Por outro lado, enquanto ACS afirmam não haver muitos homossexuais na área, moradoras(es) fazem afirmações que se aproximam da fala destas(es) residentes, um homem e uma mulher:

¹⁰ Neste artigo mantém-se o termo “travesti”, o único conhecido pelas pessoas que participaram da pesquisa, apesar das distinções entre travestis (homens ou mulheres que não se identificam com o gênero que lhes é atribuído a partir dos órgãos sexuais externos de “nascença” que, no entanto, lhes propiciam prazer nas relações sexuais) e transexuais (mulheres e homens que transformaram ou pretendem transformar cirurgicamente seus órgãos sexuais externos de “nascença” para adequá-los à sua identidade de gênero).

No bairro, ah!! No bairro tem [gay] aí, de cassetada (Alberto, morador).

Em relação às travestis apenas alguns conhecem e sabem onde moram: no fim de linha tem ... tem, no fim de linha! (silêncio) Eu num digo que a gente tem certeza, só de vista, no caso (Jucineide, moradora).

Ao abordar a relação dos residentes do bairro com os gays, lésbicas e travestis (LGT), os discursos de residentes, uma moradora mulher e dois moradores homens, anunciam algumas variações, na medida em que há quem critique em função do suposto dimorfismo biologicamente determinado e quem afirme respeitá-las(os):

Catarina: Eu acho isso daí uma, é triste até.

ENT: Triste por quê?

Catarina: Eu acho, eu acho triste, cê tá entendendo?

ENT: Por quê?

Catarina: Porque a mulher foi feita pro homem e o homem pra mulher. Não tem nada de tar misturando as coisas.

Ah, é tranqüilo. Todo mundo se acostumou e não liga mais não. (...), tem amizade assim só “ô” e pronto (Vitor, morador).

Eu mesmo não tenho nada contra nenhum deles, conheço alguns aí e falo com eles, me dou bem com eles – bom dia, boa tarde. Alguns vem aqui e bebe, eu converso, tudo, não tenho nada não, cada um veve sua vida (Alberto, morador).

No entender de um outro morador, existe uma relação entre machismo, violência e homossexualidade feminina:

Acho que tem mais lésbicas por causa dos homens que são violentos. Uma amiga minha, que é lésbica, me disse que o marido não a respeitava, batia nela, não era carinhoso. E [pausa] você sabe [pausa] todo mundo quer carinho, todo mundo precisa de alguém. Então ela foi procurar essa companhia com outra mulher (João, morador).

Nas equipes de ACS existe unanimidade em afirmar o respeito que guardam em relação aos residentes LGT. No entanto, é de ressaltar que o uso do termo “respeito” se faz acompanhar em alguns casos de conjunções – “se” e “mas” - que sugerem a permanência de algum distanciamento entre ACS e residentes no bairro com orientação sexual que diverge da norma, como se depreende das falas abaixo, de agentes de saúde, um homem e outra mulher:

Eu respeito, *se* vierem falar comigo, vou tratar como pessoas iguais às outras (Eduardo, ACS).

Sabe, eu respeito, trato bem, de cumprimentar, assim, *mas* não tenho amizade (Paula, ACS).

Outro aspecto a se ressaltar é o recurso à auto-correção que inunda as falas de ACS quando se trata de falar de lésbicas, gays e travestis. De acordo Schegloff et al. (1977, p.380), várias interrupções são recursos de auto-correção que indicam, não a correção de um erro, mas uma forma de organização do uso da linguagem na interação social. Os depoimentos de um agente homem e duas agentes mulheres, abaixo transcritos são exemplares neste sentido:

Olha, na minha área não... não tem, onde eu moro não tem, mas... não acho nada... nada contra não (Daniel, ACS).

Aqui tem pouco, mas eu não me dou muito assim, não tenho muito, não converso muito não, não tenho muita amizade não com esse tipo de gente (Lúcia, ACS).

São tratados normais, num, ninguém... Não são mais adolescentes, já são adultos, no caso, então as pessoas meio que acostumaram... (Cristiane, ACS).

Estes depoimentos sugerem que, apesar de reconhecerem formas de estar no mundo que se distinguem da (di)visão androcêntrica dominante sobre “ser mulher” e “ser homem”, a discriminação ainda permanece nos discursos da maioria das(os) ACS. Entre estas, chama a atenção o recurso a termos tais como “esse tipo de gente” e “são tratados normais”. Nas falas acima há muitas auto-correções (SCHEGLOFF et al., 1977). Elas podem ser interpretadas como um índice da pouca familiaridade das equipes em se relacionar com lésbicas, gays e travestis, até porque, na percepção da maior parte da(os) ACS, é pequeno o número que reside no bairro. Esta percepção das equipes pode ser reforçada por estudos sobre a homossexualidade no Brasil, onde há inferências de que lésbicas, gays e travestis representam menos de 10% da população brasileira (MOTT, 2002). Nas equipes de ACS, apenas um agente comunitário referiu que,

(...) no trabalho, tem aqueles que se abrem pra dizer que são homossexuais e eu acho que essa questão da orientação sexual é de cada um, mas num pergunto assim diretamente porque, para uma parte da comunidade, esse assunto é segredo (Bruno, ACS).

A partir dos resultados acima, pode-se afirmar que a USF local não é uma referência para atendimento em saúde de lésbicas, gays e travestis residentes no bairro. Além disso, os discursos produzidos por profissionais da saúde, nas interações com residentes, atuam para a permanência dos clichês do feminino e do masculino, mantendo essa linha de reforçar a imagem das “mulheres femininas” e do “homem macho”. No entanto, falas de algumas moradoras parecem sugerir alguns deslocamentos em relação a esses estereótipos.

3.4.2 Preferência de gêneros

Em seu texto “Nietzsche, a genealogia e a história”, Foucault (2006) discorre sobre o drama representado repetidamente num teatro sem lugar, no qual os atores evocam idéias sobre corpos que, por obedecerem apenas às leis de sua fisiologia, passam a ter uma suposta constância, ou “fixidade”, que realmente não tem. De acordo com o autor, “nada no homem – nem mesmo seu corpo – é bastante fixo para compreender outros homens e se reconhecer neles” (FOUCAULT, 2006, p.27).

Nesse mesmo texto, Foucault evidencia que a genealogia, como método de análise, não busca reencontrar, em um indivíduo ou em uma idéia, características gerais que levem a afirmações tais como “isto é homem” e “isto é mulher”. Para o autor, o corpo adquire aparência de substância constante como efeito da dominação mantida pela regra que marca os corpos.

As decorrências dessa regra que Foucault enuncia, sobre a produção de corpos sexuados, transpareceram nos discursos de quase todas as pessoas entrevistadas nesta pesquisa: ao responderem à pergunta sobre como gostariam de retornar ao mundo, caso pudessem nascer de novo. A maioria afirmou a preferência por “reencontrar-se” em um corpo com as mesmas “marcas” que têm hoje, ou seja, gostariam de manter a continuidade no seu “ser”, retornando nas formas de mulher ou de homem.

Nas respostas, as(os) ACS e residentes não apenas evidenciaram sua adesão à visão de dois sexos circunscritos pelo determinismo biologicista, como recorreram a expressividades similares ao fazê-lo. Por exemplo, foi possível observar que a pronúncia de alguns termos, em geral sem muita variação no interior do grupo entrevistado, se fazia acompanhar de modulações, no tom assim como nas posturas, indicando que, na interação, a expressividade – ou capacidade de dar impressão (GOFFMAN, 2007) - ocorre pelo recurso a símbolos verbais e não verbais. Talvez para causar na entrevistadora a impressão de não haver dúvidas quanto à preferência pelo que gostariam de ser, as mulheres e os homens colocavam a tônica em palavras similares, que se apresentam grifadas nas falas reproduzidas abaixo. As duas primeiras foram enunciadas por moradoras mulheres e as outras duas por um morador do bairro e um ACS homem:

Hum, mulher *mesmo* [riso] (Elizete, moradora).

Eu queria ser mulher *mesmo* [riso] (Sílvia, moradora).

[riso] Homem *mesmo* (Vinícius, morador).

[riso] Nasceria *homem* (Diogo, ACS).

É de ressaltar que os risos pontuam as quatro falas e que, nas falas das duas mulheres, o riso venha para finalizar a fala, enquanto os homens já sorriem antes de falar. Os risos parecem servir como mais um sinal-chave que, em Duranti (1985, p. 215), significa “a pista que participantes da interação oferecem sobre como interpretar o que está sendo comunicado”. Talvez o riso fosse empregado para indicar como interpretar o que estava sendo comunicado: nas mulheres, o riso ao final indicaria ou a satisfação de querer voltar a nascer com a forma “mulher”, se isso fosse possível, ou uma forma de dizer “apesar dos pesares...”; nos homens, antes da enunciação, o riso dava a impressão de ser uma espécie de brincadeira, pois não existe a dúvida de querer voltar como “homem”.

De acordo com os resultados da pesquisa, os discursos analisados sugerem que, para muitas pessoas que participaram da pesquisa, predomina a idéia de que mulher e homem são realidades que se constroem socialmente, ao mesmo tempo em que são “dadas” na Natureza. Essa afirmação decorre do fato de muitos depoimentos terem se aproximado desta fala de uma das moradoras mulheres:

Nós [mulheres] somos iguais a eles (silêncio) assim, num sentido, assim, de assumir (pausa) que as mulheres assumem, né? papéis que era do homem. (longa pausa) E tem diferença, é muito óbvio porque mulher é, é o sexo, né? Feminino e masculino. É que nem minina, ela já nasce sendo mulher. E homem é masculino porque tem o sexo masculino porque tem o sexo do homem. A realidade é essa (Suzana, moradora).

Neste depoimento, assim como em outros similares, transparece o que Tannen (1996) denomina de *continuum* semelhança/diferença. De um lado, as mulheres se assemelham aos homens porque estão realizando atividades que, na visão androcêntrica dominante, seriam da ordem do masculino. Há, assim, certo deslocamento na “tradicional” divisão sexual do trabalho, por conta de que hoje “as mulheres assumem, né? papéis que era do homem”. Esse deslocamento socialmente determinado aproxima, mais do que separa, mulheres e homens. De outro lado, a diferença se projeta como “óbvia” a partir da distinção localizada nos sexos, pela qual as pessoas “já nascem” sendo mulher ou homem.

Essa fala também projeta uma compreensão socialmente instituída, segundo a qual as diferenças são “fixas” porque são resultantes de causas “biológicas”. Essa questão é atualmente criticada por autoras como Birke (1998), para quem nem mesmo a biologia consegue validar uma dicotomia tão rígida.

Ainda com relação à preferência de voltar a nascer na forma de mulher ou de homem, foram poucas as mulheres que deram a impressão de preferirem renascer como “homens”. Um primeiro depoimento nesse sentido foi proferido por uma agente comunitária que comentou, após longo silêncio:

(...) de um lado, gostaria de nascer mulher, porque creio nasci para cuidar dos outros e é o que faço; mas também gostaria de nascer homem por que não tem a fragilidade da mulher (Paula, ACS).

Pode-se depreender dessa fala uma espécie de transgressão, no sentido foucaultiano, de certo “afrontamento” para reverter e deslocar a “regra que reativa repetidamente o jogo da dominação” (FOUCAULT, 2006, p. 24-26). Porém, o que sugere uma transgressão, por contemplar não um ou outro, e sim, um *continuum* mulher-homem, pode ao mesmo tempo ser interpretado como a projeção do ideário hegemônico de mulher e de homem e alguns de seus respectivos atributos culturalmente construídos: o de que “mulher” é quem cuida dos outros, enquanto que o “homem” é quem tem força.

Duas moradoras mulheres, a mais jovem e a de idade mais avançada entre todas as pessoas que participaram da pesquisa, também expressaram sua preferência por nascer “homem”, como se depreende de seus depoimentos:

Moradora mais jovem (20 anos):

Helena: Ah, eu queria ser homem.

ENT: Por quê?

Helena: Ah, eu acho que seria *mais fácil*.

ENT: Por que é mais fácil ser homem?

Helena: O trabalho, assim. *A vida pro homem é mais fácil*. Ah, num sei nem como explicar. *É mais fácil* pra eles porque é uma *responsabilidade* (pausa) num é muita *responsabilidade* assim, *eles num tem muita responsabilidade*.

ENT: E a mulher tem qual responsabilidade?

Helena: *A mulher tem a responsabilidade dela, né, de se manter... de cuidar de tudo*. A mulher dentro de casa. A mulher grávida, aí tem um filho, aí o pai fala “é você que vai cuidar dele”, fica tudo nas costas dela, a educação do filho. Se a criança fizer uma coisa errada: “ah, fez isso porque você num educou...”

ENT: O que você acha disso?

Helena: Acho isso ruim.

ENT: Alguém falou pra você que mulher tem que ser assim?

Helena: Não.

ENT: Como foi que você aprendeu isso, então?

Helena: Na convivência.

Moradora com a idade mais avançada (50 anos):

A gente, mulher, a gente trabalha na rua e trabalha em casa, né? A gente chega em casa, dá um duro danado na rua, e chega em casa e vai. E lava a roupa e faxina e cuida disso, e cuida daquilo. E os homi não. Os homi trabalha na rua, quando chega, acha tudo pronto em casa, num quer nem saber como é que a mulher se virou ou não. Eles acham tudo pronto: comida pronta, roupa lavada, né? Num se preocupa com nada dentro de casa, só quer achar. *Eu queria ser homem! Porque a vida do homem é melhor* (Nelma, moradora).

As respostas dadas por estas moradoras mulheres trazem os trabalhos cotidianos realizados por mulheres - dos quais alguns giram em torno do suposto “dever” de cuidar dos outros membros da família -, como fatores responsáveis por tornar suas vidas mais sobrecarregadas, em comparação à dos homens. Neste sentido, um elemento a destacar no discurso da mais jovem é a repetição de termos como “mais fácil” e “responsabilidade”, o primeiro para qualificar a vida *mais fácil* do homem já que ele *num tem muita responsabilidade*, ou tem menos do que ela, que *cuida de tudo*.

Diante dessa “vida sobrecarregada”, descrita pelas duas moradoras, algumas limitações social e politicamente atribuídas à “mulher”, tais como a “fragilidade feminina”, ou a equação “mulher = mãe”, parecem estar sendo transbordadas, ao menos no plano dos discursos das residentes, como se percebe igualmente nos depoimentos de algumas mulheres moradoras do bairro, que insistem que as mulheres não são frágeis, não são nem bonequinhas, nem bichinhos, nem bibelôs que facilmente se quebram:

Porque tem muita gente que se acha que porque é mulher tem de ser aquele negocinho assim, uma bonequinha de louça, que num pode fazer aquilo que é trabalho de homem, num pode falar aquilo que é de homem. Eu sou o contrário, eu faço qualquer coisa. Eu trabalho em qualquer coisa, eu pego peso, eu faço tudo. Porque eu acho, se eu quero ser igual aos homi, eu tenho de ser igual no trabalho, nas minhas idéias, a senhora tá entendendo? Na minha opinião! (Glória, moradora).

Tem aquele negócio do, os homi acha que por eles ser homem podem mais e as mulheres é aquele bichinho frágil que fica lá pra tomar conta, cozinhar e lavar. Só que como o mundo foi mudando, as coisas foram evoluindo, as mulheres também foram correndo atrás, né? Então eu acho que é a, eu acho que é a partir da luta da gente de, da gente mulheres, né, de nós mulheres, nós mulheres. Eu acho que se elas es, nós estamos evoluindo, eu acho que é graças à luta. Eu acho que se dependesse do homem no geral a mulher nunca evoluía e ia ficar lá cozinha, né? (Jucineide, moradora).

Eu não vejo mulher como frágil, dependente como um bibelô, eu pelo menos fui lutadora minha vida continua assim e acho que a mulher não é como se descreve, a mulher fraca, mulher dependente (Iara, moradora).

Já nos depoimentos das agentes de saúde mulheres, em relação ao que significa “ser mulher”, surgiram com mais ênfase termos como mãe, cuidar do lar, das filhas e dos filhos. Ressalte-se que os discursos das quatro agentes comunitárias de saúde definem “ser mulher” pela reprodução, bem como pela responsabilidade para com as chamadas “tarefas domésticas”. Inversamente, esses sentidos não estão no universo de significação de nenhum dos agentes de saúde homens. Nos depoimentos destes, o termo “mãe” não foi pronunciado ao comentarem os sentidos de “ser mulher”. No entanto, se não o exprimiram verbalmente, o “ser mãe” ficou subentendido porque, para os ACS, “ser mulher” significa cuidar das tarefas domésticas, além de “também trabalhar”, isto é, trabalhar fora de casa. O único elemento que diferencia os discursos das(os) ACS está em que os agentes homens colocaram em cena o corpo trabalhador da mulher, além do “corpo reprodutivo” e suas atribuições culturais.

3.4.3 Reprodução: controlar é preciso ...

Como lembra Heilborn (2003), é na esfera reprodutiva que a diferença entre mulheres e homens se instala:

(...) a origem da desigualdade entre os gêneros, presentes em diversas sociedades, está na apropriação da fecundidade feminina pelo sexo masculino [ocorrendo que] a distribuição de tarefas entre os sexos é entendida como uma espécie de extensão das diferenças anatômicas (procriativas) entre os sexos. O cuidado com a prole é sempre destinado às mulheres, mas este se situa para além do papel propriamente reprodutivo. Ainda assim, recebe uma carga simbólica de atributo pré-social da condição feminina (HEILBORN, 2003, p.200-201).

Foucault (1976) sinaliza, igualmente, que a tecnologia do poder no século XIX que busca controlar e modificar os processos da vida (ou biopoder) remeteu o corpo “naturalmente” saturado de sexualidade da mulher à esfera da reprodução, para contê-lo e controlá-lo. E foi no domínio da reprodução que ganhou sentido a “naturalização” de somente dois sexos “verdadeiros”: o da fêmea e o do macho. Circunscritas à reprodução, as mulheres se viram desapossadas de seus corpos e seus prazeres.

A estratégia de saúde da família parece funcionar como um dos tentáculos do biopoder, no sentido de que circunscreve as usuárias ao domínio da reprodução. Para exemplificar esta afirmação, são descritas abaixo algumas cenas onde fica evidente a ênfase que as(os) ACS colocam quanto a evitar a gravidez, deixando de divulgar o preservativo como um método de dupla (ou tripla) proteção. De acordo com Berer,

(...) nem os prestadores de serviço de planejamento familiar nem os de saúde reprodutiva foram treinados ou inspirados a divulgar a dupla proteção, principalmente porque acreditam que esse método (o preservativo) não serviria para aquelas pessoas que mais precisam (BERER, 2007b, p. 24).

Cena 1 – Visita de cadastramento, onde ocorreu o seguinte diálogo entre o agente comunitário e a usuária:

Cristiane: A senhora está grávida?
 Usuária: Não.
 Cristiane: Está usando algum método?
 Usuária: Tomei uma injeção de três meses.
 Cristiane: Quando?
 Usuária: Não me lembro.
 Cristiane: Você tomou lá no posto onde estava cadastrada antes?
 Usuária: Não. Comprei na farmácia.
 Cristiane: E porque não comprou outra, depois de três meses? Você não pode ficar assim, sem tomar nada!
 Usuária: [não diz nada, só demonstra estar atônita].
 Cristiane: Está usando algo?
 Usuária: Não.
 Cristiane: Precisa usar algo, senão engravida.

Cena 2 – Visita de acompanhamento de uma usuária com hipertensão.

Durante a visita, estavam na sala duas filhas da usuária, uma grávida e outra com uma criança no colo. Durante mais de meia hora a ACS conversou com as três mulheres, sobre parto e gestação. Quando a filha grávida falou que era a sua quinta gestação, a ACS perguntou sua idade. Quando a ouviu dizer “trinta e oito anos”, ela imediatamente completou:

- Você precisa ligar, já que nenhum marido quer usar a camisinha... (Geisa, ACS).

Noutra visita domiciliar, feita a uma mulher na menopausa, mais uma vez a ACS só procurou saber se o preventivo está em ordem, deixando de abordar o uso do preservativo como método de prevenção do HIV/aids e outras DST, como se o fato de estar na menopausa implicasse, automaticamente, em não ter mais relações sexuais.

Em outras visitas, das quais se selecionam duas, os discursos das usuárias sugerem que algumas mulheres do bairro estão mais habituadas ao uso do preservativo do que imaginam as(os) ACS.

Na visita de cadastramento a uma mulher que havia dado a luz há quatro meses e que se mudara recentemente para o bairro, em resposta à agente comunitária que pergunta se ela estava fazendo planejamento familiar, a mulher responde que está usando camisinha.

Em outra visita, de acompanhamento de rotina, enquanto o agente conversava com a usuária sobre o motivo de dois de seus filhos estarem em casa e não na escola, como de hábito, a entrada em cena de uma vizinha provoca o seguinte diálogo:

Bruno: Você está fazendo planejamento familiar?

Vizinha: Não, mas quero ir ao posto pra colocar DIU.

Bruno: É bom você ir logo, não pode ficar assim, descoberta, senão você pode engravidar sem querer.

Em seguida, o agente dirige a mesma pergunta à usuária com quem conversava antes, que imediatamente responde:

Parei com a injeção, depois de ficar oito anos usando. Agora estou com camisinha, é mais fácil esquecer de comer do que de usar camisinha.

Para a análise da diversidade de significados atribuídos aos termos “ser mulher” e “ser homem” pelas pessoas que participaram desta pesquisa, o conceito bourdiano de *habitus* torna-se útil. Na teoria da ação bourdiana, o *habitus* é um corpo socializado que incorpora as estruturas imanentes do mundo ou de um setor particular desse mundo, e que estrutura tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo (BOURDIEU, 1996). Sob a forma de *habitus*, os agentes singulares transportam consigo, em todo tempo e lugar, sua posição presente e passada na estrutura social.

O conceito bourdiano de *habitus* contempla, ao mesmo tempo, o princípio da permanência e o das transformações. O primeiro, constituído pelo “sistema de disposições passado” (Bourdieu, 1974, p. 76), exterioriza-se por intermédio de práticas que exprimem a aquisição das estruturas: por isso “práticas estruturadas”. O segundo refere-se à produção de uma resposta

singular a alguma circunstância, cujos detalhes – um gesto, uma palavra – permitem perceber a ocorrência de uma transformação ou alteração.

Enquanto produto da história, o *habitus* produz práticas, individuais e coletivas, produz história, portanto, em conformidade com os esquemas engendrados pela história. O princípio da continuidade e da regularidade [...] é o sistema de disposições passado que sobrevive no atual e que tende a perpetuar-se no futuro, atualizando-se nas práticas estruturadas segundo seus princípios. [...]. Ao mesmo tempo, o sistema de disposições é o princípio das transformações e das revoluções regradas que nem os determinismos extrínsecos e instantâneos de um sociologismo mecanicista [...] ou espontaneísta conseguem explicar (BOURDIEU, 1994, p. 76).

Pode-se interpretar que os discursos que se referem à mulher “mãe, cuidadora e trabalhadora do lar” aproximam-se do “sistema de disposições passado”. Os ACS homens parecem ter uma percepção sobre a assimetria de gênero mais aguçada do que suas colegas mulheres. É de ressaltar que eles já estão num serviço que os expõe fazendo um trabalho que tradicionalmente é considerado “das mulheres”, enquanto as ACS estão em um trabalho que parece reforçar o lado cuidador simbolicamente atribuído ao campo do feminino.

É possível afirmar que, apesar de estarem em situação de igualdade no campo profissional, as ACS não apresentam uma visão consensual no modo de ver as mulheres e os homens. Esta constatação faz pensar que a equipe talvez tenha raras oportunidades para conversar sobre o tema, talvez mesmo por constrangimento entre elas e eles.

3.4.4 Gênero e Estratégia de Saúde da Família

No entender de Scott (2005, p. 75), que analisa o gênero na estratégia de saúde da família, “a atenção básica da saúde [está distanciada] de uma abordagem de gênero”. De acordo com Porto et al. (2003, p. 250), em estudo realizado sobre representações e decisões de gestoras(es) municipais do sistema Único de Saúde na Grande Recife, o parâmetro do que é saúde, atenção e assistência em saúde fundado em uma perspectiva de gênero precisa ser redefinido a partir de “um novo parâmetro do que é ser mulher”.

Diante disso, chama a atenção o fato de a Política Nacional da Atenção Básica aprovada em março de 2006 (BRASIL, 2006) não mencionar nenhuma atividade voltada à diminuição da assimetria de gênero, mesmo sabendo-se que as mulheres representam as principais usuárias

da rede pública do SUS, em particular da atenção básica, (GOLDBAUM et al., 2005), ocupando aí a condição de,

(...) usuária privilegiada (grifo do autor) do Programa [de Saúde da Família], tanto no sentido de ser o sujeito mais presente no Programa, quanto no de ser o alvo preferencial de suas intervenções (SCHRAIBER, 2005, p. 54).

Mulheres e homens que trabalham fora, em outras áreas de Salvador, mal conseguem usufruir do atendimento oferecido pela USF no bairro, até porque seus horários de entrada e de saída do trabalho em geral coincidem com os de abertura e encerramento das atividades diárias do posto. Nas entrevistas, foram várias as mulheres que mencionaram o quão raramente se encontram com as(os) ACS ou têm condições objetivas de comparecerem a consultas e ações educativas na unidade de saúde. A propósito destas ações educativas, um(a) profissional da unidade afirmou:

Nós também falhamos na definição de uma estratégia para ter a participação da comunidade. Conseguimos envolver os que têm alguma doença (hipertensos, diabéticos, que são pessoas mais velhas), mas trazer mulheres que trabalham e adolescentes é uma dificuldade (Fabiana, técnica).

Em relação às mulheres, a USF do bairro pouco se distancia do padrão de atenção estabelecido na estratégia de saúde da família, que recebeu críticas durante a 13^a. Conferência Nacional de Saúde, no sentido de que ela reduz a integralidade, proposta na Lei 8080/90 (Brasil, 1990) que instituiu o Sistema Único de Saúde, a ações básicas de saúde onde as mulheres são tratadas apenas em seu período gestacional ou de amamentação (RADIS, 2008). Da forma como está estruturada, a estratégia encontra dificuldades para superar a “cegueira de gênero” (PORTO et al., 2003) e deixar de tratar as mulheres como “matrizes reprodutoras e usinas de leite”, como afirmou uma representante da Rede Feminista de Saúde (RADIS, 2008, p. 17).

Finalmente, a propósito de a política de atenção básica enfatizar a importância de que ACS residam na área adscrita à unidade de saúde da família para facilitar seus vínculos com a população e aproximar esta aos serviços de saúde, foi possível observar, durante a pesquisa, que essa aproximação deixa de existir em uma série de situações, particularmente com relação à gravidez e ao acompanhamento do pré-natal. Observou-se, a esse propósito, que mulheres jovens várias vezes omitem das(os) agentes comunitárias(os) que têm vida sexual ativa e,

principalmente, se estão grávidas. Em algumas visitas domiciliares se percebeu a surpresa de ACS ao se defrontarem com situações desse tipo.

Em uma das vezes, quando outra mulher informou ao ACS que a jovem ao lado, sua sobrinha de 15 anos, estava grávida, a reação deste foi olhar para a jovem e exclamar: “por que você não me avisou? Por que escondeu de mim?”. Noutra ocasião, uma adolescente falou à agente comunitária que estava grávida de cinco meses e esta, surpresa, perguntou: “Tudo isso, você tem certeza? Eu nunca soube, você estava sem barriga, sua barriga era lisa, lisa” (Cristiane, ACS).

Uma situação que chegou a ser mencionada em duas reuniões da equipe da USF foi quando uma(um) ACS deixou de saber que havia uma gestante em sua área. Tratava-se de uma mulher que sai de casa para trabalhar às sete horas da manhã, retornando somente após as 19 horas, ou seja, ela não está em casa durante o turno de trabalho da unidade. As críticas a essa “falha” se baseavam em distintos argumentos. Um deles era o de que a gestante poderia ser de risco e “já pensou se a mãe ou a criança morrem? Com o Pacto pela Vida esse tipo de coisa não pode acontecer!” (Stela, técnica). O outro era o de que a escolha de ACS residentes na área é também para ficar “por dentro do que acontece no local, porque o ACS tem que estar mais antenado, perguntar, tentar obter informações com vizinhos” (Diana, técnica).

Na visita a essa mulher e sua criança recém-nascida, perguntaram-lhe por que não havia procurado o posto para fazer pré-natal, ao que ela respondeu que optou por fazê-lo pelo convênio, pois a clínica ficava perto do trabalho e isso lhe era mais cômodo. Quando lhe indagaram por que não informara a unidade que estava grávida e, depois, que a criança tinha nascido, ela respondeu que não sabia que tinha de fazer isso, porque nunca essa informação lhe tinha sido dada. A mulher foi, então, convidada a ser cadastrada para que a(o) ACS pudesse acompanhar o desenvolvimento da criança.

A situação descrita traz à tona a dificuldade no estabelecimento de vínculos entre a estratégia de saúde da família e as mulheres que trabalham fora do bairro onde residem. A situação também instiga a pensar em um dos possíveis sentidos de ter que morar na área como um dos critérios de escolha das(os) ACS: o de estender o “olhar vigilante” da área da saúde a pontos outrora não atingidos, embora perseguidos, pelo biopoder. Pode-se pensar, por outro lado, o quanto a área da saúde deixa de criar uma comunicação mais bem articulada com a

população, responsabilizando as(os) ACS por uma ação para a qual nem foram especificamente formados, nem da qual necessariamente teriam elas(es) que ser os porta-vozes.

3.5 Considerações Finais

No contexto do bairro, os esquemas de percepção e de ação das(os) ACS e das(os) usuárias(os), informados por dispositivos do poder simbólico, tendem a dar continuidade à assimetria de gênero nas relações entre mulheres e homens. Dos extratos dos discursos produzidos nas interações de ACS e residentes, ou nas entrevistas realizadas pela pesquisadora, se depreendem mais “disposições de gênero” estruturadas no passado do que “disposições de gênero” estruturantes de transformações nessa assimetria.

São poucas(os) residentes e profissionais da saúde da família no bairro que, no plano dos discursos, anunciam uma possível desconstrução da linha que demarca simbolicamente - e valoriza desigualmente - os domínios do feminino e do masculino estabelecidos pela visão androcêntrica dominante.

Pode-se interpretar que ações implementadas pela USF na área deixam de aproveitar algumas situações oportunas para problematizar “generismos” (Goffman) e *habitus* de gênero (Bourdieu). Ao contrário, nos discursos de várias(os) profissionais da unidade situada no bairro onde se realizou a pesquisa - ACS, enfermeiras(os) ou médicas(os) -, se percebe a predominância de disposições de gênero fortemente arraigadas no passado, como diria Bourdieu (1994, 2003). Neste sentido, ainda que sem intenção, os discursos produzidos nas situações de interação das(os) profissionais de equipes de saúde da família com residentes do bairro operam para reprodução de alguns dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

Ao focalizarem suas intervenções na divulgação de informação sobre os métodos anticoncepcionais, deixando quase sempre de fazer referência à prevenção do HIV/aids e das outras doenças sexualmente transmissíveis, a estratégia de saúde da família pouco contribui, no momento, para o enfrentamento da expansão da epidemia junto às mulheres.

Os resultados da pesquisa sugerem também que a USF local não é uma referência para atendimento em saúde de moradoras(es) do bairro que expressam formas de amar e de sentir prazer distintas da estabelecida pela norma social da heterossexualidade. Nos extratos dos discursos de ACS e residentes se percebe que são conhecidos outros modos de estar no mundo que transbordam a linha que separa “mulher” e “homem”. Porém, a discriminação de lésbicas, gays e travestis ainda permanece em muitas das frações de fala captadas. Recomenda-se, neste sentido, que seja trabalhado, junto à equipe de saúde, assim como junto à comunidade, o Programa Brasil Sem Homofobia, lançado em 2004, cujo intuito é o de promover a cidadania dessa população, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas.

O modo de comunicação interpessoal utilizado por ACS e por profissionais de nível escolar superior se inspira no modelo de comunicação linear e bipolar, com predomínio de mensagens imperativas que se dirigem a indivíduos isoladamente e enfatizam que são estes, e não o coletivo, que devem se prevenir de danos à saúde.

Até mesmo as(os) profissionais da USF com escolaridade superior reconhecem que elas(es) - e não apenas as(os) ACS - necessitam de formação nessa área da comunicação interpessoal, para melhorarem a qualidade do seu trabalho de campo no bairro. Pode-se acrescentar que, além desse tema, a formação de ACS deveria incluir o gênero e a vulnerabilidade ao HIV/aids, dentre outros que este estudo deixou de incluir ao delimitar seu objeto.

Constatou-se que metade das(os) ACS, a partir de quando começaram a trabalhar na USF, optaram por seguir cursos técnicos de nível superior na área da saúde, por iniciativa própria. Esse entusiasmo por se qualificar representa uma oportunidade que as(os) decisoras(es) da área da saúde estão perdendo ao não instituírem espaços e momentos para que a estratégia da saúde da família possa ser discutida e revisada, entre profissionais, usuárias(os) e pesquisadoras(es) da Saúde Coletiva, de maneira a contribuir para a redução das desigualdades sociais, em particular a de gênero, e seus efeitos tais como a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids.

Estes resultados apontam para a necessidade de que as(os) ACS, tanto quanto as(os) profissionais da USF com escolaridade superior, recebam formação nas áreas relacionadas com gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids e comunicação interpessoal. Uma

formação compreensiva nesses temas, com supervisão continuada, poderá criar condições para que, nas interações com as(os) moradoras(es), outras disposições das(os) ACS e demais profissionais da USF favoreçam a problematização da assimetria de poder vigente (e dissimulada) nas relações sociais e sexuais entre mulheres e homens.

O fato de restringirem suas intervenções aos métodos anticoncepcionais, sem fazer referência às doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/aids, sugere a pouca contribuição, no momento, da estratégia de saúde da família para o enfrentamento da expansão da epidemia junto às mulheres.

Sabe-se que, desde que foi implementada, a estratégia da saúde da família tem contribuído para a redução da mortalidade infantil e para as melhores condições de atendimento às pessoas com idades mais avançadas (MACINKO et al., 2007; SILVESTRE & COSTA NETO, 2003). As considerações tecidas neste artigo não têm a intenção de negar essas contribuições. Pretendem, ao contrário, apontar para a pertinência de rever alguns aspectos dessa estratégia, particularmente a qualificação de seu pessoal e de suas práticas, de forma a que ela contribua para o enfrentamento de fatores que determinam, além da vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, outros agravos à saúde que não foram enfocados nesta pesquisa.

4 Artigo 2 – Respeito, Privacidade e Saúde – Ruídos na Interação Comunicativa

Resumo

O tema deste artigo, fruto de um estudo etnográfico, é a comunicação interpessoal que ocorre no âmbito da estratégia da saúde da família, em torno de assuntos relacionados à sexualidade e à vulnerabilidade das mulheres ao HIV e à aids. O objetivo é analisar como a produção social da sexualidade é operada pelos discursos enunciados por residentes de um bairro popular de Salvador e profissionais da saúde da família, particularmente as(os) agentes comunitárias(os). Esses discursos foram, ora provocados por entrevistas junto a residentes e profissionais da saúde, ora percebidos por meio da observação de interações comunicativas, durante as visitas domiciliares e demais atividades da unidade de saúde da família da área. Da análise dos dados da pesquisa, surgiu a categoria “respeito”, não prevista no início do estudo. O “respeito” se tornou, então, o contraponto principal para a análise dos esquemas de percepção de residentes e profissionais da saúde quanto às sexualidades de mulheres e de homens, às preferências e discriminações de gêneros, aos aprendizados da sexualidade nas conversas de mulheres e de homens, à potência da mídia na divulgação de informações sobre a prevenção da aids e à impotência das(os) agentes comunitárias(os) de saúde para lidarem, em nome do “respeito à privacidade”, com um reconhecido problema de saúde pública: a violência doméstica contra a mulher. Os resultados da pesquisa informam que residentes e profissionais de saúde do bairro, em especial as(os) agentes comunitárias(os), operam, no plano discursivo, na direção de reforçar os *habitus* que transportam para o presente os padrões tradicionais que dão continuidade às relações assimétricas, sociais e sexuais, das mulheres com os homens. É sabido que esses padrões tradicionais contribuem para a vulnerabilidade das mulheres ao HIV e à aids. Neste sentido, é possível que a comunicação interpessoal que media as interações das(os) profissionais da saúde da família com as(os) moradoras(es) do bairro não esteja contribuindo para reverter a tendência de expansão da aids entre as mulheres, tal como consta em políticas e programas do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: comunicação interpessoal, interação, agentes comunitárias(os) de saúde da família, sexualidade, respeito, mulheres e HIV.

Abstract

The issue of this article, which came out from an ethnographic study, is the interpersonal communication that takes place at the family health strategy, around subjects such as sexuality and women's vulnerability to the HIV and AIDS epidemics. The objective is to analyze how the social construction of sexuality is operated through discourses from family health community-based agents and residents of a popular neighbourhood at Salvador city. These discourses were the result of, both interviews done with those health professionals and residents, or observation of communicative interactions, during home visits and other activities organized by the local family health unity. The category "respect" was not previewed at the beginning of the study, but merged from the data analysis. Thus, the term "respect" became an important counterpoint to analyze the perceptions of both residents and health professionals regarding the women's and men's sexuality, the gender preferences and discrimination, the learning of sexuality through conversations among women and among men, the power of the media in the dissemination of information about HIV and AIDS prevention, and the lack of power among community-based health agents in managing, in the name of "respecting people's privacy", a recognized public health problem: the domestic violence against women. Research finding inform that the discourses of residents and health professionals, in particular the community-based ones, tend to reinforce the *habitus* which transport, to the present, the traditional patterns that regulates the asymmetric social and sexual relations between women and men. According to Public Health studies, these traditional patterns are factors associated to the women's vulnerability to the HIV and AIDS epidemic. Therefore, it is possible that the interpersonal communication, which mediates the interaction between family health professionals and residents, is not contributing to reverse the trend of aids expansion among women, as proposed in some policies and programmes of the Ministry of Health.

Key words: interpersonal communication, interaction, family health community-based agents, sexuality, respect, women and HIV.

4.1 Introdução

No Brasil, a expansão do HIV/aids entre as mulheres tem provocado algumas respostas governamentais no nível de políticas e planos relacionados com a atenção à saúde das mulheres, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e, muito recentemente, o Plano de Enfrentamento à Feminização da Aids (BRASIL, 2007). Nestes documentos oficiais, são analisados os fatores que contribuem para a tendência de aumento da aids entre as mulheres e as estratégias e ações para superá-la. Um desses fatores é a assimetria de poder nas relações sociais e sexuais entre mulheres e homens. Dentre as propostas para reduzir essa distribuição desigual de poder está a adoção do enfoque de gênero e o distanciamento da visão que posiciona as mulheres no campo da reprodução.

Essas propostas governamentais, assim como as análises sobre o gênero na saúde, no nível da atenção básica, que tratam da relação entre gênero, sexualidade e vulnerabilidade das mulheres ao HIV/aids, contribuíram para que nesta pesquisa se buscasse analisar como os discursos de ACS e residentes de um bairro popular de Salvador operam a construção da sexualidade e da vulnerabilidade ao HIV/aids.

Neste artigo busca-se integrar contribuições dos estudos de gênero, de sexualidade e de Comunicação e Saúde, para analisar a comunicação interpessoal no campo da estratégia de saúde da família.

Análises apontam que a dominação de gênero - com sua intrínseca hierarquia que coloca homens e mulheres em posições assimétricas de poder e que legitima formas de violência - torna difícil às mulheres negociarem com seus parceiros o uso do preservativo masculino na prevenção do HIV. Pesquisas na área das ciências sociais da saúde constataam que o enfoque de gênero não se integrou à estratégia de saúde da família (SCOTT, 2005). Análises sobre o campo da Comunicação e Saúde revelam a predominância do modelo de comunicação bipolar e unidirecional na área da saúde (NATANSOHN, 2004; PITTA, 1995, 1998).

Dois pressupostos foram assumidos: o primeiro foi o de que no campo da rede pública de saúde, os serviços que propiciariam maiores possibilidades de compartilhamento de experiências se encontrariam na Atenção Básica, em especial na ESF ¹¹, onde as intervenções de comunicação são predominantemente face-a-face. O segundo foi o de que o contato cotidiano com moradoras(es) do bairro, na visita domiciliar ou em atividades de educação em saúde, poderia estar aproximando serviços e moradoras(es) e, neste sentido, estaria fortalecendo relações afetivas e sociais, uma condição importante para gerar estratégias factíveis de prevenção da aids.

4.2 Referencial Teórico

O marco conceitual utilizado neste estudo se aproxima de autoras(es) de diferentes linhas teóricas que, no entanto, fornecem instrumentos considerados úteis para a análise. A abordagem teórica que aqui se encontra, relativamente ao campo da comunicação interpessoal, deriva das obras de Goffman (1970, 1974, 1976, 1977, 1981, 2007) e de Bourdieu (1994, 1996, 2003, 2004). Apesar de se distanciarem em muitos aspectos (a micro-sociologia de Goffman e a potência do macro em Bourdieu), observam-se aproximações que autorizam a recorrer a estes autores, uma vez que ambos se referem às expressividades na comunicação, tema investigado neste estudo.

Goffman (1970, 1974, 1979, 1981, 2007) apóia as análises sobre o jogo das expressões, como os trabalhos da face, e as impressões que se criam na produção mesma da interação. Com base na obra de Bourdieu (1994, 1996, 2003, 2004), os discursos são analisados à luz do conceito de *habitus* ¹², ou seja, dos esquemas de percepção e ação que resultam de um longo trabalho social de produção e reprodução da dominação masculina.

¹¹ Neste artigo, adota-se a designação vigente de Estratégia de Saúde da Família, que será abreviada pela sigla ESF. A denominação anterior – Programa Saúde da Família (PSF) será mantida na transcrição de citações ou quando for necessário diferenciar o antigo programa da atual estratégia. Informa-se ainda que neste documento a sigla ACS corresponderá a agentes comunitários que integram equipes de saúde da família.

¹² Para Bourdieu, o *habitus* constitui um “sistema de disposições duráveis e transponíveis que [integra] todas as experiências passadas [e que funciona] a cada momento como *uma matriz de percepções, de apreciações e de ações*” (BOURDIEU, 1994, p. 65).

Para analisar discursivamente as categorias sexualidade, respeito e privacidade, além dos aportes de Goffman e de Bourdieu, também foram igualmente fecundas as reflexões de Bozon (2002), Bozon & Heilborn (2006), Foucault (1976, 1988), Heilborn (2003, 2004, 2006a, 2006b), Heilborn & Sorj (2002), Salem (2004) e Tannen (1996).

Em seu livro *Gênero y Discurso* (1996), Tannen articula gênero e discurso a partir da categoria de estilo conversacional. De acordo com a autora, “o exame das operações do estilo conversacional na interação pode ajudar a explicar como a dominação se cria realmente na interação” (TANNEN, 1996, p. 22). Nessa mesma obra, a autora afirma que é justamente por essa razão que a interação é importante de ser analisada. Além disso, ressalta que descrever as diferenças identificadas nos estilos conversacionais de mulheres e homens não significa afirmar que elas sejam determinadas biologicamente. Pelo contrário, Tannen argumenta que as fontes de diferenças de poder relacionadas com o gênero não são apenas lingüísticas, considerando que a socialização, ou experiência cultural, é a principal influência formadora dos modelos impregnados de gênero nos modos de falar.

Dos estudos de Heilborn (2003, 2004, 2006a, 2006b), Heilborn & Sorj, 2002; Bozon (2002), Bozon & Heilborn (2006) e Salem (2004), foram importados aspectos conceituais que sustentam a perspectiva construtivista aqui adotada na análise da sexualidade. Heilborn, Salem e Bozon analisam a sexualidade como resultante de um processo de aprendizagem que, orientado pela dimensão do gênero, contempla deslocamentos associados à modernização das condutas. Suas pesquisas oferecem contrapontos para a análise de alguns dos resultados encontrados em nossa investigação.

Segundo Bozon (2002) embora na subjetividade moderna a sexualidade não esteja mais “colada” à procriação, a reprodução continua a conformar a “representação” da sexualidade uma vez que a procriação faz parte de um dos princípios fundamentais da organização social. No entanto, as relações sexuais destinadas à procriação são hoje pensadas como uma realidade totalmente distinta das relações não destinadas à procriação. Com isso, as interações sexuais deixam de ser atributo das pessoas casadas, ou melhor, das mulheres ligadas a um homem pelo casamento.

Atualmente as normas sociais que regulam o exercício da sexualidade são mais flexíveis que outrora, e sua força imperativa emerge para modelar comportamentos em função de situações

ou experiências vividas, e de conjunturas sociais ou sanitárias (BOZON, 2002), como no caso da epidemia da Aids, que se fez acompanhar pela nova norma do comportamento responsável, à qual aderiram mais jovens do que pessoas adultas. Todavia, o fato de as normas estarem menos rígidas não significa que as interações sexuais se tornaram “livres”, uma vez que continuam a ser pautadas pelas relações de gênero, de geração, entre classes sociais e entre grupos culturais ou étnicos. Subsiste ainda o duplo padrão de sexo que considera os homens os agentes do ato sexual e que vê, nas mulheres, apenas afeto (BOZON, 2002).

Os traços da sexualidade contemporânea são a cenarização e a improvisação individuais. No dia a dia as interações sexuais aparecem como relações entre indivíduos, atores que buscam o repertório de sua atuação “individual” nos cenários culturais, nos *récits* que funcionam como histórias de referência disponíveis para cada situação, permitindo múltiplas formas de engajamento na sexualidade que reforçam a construção do sujeito individualizado (BOZON, 2002).

No entanto, esse mito contemporâneo da sexualidade como relação entre indivíduos é efeito do poder simbólico que dissimula a sujeição dos atores sociais às relações de poder intrínsecas aos processos de socialização e mediante os quais se criam “as mulheres” e “os homens” (BOURDIEU, 1994, 2003).

Percebida nesse sentido, a interação pode contribuir, ao lado de outros dispositivos sociais, para dissimular ou eufemizar, como afirma Bourdieu (2004), as relações de dominação em torno das quais a sociedade se estrutura, destacando-se entre elas a dominação de gênero.

Em Foucault (1976) foram buscados aportes para tratar de algumas estratégias que, na perspectiva do autor, serviram para a invenção da sexualidade, nos idos dos séculos XVIII e XIX, quando os campos da biomedicina se articularam ao Estado burguês na defesa dos interesses capitalistas. De acordo com o autor, o poder assim articulado produziu a “população” no centro da qual colocou “o sexo”, isto é, a maneira como cada um(a) faz uso de seu sexo, tornando impreterível o nascimento de uma vontade de saber sobre a conduta sexual da população, assim como o surgimento de discursos sobre como fazê-lo.

No bojo dessas estratégias, os discursos sobre “o sexo” passaram a normalizar o corpo das mulheres, tratando de reduzi-lo à função de reprodução. De acordo com Foucault (1976), há

pelo menos dois séculos o controle da reprodução tem sido o fundamento da medicalização do corpo feminino, que se deu em meio ao processo de medicalização social, acompanhando o fortalecimento do Estado moderno. As necessidades econômicas e políticas do Estado burguês se fizeram acompanhar de preceitos higienistas com um discurso altamente normalizador da sexualidade (FOUCAULT, 1976).

Com o advento da aids, o discurso da medicalização da sexualidade se revigorou, tentando mais uma vez produzir condutas sexuais reguladas. Para Vance (1995) a nova epidemia aumentou a legitimidade das vozes e textos médicos, num movimento que estrutura a sexualidade como uma questão corporal e que ameaça repatologizar a sexualidade, numa lógica similar à do final do século XIX e começo do século XX.

4.3 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa, de cunho etnográfico, teve por objetivo analisar a comunicação interpessoal da estratégia de saúde da família, observando seu modo de comunicar, de expressar seus *habitus* ou esquemas de percepção e ação relativamente à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids. Buscou-se apreendê-la nos vários cenários onde essa interação ocorria: visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade.

Com um olhar etnográfico, foi feita a observação participante de conversações em situações de interação para a identificação de fragmentos de discursos em que se notou algum aspecto relevante para este estudo. Buscou-se também identificar, com base no contexto do bairro e na literatura visitada, aspectos culturais que pudessem explicar esses fragmentos. Finalmente, foi feito registro e reprodução de entrevistas.

Um dos limites da metodologia utilizada é não ter sido feito o controle crítico, pelas pessoas que participaram do estudo, às interpretações da investigadora.

Este artigo, portanto, representa a interpretação, desde uma perspectiva ética, de categorias que foram acessadas por meio de entrevistas, cujas perguntas partiram de um roteiro semi-

estruturado, bem como da observação das interações, cujo roteiro serviu como guia para o olhar.

Outro limite da metodologia é que durante as interações entre moradoras(es) e agentes comunitárias(os) raramente surgiram oportunidades para discursos em relação à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids. Essa constatação abriu caminho para que se explorasse o sentido da quase-ausência desses discursos durante as situações de trabalho de ACS. Para elas(es) e moradoras(es) isso se explica pelo “respeito à privacidade”. Para a pesquisadora tratou-se de analisar, em um primeiro momento, os sentidos que o termo “respeito” adquire no contexto do bairro estudado quando faz referência a homens. A seguir, o mesmo procedimento se aplica à análise de outros sentidos que vêm à tona quando “respeito” é empregado para fazer menção a mulheres. Finalmente, os sentidos do “respeito” na interação ACS-residentes são analisados à luz desse contexto, do referencial da vulnerabilidade ao HIV/aids e, fundamentalmente, à luz de algumas práticas de comunicação adotadas em situações de interação, tais como os trabalhos de face¹³.

4.4 Resultados e Discussão

A partir da análise das informações produzidas pelo trabalho de campo, em especial as entrevistas, surgiu a categoria “respeito”, em torno da qual se construíram os argumentos discutidos nesta seção. O termo “respeito”, no sentido de “respeito à privacidade”, surgiu nas falas de ACS para explicar porque não conversam sobre sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids quando interagem com residentes.

Na análise dos discursos, observou-se a polissemia do termo “respeito”, cujos sentidos variavam em função de como ele se apresenta nos discursos de mulheres e homens, ACS ou residentes, e a quem se faz referência ao se falar em “respeito”. Apesar de distintos, os sentidos atribuídos ao termo eram informados pela equação honra/vergonha que continua a estruturar as sexualidades masculina e feminina (BOURDIEU, 2003; SALEM, 2004), apesar

¹³ No texto consultado, “Trabajo de la Face”.

da flexibilização dos roteiros sexuais nas últimas décadas (BOZON, 2002; BOZON & HEILBORN, 2006).

Os sentidos atribuídos ao termo “respeito”, apreendidos durante a análise dos dados, lembraram as anotações de Foucault (1988) sobre a “moral sexual”¹⁴. Para o autor, em lugar de uma “moral sexual” genérica, o que existe é uma “moral dos homens”, ou seja,

(...) uma moral pensada, escrita, ensinada por homens e endereçada a homens, [...]. Consequentemente, moral viril, onde as mulheres só aparecem a título de objetos ou no máximo como parceiras, às quais convém formar, educar e vigiar, quando as tem sob seu poder (...) (FOUCAULT, 1988, p. 24).

Entende-se, neste artigo, que os sentidos atribuídos ao “respeito”, nos discursos de residentes e das(os) ACS e demais profissionais da saúde do bairro onde se realizou a pesquisa, remetem a essa “moral viril”, pois se associam, no contexto do bairro, à construção do homem macho, viril, da mulher sobrecarregada por várias atividades para que seja “respeitada como mulher”, assim como dos outros gêneros ainda discriminados no bairro; essa “moral dos homens” continua a regular o aprendizado da sexualidade das mulheres e dos homens, no bairro e as possibilidades de se proteger, ou não, do HIV e outras DST.

O “respeito à privacidade”, ao lado do fato de morar no mesmo bairro, são fatores que, de acordo com as(os) ACS, limitam suas intervenções relativamente aos casos de violência doméstica contra as mulheres residentes. Aproximando-se da perspectiva de Foucault (1988), pode-se interpretar que a percepção das(os) ACS sobre esses fatores está igualmente regulada pela “moral sexual”, uma vez que, segundo essa “moral viril [...] é preciso abster-se [das mulheres] quando estão sob o poder de um outro (pai, marido, tutor)” (FOUCAULT, 1988, p. 24). No caso deste estudo, abster-se teria, principalmente, o sentido de “guardar distância” das mulheres e das situações em relação às quais as(os) ACS e demais profissionais da saúde, no bairro, não se sentem preparados para lidar, inclusive do ponto de vista da comunicação.

¹⁴ Na sua obra *O uso dos prazeres* (1988) Foucault discorre criticamente sobre o termo “moral sexual”. Tendo em conta a ambigüidade da palavra “moral”, o autor empreende um estudo de suas formas e transformações, identificando diferenças entre “códigos de comportamento” e “formas de subjetivação”. Aqueles designam as maneiras pelas quais os indivíduos e grupos se submetem - ou resistem - ao conjunto de valores e regras de caráter prescritivo vigente e as “formas de subjetivação” se referem à constituição de si como sujeito moral, através de atividades sobre si mesmo que o levam à sua realização moral. Embora toda “moral” comporte, segundo Foucault (1988) esses dois aspectos, o termo “moral sexual” utilizado neste artigo diz respeito aos códigos de comportamento, e à sua relação com as instâncias de autoridade que fazem valer o sistema prescritivo vigente, particularmente a “moral viril”.

4.4.1 Homens e respeito: a questão de ser e não ser

Diferentemente do herói shakespeariano que se defronta com a questão do ser ou não ser, o “homem que é homem” que habita os esquemas de percepção das pessoas que participaram na construção do *corpus* desta pesquisa vive outra questão: a de *ser e não ser*.

Para entender as circunstâncias nas quais a questão do *ser e não ser* emergiu nesta investigação, basta lembrar que ao se solicitar às pessoas entrevistadas o que significava para elas a afirmação “homem que é homem”, a resposta recorrente foi: “Homem que é homem tem respeito”. Constatou-se também que “respeito” surge para evocar o sentido de “*ser*” responsável, de forma semelhante a outros estudos, seja em torno das masculinidades (ARILHA, 1998), seja sobre as práticas sexuais no contexto brasileiro, inclusive em Salvador (BOZON & HEILBORN, 2006; HEILBORN, 2003, 2006b; PARKER, 1991; PITTA, 1998).

Ao analisar a dominação masculina, Bourdieu (2003) traz a questão da responsabilidade, atribuída aos homens, de se tornarem dignos da idéia de homem, por meio da acumulação da honra. De acordo com o autor, a honra é um capital simbólico monopolizado pelos homens. Ela representa um privilégio masculino que se constrói ao longo de um trabalho social que obriga cada homem a “ser responsável” por cumprir deveres consigo mesmo. Dentre esses deveres está o de aprender certas aptidões masculinas - a coragem, por exemplo -, desenhadas pelo mundo social como marcas de virilidade.

A virilidade, enquanto princípio de conservação e de aumento da honra, tem sua contrapartida na cilada da qual “homem que é homem” não escapa. Esta cilada consiste em impor igualmente aos homens o dever de passar por provas de potência sexual para conseguir que sua virilidade seja reconhecida e atestada por outros “verdadeiros homens” (Bourdieu, 2003, p. 57-65).

Na cultura sexual brasileira, um dos ícones centrais do modelo de masculinidade hegemônico continua a ser o *machão* (PARKER, 1991; HEILBORN et al., 2006; SALEM, 2004). Na percepção das pessoas entrevistadas nesta pesquisa, o cenário do bairro não é diferente. É o que se depreende da seguinte fala de um agente comunitário homem:

A visão que tenho é a seguinte: a própria estrutura da sociedade (silêncio); tem um garoto que é educado pra ser o predador, o forte, o valente, o mais atrativo sexualmente. *Ser macho* é ser mais forte que os outros, é uma tolice. A sociedade impõe que ele seja assim (Bruno, ACS, grifo da autora).

Do conjunto de discursos produzidos ao longo das entrevistas, este é um dos que melhor exprimem como a associação entre machismo e sexualidade é percebida no bairro. Ele anuncia o aprendizado da sexualidade (HEILBORN et al. 2006 a) ou, nos termos de Bourdieu (2003) o trabalho social de nomeação e inculcação de uma identidade social que “se torna um *habitus*, lei social incorporada” (BOURDIEU, 2003, p. 64).

O reconhecimento, por esse mesmo entrevistado, da construção social do machismo transparece na idéia de que este resulta de um trabalho educativo que molda a sexualidade masculina: o garoto *aprende a ser macho* à medida que adquire aptidões socialmente definidas como masculinas, tais como força e valentia e as imprime no corpo. Uma vez incorporada, a lei social passa a “governar” os homens, fazendo-os a aceitar como inevitáveis seus atos de *predador*. Esta suposta “determinação da natureza” anuncia uma espécie de face “selvagem” da sexualidade masculina, e alimenta a noção do “descontrole sexual natural aos homens” (SALEM, 2004, p. 26), tão cara à manutenção da virilidade e da honra que simbolizam o masculino.

De acordo com Bourdieu, “a virilidade [...] é uma noção eminentemente *relacional*” (BOURDIEU, 2003, p. 67, grifo do autor). Na fala de nosso entrevistado, esse caráter relacional da virilidade transparece quando ele destaca que “ser macho” significa “ser mais que os *outros*”, uma superioridade construída diante dos outros homens e para outros homens. A fim de receberem o selo de qualidade que atesta a virilidade, os homens se vêm compelidos a projetar publicamente sua potência sexual para que sejam reconhecidos por seus pares (os outros homens).

É dentro dessa lógica desenhada socialmente que “ser” responsável significa acumular honra, esse capital simbólico que, sem se impor explicitamente aos homens, “*dirige* (no duplo sentido do termo) seus pensamentos e suas práticas” (BOURDIEU, 2003, p. 63, grifo do autor). Uma dessas práticas é o que Salem denomina de “circulação simultânea dos homens entre várias mulheres” (SALEM, 2004, p.16). No entanto, o que para os homens significa

acumular honra, para algumas mulheres entrevistadas significa “traição”, conforme a afirmação a seguir:

Porque, assim, os homens traem muito né? Por que essa infidelidade né? *Por que tem que haver traição?* Tem seu casamento, tem sua esposa, por que trair? (Lúcia, ACS, grifos da autora).

A indagação desta agente comunitária pode ser respondida de múltiplas maneiras, dependendo de a resposta se basear, ou não, na visão androcêntrica dominante. Esta visão insiste na explicação de que essas proezas masculinas são “naturais” nos homens, ou seja, determinadas pela biologia. A visão dominante defende a exclusiva determinação biológica da sexualidade, onde a biologia se apresenta como algo imutável que responde pela existência de dois sexos diferentes “dados na natureza”, cada um deles essencialmente diferente do outro. Esta concepção tem servido para justificar essa visão androcêntrica, pela qual a infidelidade masculina é inevitável porque está na natureza do homem, que faz dele um ser que não consegue se controlar sexualmente. A incorporação dessa visão dominante é evidenciada pela fala de uma das mulheres entrevistadas:

Tem uns homens que não respeitam a sua mulher, no casamento, porque eles fazem coisas aí por fora. Solteiro, casado, tudo, até os véio, adultos, porque *home é assim mesmo* (Silvia, moradora, grifo da autora).

Por outro lado, tem-se uma gama de perspectivas teóricas que contestam essa visão do determinismo biológico dominante, argumentando a favor da construção social, ou invenção histórica, da sexualidade. Da vasta literatura existente, sumarizamos aqui algumas abordagens mais recentes, sem deixar de lembrar que a crítica à noção que consigna a sexualidade à esfera do natural ganhou proeminência com o fortalecimento das vozes feministas a partir da década de 1970.

Abordagens mais recentes sobre gênero e sexualidade têm tanto argumentado ser a biologia parcialmente construída pela cultura (TALLE, 1993), quanto questionado a fixidez da biologia e o binarismo sexual que a mesma propaga (BIRKE, 1998; PISCITELLI, 2003; FAUSTO-STERLING, 2000; HEILBORN, 2006).

Em Birke (1998), o foco está em problematizar o que se quer dizer com o termo “diferença”, quando se fala de mulheres e homens, cujas diferenças são consideradas “absolutas”, porque devidas a causas “biológicas”. Questiona o fato de a cultura na modernidade enfatizar a

existência de dois sexos diferentes, demandar a criação das crianças em um desses dois sexos e gerar a expectativa de que todas as pessoas serão ou machos ou fêmeas quando, de acordo com a autora, nem mesmo a biologia consegue validar uma dicotomia tão rígida.

A produção teórica de Piscitelli (2003) instiga mais estudos sobre o caráter redutor de análises que, de acordo com a autora, ainda se apóiam na noção de “identidades estáveis”, onde a sexualidade continua aprisionada à distinção binária, como se houvesse “uma linha divisória entre mulheres e homens que parece estabelecer uma continuidade entre ‘sexo e gênero” (PISCITELLI, 2003, p. 217).

Fausto-Sterling (2000) critica as estratégias que perpetuam a heterossexualidade como fato enraizado na natureza, ou seja, que reafirmam a “naturalidade” da existência de apenas dois gêneros, o que impede, de acordo com a autora, que se escale “a colina da variabilidade natural e cultural” (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 101).

A perspectiva adotada nesta dissertação se aproxima de Heilborn e de sua proposição para que se compreenda a sexualidade como “produto de diferentes cenários, e não apenas derivada do funcionamento bio-psíquico dos sujeitos” (HEILBORN, 2006, p. 35). Para a autora, as características que distinguem as mulheres e os homens relativamente à vida sexual, resultam de “uma combinação dos fenômenos que reverberam nos corpos como efeito de processos complexos de socialização dos gêneros” (idem, p. 35).

Aquino (2006), Heilborn et al. (2006a) e Fausto-Sterling (2000) destacam a necessidade de que análises no campo da saúde coletiva não se restrinjam à visão construtivista “radical” que elimina a materialidade do corpo e explica as múltiplas dimensões das categorias gênero e sexualidade apenas pela via da cultura. Pesquisas recentes informam uma imbricação entre natureza e cultura que os estudos de gênero da “primeira geração” não incorporavam.

A partir destes aportes teóricos, além dos escritos de Bourdieu (2003) e de Salem (2004), é possível responder àquela indagação da agente comunitária afirmando que entre os fatores que ocasionam a infidelidade masculina está a necessidade de “ser” responsável pela sua virilidade perante os outros homens.

Uma conclusão que se tira sobre o sentido de “ser” responsável atribuído ao termo “respeito” é a de que se aventurar no mundo com o pensamento dirigido para a posse sexual de várias mulheres é, na perspectiva androcêntrica dominante, tratar de ser viril. Em suma, é “ser” responsável pelo cumprimento de seus deveres quanto à honra masculina, perante si mesmo e os outros.

Um segundo significado que emergiu sobre o termo “respeito” em relação à conduta sexual dos homens foi o de “respeitar a mulher”, ou seja, a parceira fixa. Em várias respostas obtidas por meio das entrevistas, “respeitar a mulher” tem o sentido de ser fiel a ela. Noutras palavras, significaria “não ser” macho.

Nos casais mais velhos assim... ainda acho que há algum, assim, tipo de respeito, né? Respeito assim... de não trair, de não fazer coisas erradas e os mais novos de hoje traem mesmo, na cara dura mesmo; da mulher querer satisfação e ele não dá, a mulher pega com outras mulher e ele não chega a um ponto decisivo do que que ele quer (Paula, ACS).

Ser homem é ser responsável, é respeitar a mulher, se bem que nem todos são assim. Tem cara que sai ...vai em um bar, daqui a pouco vai para outro canto, encontra mulher e aí começa a confusão (João, morador).

Da análise dos resultados da pesquisa emergiram, portanto, dois sentidos que as pessoas entrevistadas neste estudo atribuíram ao termo “respeito” quando discorreram sobre as experiências sexuais masculinas: o de “ser responsável” e o de “não ser macho”. No primeiro sentido, viu-se que elas estabeleceram a associação “respeito – responsável – viril – ser macho”, semelhante aos estudos de Arilha (1998) e de Paiva (1994), a propósito da conexão entre masculinidade, responsabilidade e respeitabilidade. Na segunda acepção, os depoimentos trouxeram o sentido de “respeitar à mulher”, onde os esquemas de percepção associaram “respeito – responsável - fidelidade – não ser macho”.

À primeira vista, esta dupla significação do “respeito” em relação às condutas sexuais dos “homens de verdade” do bairro parece trazer ao palco mais uma encenação do drama shakespeariano entre ser ou não ser, desta vez adaptada aos cenários sexuais de um bairro popular de Salvador. Contudo, argumenta-se aqui que a oposição que aparece nos discursos de algumas pessoas entrevistadas entre “ser” tudo o que o mundo social desenhou para os homens e “não ser” infiel à parceira fixa se resolve, na prática, por meio de um artifício de ordem simbólica: o da separação dos espaços sociais específicos ao feminino e ao masculino,

a casa e a rua (DA MATTA, 1979), que parece ser a idéia dominante, ainda, no contexto do bairro onde a pesquisa foi realizada.

A partir de falas de algumas mulheres residentes, assim como das agentes comunitárias entrevistadas, depreende-se como a divisão entre a casa e a rua possibilita o que se denomina aqui de *continuum* do “ser e não ser”.

Para ter respeito entre os seus iguais, o homem tem que ser macho, ser da rua. Para respeitar a mulher, ele deve ter “consideração” pela mulher. E, para elas, ter consideração significa não trazer para dentro de casa nenhum vestígio do que ele faz na rua; não deixar que ela perceba que ele a trai, ou, nas palavras de uma agente, “não trazer para dentro de casa problemas que não fazem parte da família” (Lúcia, ACS).

Alguns dos homens entrevistados neste estudo também manifestaram a necessidade de ter consideração pela parceira fixa, talvez por outros motivos. Por exemplo, um ACS entrevistado destacou que o bom de ser homem é “não ter que sofrer tanto como as mulheres. Além de chorar, elas ficam insistindo pra conversar sobre relacionamento, namoro, casamento etc. ... Deus é mais!” (Eduardo, ACS).

O desagrado que “conversas sobre relacionamento” provocam, em alguns homens, foi observado por Salem (2004). Em sua pesquisa, a autora identificou que muitos homens não apreciam o apego que algumas mulheres criam em relação aos homens, ao qual se referem pejorativamente quando afirmam que as mulheres “pegam no pé”.

De acordo com a autora, esse apego é ao mesmo tempo um dos núcleos estruturantes do feminino e fonte de “perturbação” para os homens entrevistados por ela. Para eles, o apego da mulher perturba porque implica um vínculo com compromisso, que poderá vir a comprometer sua liberdade (SALEM, 2004). Este comentário de Salem traz a idéia de que, a fim de não serem perturbados, os homens “respeitam” suas parceiras, no sentido de evitar que elas conheçam a realidade de seus “descontroles sexuais” e, conseqüentemente, evitar conversas sobre relacionamento com elas. Isto porque essas conversas muitas vezes giram em torno das suspeitas de traição.

Se não podem levar para casa sequer os rastros, é no espaço público, nas rodas de amigos, que os homens representam, para os outros, o que são na rua, independentemente de terem ou não realizado o que expressam ter feito. Como afirma Goffman (2007), o fundamental na interação é a expressividade, isto é, a impressão que se espera causar no outro. E em se tratando de projetar sua virilidade, é fundamental causar boa impressão.

A fala de uma mulher residente no bairro sumariza outras falas de mulheres entrevistadas que afirmaram não terem dúvidas de que quando os homens se reúnem é para falarem das suas conquistas:

Eu acho que os homi quando se reúne, eles fala muito de mulher, né? Quando tão reunido ali eles falam de mulher, passa o segredinho pra o outro e diz que fulana é boa, que fulana é isso, que fulana é aquilo: “ah, rapaz, que nada, aquilo ali... né pra mim não, num sei o quê, aquilo ali já foi”. Quando eles tão reunido eles têm muito papo, né? (Nelma, moradora).

Todos os homens entrevistados confirmaram que as conquistas sexuais estão, de fato, entre os principais assuntos que surgem nas rodas de amigos no bairro. A análise das respostas dos moradores detectou distintos modos de reagir perante esses assuntos: uns dão conselhos para que amigos se cuidem e não levem nem problemas, nem doenças para a esposa: não deixar que ela saiba e usar camisinha; outros ouvem calados a conversa dos amigos. Alguns preferem se afastar, segundo afirma este morador do bairro:

João: Eu me afasto do grupo se a conversa vira conversa de homem.
 ENT: O que é pra você conversa de homem?
 João: É quando começam a falar mal das mulheres.

As “conversas de homem” são uma perda de tempo, na opinião de vários agentes comunitários homens, mas nem por isso eles deixam de tomar parte nelas, particularmente nos horários fora do trabalho. Para eles, essas rodas representam um dos espaços no bairro em que surgem oportunidades de introduzirem temas relacionados à saúde, inclusive sobre a necessidade dos homens cuidarem mais de sua saúde, se prevenindo do HIV/aids e outras DST.

Diferentemente dos agentes comunitários, as agentes comunitárias parecem não ter a mesma disponibilidade para “trabalhar informalmente” fora dos horários de serviço. Lembrando que a divisão sexual do trabalho continua a ser uma realidade social para mulheres e homens que

pertencem aos segmentos populares¹⁵, os chamados momentos de “folga” das mulheres são preenchidos por preocupações e atividades relacionadas com a casa.

Um aspecto identificado na pesquisa é, portanto, que a ordem simbólica que separa o feminino do masculino permite aos agentes comunitários homens conservarem a porção “rua” do mundo masculino. Esse *habitus* facilita a participação desses ACS nas conversas de homem, às quais eles afirmam agregar conteúdos informados por sua inserção profissional. Ao circularem mensagens de saúde na roda de amigos, esses ACS buscam criar deslocamentos no teor dos discursos habituais das conversas de homens.

Ressalte-se que, como não houve oportunidade de participar das conversas de amigos, mesmo tendo permanecido algum tempo no bairro¹⁶, não foi possível observar se os discursos da saúde introduzidos nessas conversas pelos ACS provocam desinteresse ou geram debates e problematização dos *habitus* que reproduzem a visão masculina dominante.

Porém, os comentários feitos pelos ACS entrevistados sobre os deslocamentos que eles tentam introduzir nas conversas com amigos suscitaram indagações sobre a possibilidade de os serviços de saúde da família considerarem essas conversas como espaços de trabalho dos agentes homens e, assim, valorizarem a contribuição da comunicação interpessoal dos mesmos na desconstrução das visões hegemônicas de gênero e sexualidade.

Visto que as conversas de homens funcionam socialmente como locais de apresentação de si como homens de respeito, será que o trabalho de comunicação dos ACS nesses espaços poderia apoiar os esforços do setor da saúde para a prevenção da aids? Seriam os ACS mediadores úteis para a problematização do *habitus* masculino no campo das práticas sexuais e da assimetria de gênero que dá suporte a essas práticas? Seriam as rodas informais de amigos ocasiões para interações mais efetivas entre ACS e moradores, com vista à

¹⁵ Utiliza-se o termo no mesmo sentido que é empregado por HEILBORN et al., 2006, p. 159.

¹⁶ Minha condição de investigadora, reconhecida e aceita pelas(os) residentes com quem convivi, não foi suficiente para superar a classificação simbólica que separa espacialmente as mulheres dos homens. A exemplo do que aconteceu no trabalho de campo desta pesquisa, quando meu trabalho nos países africanos exigia fazer entrevistas com homens, quase sempre era necessária a presença de um auxiliar que desempenhava o papel de entrevistador, enquanto eu permanecia nos bastidores da cena. No entanto, quando a pesquisa exigia entrevistar mulheres, era comum os maridos interagirem comigo, respondendo pelas suas esposas, que permaneciam sentadas atrás deles.

desconstrução da visão androcêntrica dominante que favorece a expansão da aids, particularmente entre as mulheres de segmentos populares?

Até onde foi possível observar, os achados desta pesquisa conduzem a responder negativamente a cada uma das perguntas acima, caso não se introduzam mudanças na estratégia de saúde da família e na formação das(os) ACS, temas que serão comentados no último item deste artigo.

É de ressaltar ainda que nas interações entre ACS e moradores homens que puderam ser observadas durante as visitas domiciliares, sequer eram mencionados assuntos sobre gestação, saúde da criança e planejamento reprodutivo, que se inserem nas prioridades de saúde, no bairro bem como no país.

Inversamente, em nenhuma das visitas acompanhadas ao longo do estudo surgiram, nas interações entre mulheres residentes e ACS, conversas sobre proteger sua saúde das infecções pelo HIV ou outras DST. Os discursos sobre proteção da saúde da mulher se limitavam ao que chamo de “fatos do útero e das mamas”, isto é, à gestação, à prevenção da gravidez, à amamentação e ao “preventivo”, assuntos que, como se viu anteriormente, nunca foram mencionados nas interações com os homens que moram no bairro.

Nas respostas originadas pela entrevista com ACS há menção às mudanças na posição social das mulheres do bairro, assim como nas condutas sexuais das mesmas. O reconhecimento dessas mudanças não se traduz, porém, nas práticas comunicativas de ACS com as moradoras do bairro. Ao se fazer esta afirmação, reiteram-se os achados de outros estudos (SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005) que analisaram a permanência, na estratégia de saúde da família, do foco na mulher como ser reprodutivo. As interações nas visitas domiciliares limitavam-se a conversas em torno da “mãe” e dos “seus cuidados” para com as crianças no primeiro ano de vida.

Na prática, as interações das(os) ACS com as usuárias nas visitas domiciliares contribuem para manter a ordem masculina hegemônica. Não representam momentos de possível desconstrução dos *habitus* de gênero e de sexualidade, como os discursos sobre a participação dos ACS nas “conversas de homens” parecem sugerir.

À luz das análises de Tannen (1996) no livro *Gênero y Discurso*, seria possível concluir pela existência de estilos conversacionais distintos entre agentes de saúde mulheres e agentes de saúde homens que participaram da pesquisa. A análise do material produzido pela investigação permite afirmar que quando interagem com as mulheres usuárias dos serviços de saúde, as agentes comunitárias que foram acompanhadas e entrevistadas não costumam abrir espaço nas visitas domiciliares, nem buscar espaços fora dessas visitas, para conversar sobre assuntos que extrapolem as fronteiras da “casa” e do “útero”. Os ACS até problematizam as práticas sexuais dos homens do bairro quando os encontram nas rodas de amigos, que pertencem à “rua”. Porém, até onde foi possível observar, não o fazem nas visitas domiciliares, ou seja, nas interações que têm lugar na “casa”. Os estilos conversacionais se diferenciam em função dos gêneros e dos espaços demarcados simbolicamente a cada um deles.

Os modos de falar de mulheres e homens que residem no bairro e que participaram da pesquisa são igualmente distintos, talvez até pelo fato de a pesquisadora ser mulher. A diferença mais acentuada reside na maior eloquência das mulheres, comparada ao laconismo nas respostas dos homens. Porém, como não foi possível participar das “conversas de homem”, não se tem elementos para afirmar se o estilo lacônico verificado nas entrevistas com os homens se mantém nas rodas de amigos das quais eles dizem participar. Pode-se apenas confirmar que a eloquência das mulheres se apresentou tanto nas entrevistas como nas “conversas de mulher” às quais a investigadora teve oportunidade de estar presente.

4.4.2 Mulheres e respeito: ser ou não ser

Quando as amigas se encontram os assuntos incluem filhos-marido-comida; passam por conversas sobre namoro, brigas de casal, sobre como encontrar um “parceiro, companheiro, compreensivo, completo”, e não param aí. Em uma entrevista, uma das mulheres que residem no bairro fez o seguinte comentário:

Ói, tem muitas pessoas [mulheres] que falam a posição que vai, o tamanho, essas coisas, a senhora entendeu? Dizem o que faz, aonde faz, aonde num faz, aonde faz e porque faz, o que diz na hora, o que num diz. Aí minha senhora, eu me acabo. Num vô mentir. Eu tenho umas amiga doida, quando elas começa a falar “a senhora tá véa, mas tem que aprender”, eu digo: “ô Jesus!” Aí eu [interrompe com riso] aí eu me acabo [de rir]. É que elas ficam falando de um negócio de um cachorrinho que faz lá

na pia [interrompe com risos] ou um negócio de sapinho lá que elas falam [rindo muito] Eu me acabo, digo “Ó pai!” (Glória, moradora).

Nesse discurso percebe-se que os encontros com as amigas podem funcionar como espaços de aprendizado de novas *performances* relativas ao ato sexual. Nas conversas de amigas presenciadas no curso deste estudo, foi possível apreender que algumas mulheres se interessam em aprender essas *performances* para conseguirem se tornar mais “selvagens” a fim de agradarem o homem. Como disse uma delas em uma das rodas de amigas,

Eu acho que... na verdade, o sexo, ele... acaba chegando no mesmo objetivo, tanto faz com a mulé em casa como a mulé na rua... é que as vezes tem homem que tem uma fantasia, gosta de um sexo mais selvagem... e a mulé em casa já é um pouco mais tímida, né, e acho que é isso que ele vai buscar na rua, a realização em fantasias dele... ele não obtém em casa... mas que no final das coisas chega... no mesmo ponto (Miriam, moradora).

Esse discurso localiza na “timidez das mulheres de casa” uma das razões que levam os homens a buscarem na rua a realização de suas fantasias. Ao mesmo tempo, ele opera para a aceitação da condição “natural” do chamado “descontrole sexual” dos homens. Note-se como o discurso abaixo, de um morador homem, opera em uma direção similar ao depoimento acima, relativamente ao “recato feminino” e ao “querer sexual sempre presente nos homens”:

Nós homens, né? A gente sempre, sempre pensa no sexo. Né? Seja casado, seja solteiro, eu vou ficar pra sempre querendo. E a parte feminina não. Mas de vez em quando é que aparece umas meninas aí meio avançada também. Hoje aparece mais essas meninas que antes. Elas que ficar só na diversão, tão muito atiradas (Vinícius, morador).

Uma diferença no plano discursivo se apresenta entre os dois depoimentos: se para aquela moradora é a “timidez da mulher de casa” que contribui para endereçar o homem à rua, na ótica masculina é o aparecimento das “meninas atiradas” que chama os homens à rua. Outro depoimento, de uma agente comunitária mulher, complementa os dois discursos acima ao mencionar que é a “variedade” de mulheres hoje em dia que provoca nos homens a “curiosidade” para viverem novas experiências sexuais.

Os homens hoje, eles fica curioso pra viver outras coisas, acho que é a variedade que ta tendo, acho que é isso, acho que o ponto mesmo é a curiosidade, eu acho (silêncio prolongado) (Lúcia, ACS).

Ao se analisar esses três extratos de discurso sob o ângulo da diferença de estilos conversacionais para cada gênero, vê-se que o morador se expressa de modo assertivo quando

se refere à sexualidade dos homens, projetando sua certeza de que eles “são assim”. Inversamente, a repetição do verbo “acho” nas falas das duas mulheres sugere a busca de fatos que expliquem o motivo de os homens “serem assim”. E, pelo menos até o momento, parece que as duas entrevistadas encontraram – ou acharam - a resposta na “timidez das mulheres de casa” em relação ao sexo e na “curiosidade dos homens” em relação ao sexo com as “mulheres da rua”.

Seja na perspectiva do morador, seja na das duas mulheres, esses extratos mostram que nos palcos do bairro o personagem principal das representações encenadas continua sendo o sexo; o sexo cuja invenção foi analisada por Foucault (1976).

4.4.3 O aprendizado da sexualidade entre mulheres

De acordo com sua *Histoire de la Sexualité I* (FOUCAULT, 1976), no século XIX a “ciência” delineou o sexo de uma forma singular, não como uma “arte erótica”, que dá lugar a falas de prazeres múltiplos, mas como “ciência do sexo”, que assimila o prazer ao sexo e cria o mito de que é do sexo que se originam *todos* os prazeres possíveis.

Na obra acima citada, Foucault assinala que essa *Scientia Sexualis* corresponde à tecnologia do poder no século XIX voltada para os processos da vida na perspectiva de controlá-los e modificá-los. Essa tecnologia, ou bio-poder é, de acordo com o autor, um poder normalizador cujo “efeito histórico [...] é uma sociedade normalizadora” (FOUCAULT, 1976, p. 189). Dessa tecnologia do sexo, escalonam-se táticas diversas que combinam, segundo proporções variadas, o objetivo da disciplina do corpo e o da regulação das populações.

Para o autor, ao circunscrever os prazeres à genitalidade, o bio-poder produz discursos que operam para conter a compreensão que se tem dos corpos e dos prazeres dentro de certos limites. Ou seja, trata de impedir ao máximo a possibilidade de se transformar os corpos em fonte de vários prazeres, de criar prazeres novos, de dessexualizar o prazer. Trata-se de evitar que a heterossexualidade compulsória seja questionada e, com ela, o próprio poder que se ocupa da vida.

Em seu célebre texto sobre a utilidade da categoria gênero para a análise histórica, Scott (1990) parece se aproximar de Foucault, quando argumenta que a oposição binária que fundamenta a heterossexualidade se torna parte do sentido do próprio poder e que colocá-la em questão ameaça o poder político por inteiro.

Contra esse pano de fundo orquestrado pela visão masculina do mundo, faz sentido que as mulheres que participaram desta pesquisa queiram aprender como se tornarem desejadas a partir do domínio de “técnicas selvagens” centradas na genitalidade. De acordo com a perspectiva foucaultiana, longe de se libertarem, elas estão se submetendo à “austera monarquia do sexo” (FOUCAULT, 1976, p. 211).

Sob o império do sexo, o *habitus* das mulheres, de conversar com amigas para tentar aprimorar seu aprendizado da sexualidade, convive com uma regra que delimita o que se fala e não se fala nessas rodas informais de conversas de pares, por sinal semelhante à regra das rodas informais de “conversas de homens”: não falar do que se faz com a(o) parceira(o) fixa(o).

No curso desta pesquisa, as mulheres entrevistadas mencionaram que nas rodas de amigas elas podem até falar de relações sexuais “em geral”, mas nunca comentar sobre a *performance* sexual do parceiro, principalmente quando estão casadas ou com namorado. No seu ponto de vista, esse assunto jamais é colocado, a fim de não despertar nas amigas o interesse sexual pelo companheiro.

Essa preocupação sinaliza a agência das mulheres na esfera da sexualidade, conduta que a visão androcêntrica dominante reprova e incentiva. Na perspectiva masculina, a conquista sexual agenciada pelas mulheres não lhes traz honra, como acontece entre os homens, mas sim desonra, ou seja, o inverso do “respeito”. É com este sentido que os homens entrevistados, ACS e moradores, se referiram às mudanças que eles percebem no atual comportamento sexual das mulheres residentes no bairro:

Com relação aos homens, o comportamento sexual não mudou nada, continua a mesma coisa. Só mudou nas mulheres, hoje o é que se vê é tudo se acabando novinha ... menina de 13 anos com filho de um ano no braço, menina de 12 (silêncio prolongado); o que mudou foi isso aí, *ela não tem mais respeito por ela*, tá tudo na perdição (Vitor, morador).

Tem mulheres que ficaram mais pervertidas ultimamente. Pervertidas porque *não se dão o respeito*, por exemplo, muitas se prostituem, hoje também tem muita mulher nas drogas e antes era mais coisa de homem (João, morador).

Hoje as mulheres *tão se valorizando menos*. Andam por aí fazendo besteiras, traindo o homem, bebedeira; quando a hora que chega tá bebendo com um, bebendo com outro; quando vem pega, quando vem ... essa aí já fica um negócio, vamo dizer com, né, porque fica um negócio sem valor (Pedro, morador).

Nos dois primeiros extratos, o modo reflexivo de conjugar o verbo chama atenção: “ela não tem mais respeito por ela” e “[elas] não se dão o respeito”. Quando se analisou, em relação ao homem, os sentidos do termo “respeito”, viu-se que ele traz o componente *relacional* da construção das masculinidades, ou seja: afirmar que o homem “tem respeito” significa que outros homens reconheceram publicamente o valor desse homem. Em relação às mulheres, o aspecto *relacional* se ofusca sem, contudo, deixar de existir: de um lado, ele se oculta na afirmação de que compete a elas mesmas “dar-se” ou não respeito; de outro lado, o aspecto *relacional* continua presente na medida em que são “as outras e os outros” que sinalizam se ela está ou não “se dando” honra. Dar-se respeito equivale a “administrar os avanços masculinos se quiserem conservar a reputação de *moça de família* ou de *mulher honesta*” (HEILBORN et al., 2006, p. 37).

Quando a dimensão relacional do respeito é ofuscada ao se referir às mulheres, o “respeito” parece se realizar no campo “individual”, privado, interno, quase biológico. É também nessa direção que se percebe o sentido atribuído ao termo “valor” no último discurso: algo que em relação às mulheres também é enunciado no modo verbal reflexivo, como se a mulher tivesse que dar uma volta sobre si mesma para “se valorizar”.

Em suma, pode-se afirmar que os discursos dos moradores homens operam na direção de diluir a dimensão relacional, social, que configura os sentidos do “respeito”, quando o relacionam às mulheres. Além disso, reforçam preconceitos contra a agência das mulheres no campo sexual, quando fazem uso de termos como “perdição”, “pervertidas”, “negócio sem valor”. Este modo de desqualificar as mulheres foi igualmente abordado na análise de Salem (2004) sobre as representações de sexualidade e gênero entre homens de classe popular, onde as mulheres que ultrapassam a linha simbólica que delimita o campo do feminino são designadas como “oferecidas”, “safadas” (SALEM, 2004, p. 51).

A absorção dessa visão masculina pelas mulheres se manifesta nas falas das residentes com quem se interagiu durante a pesquisa de campo, nas quais existem afirmações onde se repetem os mesmos termos utilizados nos discursos dos moradores homens apresentados acima:

Num sabe mermo *dar valor a si própria*. Num é? Quem vive andando em mau caminho, com gente ruim, fazendo coisa que num é pra fazer (Elizete, moradora).

Menos interessante nas mulheres é *não se dar o respeito* (Catarina, moradora).

Essas declarações anunciam que, apesar de reconhecerem que tem havido certa “evolução nos costumes”, inclusive no campo das práticas sexuais (BOZON, 2002; BOZON & HEILBORN 2006), os esquemas de percepção de ACS e residentes permanece fortemente marcado pela categorização de gênero que assinala a oposição passividade/atividade na cultura sexual brasileira. Se *mulher honesta* é a cunha da passividade feminina, todo deslocamento que mulheres, em particular as mais jovens, venham a realizar nesse campo é suficiente para que algumas pessoas entrevistadas as classifiquem como *perversas*.

Esses depoimentos indicam também que até mesmo os modos verbais concorrem para reproduzir a categorização de gênero segundo a ótica dominante: enquanto o termo “respeito” se conjuga nos verbos “ter respeito” e “respeitar a mulher”, quando se refere a homens, ao ser empregado para fazer menção a mulheres, esse termo se conjuga em modos verbais bem mais variados: “ter o seu respeito”, “se dar o respeito”, “perder o respeito”, “faltar ao respeito”, “se respeitar” e “respeitar o marido”. Note-se que até mesmo para “se dar” algum respeito do que lhe foi tirado pelo olhar de “outros”, o modo verbal apela para a voz passiva, como se com a intenção de enfatizar a passividade - socialmente construída e, portanto, socialmente suposta - das mulheres.

Manifestações desse *habitus* ocorreram em algumas interações ACS-residentes observadas, por exemplo, em um encontro ocasional na rua entre um jovem e um agente comunitário homem. Quando o ACS buscou orientar o jovem a propósito da prevenção de HIV/aids e outras DST, afirmou o seguinte: “se tiver ficando, tem que sair... com aquela pessoa certa” (Daniel, ACS). Quando foi solicitado a responder à pesquisadora o que quis dizer com “pessoa certa” Daniel afirmou que “pessoa certa é no caso, hoje em dia tem muito esse lado de ficar..., então pessoa certa é quem não tem isso de ficar”.

São raras as visões mais positivas das mudanças que atualmente acontecem no comportamento sexual das mulheres. Elas foram percebidas nas falas de poucas ACS mulheres e ACS homens. Os extratos abaixo, de uma agente mulher e de um agente homem, respectivamente, indicam a percepção de que mais abertura, mais diálogo, mais liberdade é positivo:

O comportamento sexual das mulheres atualmente tá mais aberto, elas tão conversando mais (Lúcia, ACS).

No comportamento sexual das mulheres, acho que está mais livre, e, na minha opinião, isso é positivo. Só é negativo quando ela faz isso sob pressão dos homens ou das amigas, porque aí pode não ser o desejo dela (Diogo, ACS).

O depoimento abaixo mostra outro esquema de percepção de ACS mulheres, cuja “classificação das mulheres” em “pervertidas” e “normais”, sinônimos de “abertas demais” e “mais educadas”, é mais um exemplo de que, no bairro e na unidade de saúde, persistem disposições que transportam para o presente a continuidade das estruturas sociais.

Eu... acho que algumas são bem pervertidas e outras já tão mais...é o que seria *normal* né?é... como é que se diz? Mais...mais umas já são abertas demais e outras já são mais educadas... (Geisa, ACS, grifo da autora).

Entre todos os depoimentos desta pesquisa, este é o único em que o termo “normal” aparece para adjetivar alguém com base no seu comportamento sexual. Interpretando-o na perspectiva de Foucault (1976), pode-se afirmar que a fala projeta a função da educação em saúde como um dos mecanismos colocados em marcha pelo dispositivo da sexualidade para a normalização das práticas sexuais. De acordo com o autor, no processo de invenção da sexualidade, o termo “normal” foi uma noção chave para a identificação das patologias e perversões que deveriam ser “normalizadas”.

Alguns extratos de falas demonstram que o contexto do bairro onde foi realizada a pesquisa não se diferencia de outros no que se refere ao “problema social” da gravidez na adolescência (HEILBORN, 2006a; AQUINO, ALMEIDA, ARAÚJO & MENEZES, 2006). E, na opinião de algumas pessoas entrevistadas, um dos fatores que o explicam é a ausência da família na educação de filhas e filhos. Nos depoimentos abaixo, a agente comunitária mulher vê a mãe como a responsável por essa educação, enquanto o residente homem acrescenta, além da mãe, a figura do pai.

Vejo que tem muitas jovens engravidando, muitas mães trabalham fora e não têm como orientar as filhas, e os filhos, né? (Cristiane, ACS).

Ta de barriga, namora, de 12, 13, 14 anos, que é a idade de ter gravidez. Ta assim porque, na maioria é falta de conselho da família e acho que a maioria das famílias nem dá conselho. Tem menina que sai de casa hoje e chega amanhã, o pai e a mãe nem pergunta onde estava; tem a ver com a criação e a criação já vem de casa (Vitor, morador).

Esses depoimentos não destoam dos resultados da Pesquisa GRAVAD¹⁷ a respeito do aprendizado da sexualidade. A análise de Bozon & Heilborn (2006) constatou que as informações sobre a aids e outras DST chegam aos adolescentes pela escola e pela televisão; sobre gravidez e contracepção quem informa é a mãe e a escola, e as informações sobre relações sexuais costumam ser transmitidas pela mãe e pelos pares.

4.4.4 “Moral sexual” na família

Nesta pesquisa, uma das formas escolhidas para acessar a comunicação interativa entre ACS e residentes foi solicitar que as pessoas entrevistadas comentassem sobre a conversa em torno da sexualidade no interior da família. Da análise dos resultados surgiu a categoria “conversa com filhas e filhos” que, em vários aspectos se aproximam das conclusões de Aquino, Almeida, Araújo & Menezes (2006).

Os homens que foram entrevistados não se envolvem na educação para a sexualidade, exceto quando são viúvos. Um morador só fala com o filho, mas não com a filha, para aconselhá-lo a ter “cuidado, se sair com a menina que é de menor” (Vitor, morador). Dentre as mulheres, algumas fazem mais “prescrição moral” e menos aconselhamento, como uma agente que sempre repete ao filho que ele tem de estudar, depois trabalhar e só então arranjar uma namorada, e que “vai ser uma namoradinha de cada vez, não vai ter esse negócio de um bocado não!” (Lúcia, ACS).

Conversar com as filhas é responsabilidade das mulheres, mas algumas entrevistadas informam a pouca regularidade com que o fazem: “aonde? Só de vez em quando é que toco

¹⁷ Investigação *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil*, de 1999 a 2002, realizada em Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

no assunto” (Catarina, moradora). Às vezes nem mesmo conversam porque “num tem precisão porque hoje se aprende mais na escola” (Elizete, moradora).

Quanto ao prazer, duas situações interativas merecem uma análise mais aprofundada. A interação com a pesquisadora possibilitou perceber que, mesmo quando existe uma relação de abertura entre mãe e filha, algumas palavras não se pronunciam e masturbação é uma delas, conforme declarou uma das mulheres moradoras:

Silvia - Hum, eu mesmo converso com a minha filha, converso. Falo a ela direitinho. Eu acho assim, o que mainha num falou pra mim, né, eu falo pra ela. Ela estuda num colégio que fala tudo. Teve uma situação mermo, um dia aqui que eu fiquei abismada, que isso eu num tinha comentado com ela. E ela soube mais de que eu, em relação a isso.

Ent - Foi qual assunto?

Silvia - Foi sobre... eh... eh... menstruação, né, um negócio desse assim, mas num era isso não, é outro nome. Foi que a gente tava comentando que ela tava quieta por aí, bulindo, bulindo. A gente num entendia porque isso, né? Aí ela chegou e sentou e disse, né, que lá no colégio tinham dito a ela. Que uma criança, em uma certa idade, sente... como é... ela explicou direitinho, é por isso que ela fica assim, que ela tá se descobrindo, ela disse, ela falou.

Talvez por estar relacionada ao prazer, a masturbação sequer é introduzida nas conversas com filhas pelas mães, de acordo com as mulheres entrevistadas. No depoimento acima se observa que é a filha que introduz o tema na conversa e, a mãe, ao relatá-lo, mostra sua visão de como o assunto é apresentado na escola: como técnica de “descoberta do corpo”. Nesta pesquisa não estava previsto estudar como a escola do bairro participa da construção da sexualidade. Neste sentido, só foi possível perceber que, de acordo com a opinião dessa mãe, o clitóris é assunto de educação na escola do bairro.

Diferentemente do que parece acontecer em pelo menos uma das escolas do bairro, a masturbação nunca foi tema das interações, entre ACS e residentes, observadas durante a pesquisa. Mesmo quando uma mãe introduziu o assunto, como em uma das visitas domiciliares, a agente de saúde não deu seguimento à conversa, demonstrando que, ou sequer ouviu, ou não se sentiu à vontade para conversar sobre prazeres com o corpo na infância. A mãe ficou sem qualquer resposta depois de afirmar que:

(...) eu queria marcar consulta pra minha filha [quatro anos] porque ela vive mexendo no biubiu e está começando a ficar cheia de caroço ¹⁸ (Usuária).

¹⁸ No bairro, “biubiu” é um dos termos usados para se referir ao clitóris.

No curso do trabalho de campo foi possível constatar que os assuntos relacionados a práticas sexuais que não envolvem especificamente a reprodução não fazem parte do cotidiano das interações nas visitas domiciliares. Em situações interativas, se algum assunto é apresentado por uma usuária, como no extrato acima, ele permanece em suspenso, nas franjas, no sentido de que as(os) ACS dão a impressão de nem terem ouvido a demanda. No caso desta visita, nem mesmo foi marcada a consulta solicitada pela mulher, muito menos dado prosseguimento ao diálogo iniciado pela mãe.

Esta situação sugere diferentes interpretações. Pode ser efeito de alguma insegurança, do ponto de vista técnico, sentida pelas(os) ACS para abordarem esse tema pela falta de formação nesse campo; pode ser a expressão de uma “moral sexual” presente na área da saúde, em especial na estratégia de saúde da família; pode também estar relacionado ao moralismo de algumas mulheres, ou ao fato de que elas não se sentem à vontade para conversar sobre sexualidade.

4.4.5 Aids nas interações face a face e a potência da mídia

A propósito da dificuldade de conversar sobre sexualidade com as(os) agentes comunitárias(os) de saúde, um achado da pesquisa importante de ser ressaltado é o de que todas mulheres que relataram, nas entrevistas, o uso do preservativo masculino nas relações sexuais, também afirmaram que a iniciativa partiu delas, no sentido de terem sido elas a solicitar que os parceiros passassem a utilizar a camisinha.

Mais relevante para este estudo foi a afirmação de que essa iniciativa não surgiu de suas interações com agentes comunitárias(os) de saúde durante as visitas domiciliares. Para algumas mulheres, a decisão de se prevenirem do HIV com a proteção da camisinha resultou de conversas em que a ginecologista recomendou o seu uso. Duas mulheres contaram que a estratégia utilizada para se protegerem do vírus foi a de “mentir” para o parceiro fixo que o método anticoncepcional que elas usavam prejudicava sua saúde e que deveriam substituí-lo pela camisinha.

A análise dos depoimentos das mulheres que afirmaram usar preservativo nas relações sexuais mostrou que é principalmente pela mídia que chegam as informações sobre a aids e o uso da camisinha para se prevenir da infecção pelo HIV. E é na tentativa de seguir as regras ditadas na mídia que algumas delas passaram a solicitar que o parceiro usasse o preservativo, se não com elas, ao menos em situações que podem surgir quando “ele sai para as baladas”, como se depreende da fala de uma das mulheres residentes:

Sobre a aids eu só sei mais o dia-a-dia, que é contraída através do sexo essas coisas, só vejo falando mais em televisão, mas nunca... procurei ler pra me aprofundar do assunto. Eu vejo sempre passando na televisão e eu sigo mais ou menos as regras que ele falam na TV, se prevenir com a camisinha, alertar o companheiro ... [...]. Eu sempre vejo os comerciais de prevenção, entendeu, e as vezes ele também sai com os colegas dele e eu sempre orientei ele levar camisinha... medo de... evitar essas coisas de doença que eu sempre tive muito medo disso... e homem sempre que sai pra balada a gente nunca sabe, né? (Miriam, moradora).

Esse resultado se aproxima de análises que afirmam o êxito relativo das campanhas nacionais na disseminação de informação sobre a epidemia e a recomendação para que os homens “vistam” o preservativo a fim de controlar a aids (PAZ, 2007). Êxito relativo porque, de um lado, os discursos na mídia conseguem que mulheres e homens conheçam a epidemia e a função do uso do preservativo na prevenção da infecção. Porém, o êxito é menor quando se trata da criação de outros *habitus*, particularmente nos homens, pela incorporação das mensagens, seja no sentido de dar forma corpórea à camisinha, isto é, “vesti-la em seu pênis”, seja no de ingressar ou incorporar-se ao grupo dos “responsáveis” em matéria de controle da epidemia.

Os moradores homens entrevistados nesta pesquisa confirmam o pouco êxito das campanhas, porque, à pergunta “O que você sabe e o que não sabe sobre a aids e o vírus HIV?” vários deles afirmaram que sabem o que a mídia anuncia, mas não fazem o que ela recomenda, como se pode ver nos extratos abaixo:

Vitor - Olhe, sei o que sempre passa na TV pra tomar cuidado, usar camisinha, sempre fazer exame. Isso é o que a gente sabe mesmo.

Ent - Você usa camisinha?

Vitor - Nunca usei.

...

Alberto - O meu estudo sobre isso aí é pouco, é mais pelo que assisto em televisão, jornais, rádio, esses negócios, esses meios de comunicação.

Ent - Você acha que os casais usam camisinha quando transam?

Alberto - Não, eu mesmo não uso, nunca usei.

Essa mesma pergunta foi feita às mulheres. Várias moradoras relataram que a mídia é sua principal fonte de informação e, diferentemente dos homens entrevistados, no plano discursivo elas procuram seguir as orientações das campanhas veiculadas nos meios de comunicação, como se pode observar nos extratos das falas de duas mulheres:

1. Glória, moradora, que se separou do parceiro com quem teve dois filhos de mais de 20 anos e uma filha de sete:

Eu vejo sempre reportagem. E muitas vezes eu leio bastante. Essas coisas de aids, minha senhora, essas coisas, tenho um medo que a senhora nem sabe.

Ah, fiquei com medo [quando fui fazer o teste], porque o pai dos meus menino ela pega tudo quanto é tipo de mulher. Sendo mulher, ele tá pegando. E ele acha que porque ele conhece, ela num tá doente! E num é bem assim. Aí fiquei preocupada, já imaginou? Eu pegar HIV?

Camisinha? Ah, tem que usar! Se não usar, não vai! Eu usei muito tempo, mas ele começou a dizer que não queria, que não queria. Aí, pronto, a gente parou. Eu parei de ter coisa com ele, parei de ter relação com ele.

2. Sonia, moradora, solteira que vive com um filho de quatro anos:

Quando eu ouço [sobre a aids] em algum lugar, no meio de comunicação, nos livros, que eu quase num leio, né, eu vou em cima, corro atrás.

Quando acontece de ter um relacionamento sexual, eu faço de tudo pra usar a camisinha.

É difícil. Porque eles não querem usar camisinha, que eles acham que com a camisinha eles sente menos prazer. Na cabeça deles. Eu acho que porque vai naquele, naquele desespero atrás, em busca, em busca do sexo, em busca do prazer, sem pensar. Porque num pensa, na hora do sexo num pensa. E ... eles num querem usar a camisinha e, às vezes, quando a mulher quer, né, eles bate pé firme, que num quer, que num quer, acha horrível, um absurdo.

Só uma mulher que num ama seu corpo, num se ama, num pensa também, que fica bem já bitolada, aqui, do homem, não consegue [que os homens usem a camisinha], certo? Mas se a mulher tem cabeça mesmo, pensa “é assim que eu quero”, *tudo pensado antes*, com certeza ela consegue!

É de ressaltar que, na segunda fala, a expressão facial e a modulação na voz que a moradora empregou para dizer a passagem “tudo pensado antes”, provocou a impressão, na pesquisadora, de que o tempo a que se refere o termo “antes” não é aquele que antecede imediatamente a relação sexual e, sim, um tempo mais longo, de incorporação de um *habitus* que passou a contemplar disposições que se harmonizam mais com a transformação do que com a continuidade da visão androcêntrica dominante.

Há vários pontos em comum nestas duas moradoras. Em primeiro lugar existe o fato de elas duas terem afirmado a influência da mídia na decisão de se protegerem da infecção do HIV por meio do uso da camisinha masculina. Em segundo lugar, as duas estão igualmente convencidas de que seus parceiros têm relações sexuais com outras mulheres e, por isso mesmo, tentam convencê-los a “vestir” a camisinha. Finalmente, chama atenção a semelhança no estilo de relatar a resistência masculina em relação à camisinha, onde as duas acentuam, pela repetição, o fato de o parceiro não querer usar.

Desses dois depoimentos se depreende, também, que mulheres podem ser mais afetadas, em comparação aos homens, pelas mensagens anunciadas na mídia sobre a proteção da saúde. Talvez porque o *habitus* que incorpora a lei social que associa “feminino” com cuidado à saúde seja mesmo mobilizado pela comunicação midiaticizada.

Convém ressaltar que, no período da pesquisa, estas eram as duas únicas mulheres entrevistadas que estavam vivendo a situação de chefes de família, trabalhando como empregadas domésticas. Estavam, sobretudo, entre as poucas que haviam completado o segundo grau no sistema nacional de ensino.

Não foram encontrados elementos para aprofundar a reflexão sobre questões que emergiram durante a análise dos resultados como, por exemplo, a prática da prevenção da aids pelas únicas mulheres chefes de família entrevistadas. Não encontramos, na literatura visitada, estudos que respaldem esse achado. Pelo contrário, a referência mais freqüente é a de que as mulheres chefes de família estão entre os grupos em situação de maior vulnerabilidade pelo fato de se incluírem entre os segmentos sociais mais empobrecidos. Talvez o nível de escolaridade represente um fator que diferencie algumas mulheres chefes de família de outras, uma vez que vários estudos (TOMAZELLI et al. 2003; SZWARCOWALD & BASTOS, 2000) já analisaram a relação entre maior escolaridade das mulheres e maior proteção das mesmas à infecção pelo HIV.

As mulheres que mencionaram os próprios parceiros ou a igreja como fontes de informação estão entre as que declararam não usar a proteção contra o HIV. Não estava no escopo desta investigação analisar a influência da religião nos *habitus* sexuais e na vulnerabilidade ao HIV/aids. Porém, a propósito das práticas de não uso de proteção baseadas nas conversas com parceiros, observa-se no bairro o que Salem (2004) identificou a respeito da resistência ao uso

do preservativo entre homens de classe popular. Esta resistência não se limita aos moradores, conforme se pode ver na resposta dada por um agente comunitário homem, que afirmou que nas suas interações com outros moradores do bairro não consegue dizer que usar preservativo é bom porque ele mesmo não gosta:

Ent - Alguém já chegou pra você pra dizer que não consegue usar camisinha?

Daniel – Já sim.

Ent - E como é que cê reage, que é que cê costuma falar?

Daniel – Pra mim fica difícil porque, eu não vou dizer que, que é bom que é... *eu vou até pelo meu lado* também que eu não gosto de usar é, é chato, não gosto (grifo da autora).

O texto “eu vou até pelo meu lado”, na fala desse agente comunitário, mostra como na interação com moradoras(es), as(os) ACS podem privilegiar as suas experiências, os seus julgamentos, o seu “gosto pessoal”, em detrimento das informações técnicas que o Ministério da Saúde faz circular para o controle da aids e outras DST. Este resultado se aproxima daquele que Schraiber (2005) menciona em sua análise do cotidiano das práticas no programa de saúde da família do Recife:

Os temas ligados à sexualidade são de difícil abordagem e resolução. Para lidar com as situações que envolvem a sexualidade as profissionais utilizam-se de conhecimentos não técnicos, de natureza pessoal e quase sempre de ordem moral (SCHRAIBER, 2005, p. 55).

O trabalho das(os) ACS na estratégia da saúde da família consiste basicamente em aproximar moradoras(es) e serviços de saúde. Para realizá-lo, entram em interação com as(os) residentes para recolher e entregar os cartões de consulta, cadastrar as famílias que mudam para o bairro e no bairro, identificar as gestantes, encaminhá-las para consultas, acompanhar seu pré-natal e o pós-parto, pesar as crianças abaixo de um ano, convidar as pessoas para as atividades educativas de adolescentes, de pessoas com diabetes e hipertensão ou de planejamento familiar. Os discursos que se criam nesses contatos face a face concorrem, ainda que sem intenção, para dar continuidade a *habitus* que as políticas públicas buscam transformar, a partir de conhecimentos gerados em pesquisas e sob pressão de movimentos sociais.

As ações aparentemente inócuas de ACS das equipes de saúde da família, como as mencionadas acima, impulsionam práticas comunicativas que podem ser mais complexas do que aparentam ser.

A pesquisa que se realizou mostrou que a comunicação interpessoal na estratégia da saúde da família no bairro não é, nem nunca vai ser, uma simples troca de palavras. Pelo contrário, ela funciona como um dispositivo que produz discursos que operam para perpetuar determinações sociais que o campo da Saúde Coletiva, ao lado de outros, se empenha em contribuir para transformar, particularmente quanto a gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids.

A análise dos depoimentos de ACS mostrou que os *habitus* concorrem para manter mais um fator que, de acordo com Salem (2004), colabora para a resistência masculina ao preservativo: a separação socialmente estabelecida entre as “mulheres da rua” e as “mulheres de casa”. Para Salem, no plano discursivo o preservativo é associado às relações sexuais com “mulheres da rua” e introduzi-lo nas relações sexuais com as parceiras fixas teria o sentido de desrespeitar as “mulheres de casa” ao equipará-las às “da rua”. Teria também o sentido de confirmar que eles transam com mais mulheres, além da parceira fixa, o que estas já sabem, conforme alguns depoimentos.

Da análise dos resultados emergiu uma indagação sobre a (di)visão dos espaços entre os gênero: será que o referencial analítico que se buscou na obra de Bourdieu teria contribuído para que a pesquisadora enquadrasse os discursos de residentes e ACS nos termos de uma separação binária? Apesar de este referencial teórico ter permitido analisar o poder simbólico atribuído à camisinha nos espaços da “casa” e da “rua”, será que as oposições de ordem simbólica entre o feminino e o masculino limitaram o estudo a olhar para os pólos, deixando escapar discursos sobre outras práticas sexuais?

Em sua análise, Salem identifica que os homens por ela entrevistados já preenchem o espaço entre os pólos “da casa” e “da rua” com outros termos, tais como as “meninas de família” e as “safadas”. Considerando que outros scripts sexuais contemporâneos se desenvolvem em cenários ainda marcados pelas normas tradicionais (BOZON, 2002; BOZON & HEILBORN, 2006; HEILBORN, 2006b), não é de surpreender que a ótica masculina dominante continue a fundamentar uma “classificação das mulheres” em função de como elas se relacionam com os homens, no campo da sexualidade.

Levando em conta o que foi analisado a propósito do termo “respeito” em relação aos homens, na ótica masculina vigente, entende-se que é nas parcerias de curta duração e alta rotatividade que os homens buscam o reconhecimento de suas proezas sexuais para terem

respeito e acumulem honra. Para as mulheres e homens entrevistadas(os), é nessa modalidade de parceria sem vínculo que o uso do preservativo tem seu sentido de “prevenção de doenças”, ao menos no plano do discurso.

Uma vez que o uso do preservativo adquire sentido nas experiências sexuais voltadas para a acumulação de honra masculina, pode-se pensar que, de acordo com os resultados da pesquisa, o ato de “vestir” o pênis com camisinha está associado ao processo de produção de “mulheres desonradas”. Ou seja, inversamente ao que se passa com os homens, ao “circularem simultaneamente” entre eles, estas mulheres acumulam vergonha no lugar de honra.

A relação entre preservativo e o processo de acumulação - de honra para os homens e de vergonha para as mulheres - parece atribuir um poder simbólico ao próprio uso do preservativo, entendendo por poder simbólico,

[o] poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo; [...] capaz de produzir efeitos reais sem dispêndio aparente de energia (BOURDIEU, 2004, p. 14-15).

Considerando esta definição de Bourdieu, o preservativo, ao ser usado, parece adquirir o poder simbólico de desonrar a mulher com quem o homem, em princípio, manteria relação sexual com o pênis “vestido”.

O uso do preservativo está, neste sentido, atravessado pela ordem simbólica que cria os gêneros e os modos diferenciais como as mulheres e os homens, ao se moverem no campo da sexualidade, adquirem respeito e honra, ou o seu inverso. Uma ordem pela qual não apenas se diferenciam esses dois gêneros socialmente produzidos como, também, se cria a necessidade de distinguir as mulheres entre “as de casa” e “as da rua”, para viabilizar aos homens a conquista da honra.

A importância de desvelar o poder simbólico embutido no uso do preservativo traz para o campo da comunicação interativa o desafio de necessariamente abordar a questão do poder e da assimetria entre os gêneros, caso se queira enfrentar a expansão da aids entre as mulheres por meio do uso do preservativo masculino.

De acordo com os depoimentos das mulheres, é possível concluir que os discursos produzidos na interação entre as(os) ACS e as mulheres do bairro operam menos para a transformação dos *habitus* destas mulheres no campo das práticas sexuais do que as campanhas na mídia. Os resultados da pesquisa permitem também interpretar que os discursos que acontecem nas interações de ACS com moradores homens pouco contribuem para as mudanças nos *habitus*.

Dentre os fatores que dificultam a produção de discursos que poderiam operar mudanças nos esquemas de percepção e de ação das(os) residentes no bairro está a dificuldade de introduzir, nas interações entre moradoras(es) e agentes comunitárias(os) de saúde, conversas sobre sexualidade. Essa dificuldade tem a ver com mais outro sentido do termo “respeito” apreendido no curso da análise dos resultados da pesquisa: o “respeito à privacidade”, como se verá a seguir.

4.4.6 Respeito à intimidade: a proteção da “moral sexual”

O tema da sexualidade não faz parte do cotidiano das interações durante as visitas domiciliares. Como mostram alguns resultados da pesquisa, algumas mulheres afirmam não estarem à vontade para se abrir a esse respeito nas conversas com ACS, seja porque entendem que é com ginecologista que se conversa sobre o assunto, seja por vergonha e timidez:

Lugar certo para falar sobre isso é lá no ginecologista (Suzana, moradora).

Elizete - Mas a partir do momento que eu mudei dessa médica e passei pra minha médica (ginecologista), que é a que tou com ela, aí ela veio assim, meio triste, “você faz alguma coisa pra evitar, pra se livrar dessas doenças?” Aí eu fiz assim, “como assim, eu venho pra ginecologista todo ano, (...) de ano em ano eu faço ultra-som de seio, faço a mamografia, faço preventivo”. Então ela (a médica) fez assim: “B., a partir de hoje você, se eu fosse você, eu me, eu usava a camisinha, tá entendendo?”. Aí eu “mas eu tou casada”, assim, “mas eu sou casada com o meu esposo e eu num acho que ele vai fazer coisa errada, não”. Porque C. (o esposo), fiz agora vinte e sete anos de casada, agora no dia trinta e um de maio, C. num vai no médico. Num gosta de médico. [A ginecologista falou:] “Se ele num quer ir, então use a camisinha”. Pronto. Já tem quase três anos que estou usando, com ele (...). Ele, ele mermo compra. Ele já compra. Aí pronto, e por incrível que pareça, até o preventivo meu, quando eu vou fazer, eu num tenho nada.

Ent - Se fosse agente comunitário, você teria essa mesma conversa?

Elizete - Não,

Ent - Por que não?

Elizete - Tenho vergonha, prefiro a ginecologista.

À falta de abertura, declarada por algumas mulheres entrevistadas, para conversar sobre sexualidade com agentes comunitárias(os), soma-se o fato de a sexualidade ser considerada um assunto privado, na opinião de várias mulheres e homens que participaram da pesquisa.

Quando percorríamos as ruas para fazer as visitas domiciliares, uma agente comunitária comentou:

Eu gostaria de falar mais com as mulheres do bairro, conseguir que elas se abrissem mais, pra gente conversar e elas se cuidarem mais (Paula, ACS).

Chama a atenção neste enunciado o fato de que o desejo de conversar mais sobre questões em torno da sexualidade se restrinja às mulheres, mesmo quando seu trabalho a coloca em interação com mulheres e homens. Porém, levando em conta a separação social dos espaços privados e públicos, assim como a oposição hierárquica feminino/masculino, esse discurso ganha sentido.

Além disso, sendo a ACS uma agente do “público” operando no espaço domiciliar, ela está mais uma vez limitada: como alguém “de fora”, lhe é vedado o acesso a assuntos que “têm que ficar dentro de casa”, na opinião de residentes que participaram da pesquisa. As falas abaixo - as duas primeiras, declaradas por mulheres residentes e, as duas últimas, por moradores homens – ilustram essa opinião dominante relativamente à sexualidade na parceria fixa:

Essas coisa de marido e mulé tem que ficar só com eles (Nelma, moradora).

O que aconteceu ali com os dois é pra continuar com os dois (Miriam, moradora).

Isso aí é pra quatro paredes (Pedro, morador).

Esse assunto tem que ficar dentro de casa. Da porta pra fora não tem mais nada a ver (Vitor, morador).

Estas falas mostram que o pouco de práticas sexuais que cabe comentar nas interações de residentes com ACS se refere a aspectos da reprodução, onde ACS têm as mulheres residentes como suas interlocutoras, e não os homens. As falas também exemplificam um dos motivos que as(os) ACS apresentam quando discorrem sobre a dificuldade que enfrentam para

introduzirem questões que se referem à sexualidade nas visitas domiciliares. As(os) agentes comunitárias(os) afirmaram:

Às vezes, alguma conversa surge, mas não é fácil, por que as pessoas não costumam se abrir sobre esses assuntos (Diogo, ACS).

Tem família que não conversa muito, que não se abre e tem aquelas que se abre, aí a gente conversa, e a gente comenta se [está] fazendo algum contracepção, algum método de evitar filho indesejado (Eduardo, ACS).

Às vezes ela fala, assim, sobre casos pessoais, assim, convivência com o marido, ou que ela tem alguma dúvida assim, em algum aspecto de evitar algumas doenças, aí me sinto à vontade pra responder, tem até como eu abordar (Paula, ACS).

Esses depoimentos sinalizam que os esquemas de percepção das(os) agentes comunitárias(os) que participaram desta pesquisa são modelados pela idéia segundo a qual a iniciativa de conversar sobre sexualidade nas visitas deve partir das(os) usuárias(os). Para elas(es) essa atitude se coaduna com a noção de “respeito à privacidade”, mais uma dimensão do termo “respeito” que surgiu nesta pesquisa. Nas palavras de um dos agentes comunitários,

Na visita, quando falo do planejamento familiar eu puxo pra outro assunto, camisinha, mas é difícil levar um papo mais a fundo porque pode invadir a intimidade das pessoas. Tem sempre muita gente durante as visitas (Bruno, ACS).

A noção de “respeito à privacidade”, de acordo com Schraiber (2005), é lembrada quando o assunto em pauta “não tem, ainda, solução explícita no campo da saúde” (SCHRAIBER, 2005, p. 54). Na falta de uma solução em relação a como abordar a sexualidade na atenção básica, qualquer menção ao tema poderia, talvez, ameaçar a interação. Diante de uma possível ruptura na interação, as(os) ACS parecem recorrer a “manobras de proteção” e “manobras de defesa”, práticas que Goffman (1970) discute ao analisar o “trabalho da face” nas interações.

De acordo com Goffman (1970), nos contatos face a face as pessoas se expressam esperando provocar, nos outros, uma impressão positiva. Quando essa valoração positiva ocorre, a pessoa sente-se segura, sente que pode apresentar-se ante os demais de forma aberta e, neste caso, pode-se dizer que ela *tem ou mantém a face*. Quando os juízos dos outros não respaldam a impressão que a pessoa quer provocar, diz-se que *está com face equivocada*, uma face que não corresponde à situação e que pode fazê-la se sentir envergonhada e inferior. Alguém se arrisca a ficar *sem face*, se participar de um contato com outros sem ter preparada uma linha

de ação. Em Goffman (1970), face diz respeito à auto-imagem pública que alguém reclama para si em eventos de interação. É de ressaltar, no entanto, que a face da pessoa é,

(...) algo que não se encontra localizado no ou sobre o corpo, mas, sim, algo difuso que há no fluir dos eventos do encontro e que só se torna manifesta quando ditos eventos são vistos e interpretados segundo as valorações que expressam (GOFFMAN, 1970, p. 14).

Analisando os depoimentos anteriores sob esta perspectiva goffmaniana, pode-se interpretar a discrição em respeito aos demais como uma “manobra protetora” da face das(os) usuárias(os) frente às demais pessoas da família presentes à arena de interação. Para não expor as(os) usuárias(os) a uma situação onde poderiam “perder a face” (GOFFMAN, 1970, p. 14-15), frente aos demais membros da família, opta-se por não abordar questões sobre sexualidade.

Um exemplo de uma manobra protetora foi observado em uma das visitas domiciliares na qual um(a) profissional de nível escolar superior também estava presente. Durante a interação desta(e) com as pessoas da família, a pesquisadora percebeu que uma outra cena se desenrolava nos bastidores da cena: a(o) ACS solicitou que uma das jovens presentes a(o) acompanhasse até o jardim da casa, onde conversaram por um tempo. Quando a pesquisadora se aproximou, a(o) ACS comentou que estava convidando-a para uma reunião de planejamento familiar. No retorno para a unidade de saúde, a(o) ACS comentou que costumava proceder assim para “preservar a face” das jovens, porque não sabia como a família iria reagir se conversasse sobre métodos anticoncepcionais com elas, diante de familiares.

Nas palavras de Goffman (1970, p. 22), quando as pessoas pretendem mostrar respeito e “dejan sin mencionar hechos que en forma implícita o explícita podrían contradecir y perturbar las afirmaciones hechas por otros”, elas recorrem a manobras que podem conservar a face dos outros, mas que não conservam o bem-estar deles.

A partir desta colocação de Goffman é plausível problematizar a atitude de “respeito à privacidade” e refletir sobre como este modo de interação tende a desrespeitar, sem a intenção de fazê-lo, o direito à saúde das(os) moradoras(es) do bairro.

É importante destacar, inicialmente, o elemento não-intencional desse possível desrespeito ao direito à saúde construído na interação. Sobre esta questão, Goffman (1970) refere que as linhas de ação adotadas no curso da interação são atos que podem ser ou não ser intencionais, entendendo por linhas de ação os esquemas de atos verbais e não verbais por meio dos quais cada pessoa expressa sua visão da situação para impressionar os outros.

As linhas de ação sempre se definem, portanto, no curso do contato face a face, nem antes, nem depois e, sempre, em função das impressões que uns vão provocando em outros. Manter a distância, agir com formalidade, não expor “segredos”, são exemplos de linhas de ação passíveis de serem adotadas no curso de uma interação.

De acordo com Goffman (2007), a expressividade tem um papel comunicativo na interação porque, ao se constituir por intermédio de atos não necessariamente intencionais que recorrem a símbolos verbais e não verbais, ela vai compondo uma ampla gama de ações levadas a efeito por uma série de razões – impressionar os outros, manter as faces, etc. - além da mera transmissão de informação.

Analisando os depoimentos acima transcritos sobre o “respeito à intimidade”, ainda na perspectiva goffmaniana, pode-se interpretar tal descrição também como uma “prática defensiva” que as(os) ACS adotam para manter a sua face. Entretanto, tal prática está longe de contribuir para as mudanças em direção à mitigação das desigualdades.

4.4.7 Formação das(os) ACS e limites de ação sobre a “moral sexual”

Tendo como referência a abordagem de Goffman na análise dos processos que se criam nas interações, é provável que o temor de “perder a face” disfarçado de “respeito à intimidade” esteja relacionado à pouca formação das (os) ACS em como abordar e refletir criticamente com suas e seus interlocutoras(es) as questões relativas à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids. Neste sentido, problematiza-se a idéia de profissionais de nível escolar superior que participaram da pesquisa, de que falta às(aos) ACS maturidade ou perfil para falarem de sexualidade com as(os) moradoras(es) do bairro, como foi sintetizado na fala abaixo:

A comunidade deve achar que os ACS não têm maturidade pra falar sobre esses assuntos. De fato, mesmo nós consideramos que alguns ACS não têm maturidade ou perfil pra falar sobre sexualidade, aids, DST, HIV (Diana, técnica).

Menos do que falta de maturidade ou perfil inadequado, o que parece faltar às(aos) ACS é uma formação que lhes permita participarem mais ativamente da implementação das políticas de atenção à saúde que se baseiam nas teorias de gênero (SCOTT, 2005; AQUINO, 2005; PORTELLA, 2005). Parte daquele “processo de evitação” pode estar relacionada à precária formação que ACS recebem ao ingressarem na estratégia de saúde da família, especialmente nas questões onde se imbricam gênero, sexualidade e vulnerabilidade ao HIV/aids.

As(os) ACS estão entre as(os) primeiras(os) a mencionar a falta de formação e de supervisão adequadas para lidarem com a sexualidade no seu trabalho cotidiano:

Acho que no nosso trabalho a gente tem que se sentir bem, mas tem vezes que eu mesma num sei o que responder, o que fazer. Por isso acho que a gente precisa de mais formação nessa área de sexualidade (Cristiane, ACS).

O trabalho é estressante, e a prefeitura poderia dar mais capacitações e mesmo providenciar uma supervisão onde a gente pudesse desabafar (Diogo, ACS).

Todas(os) as(os) ACS que participaram da pesquisa declararam que seria “normal” conversarem sobre sexualidade com as pessoas do bairro, sendo que “normal” teria o sentido de “não ter vergonha de falar, [de] entender que sexo faz parte da vida de todo mundo” (Cristiane, ACS).

No período em que se estava no campo, foi realizada a primeira formação, para todas(os) ACS de Salvador, sobre saúde sexual e reprodutiva, organizada pelas secretarias de saúde do estado e do município. Essa formação era aguardada pela equipe que fez parte da pesquisa porque, nas palavras de uma gente comunitária,

Na formação que tivemos no começo, quando começamos a trabalhar aqui, a gente num falou muito sobre sexualidade. Agora vamos ter o curso de saúde reprodutiva e não vejo a hora de começar (Paula, ACS).

A investigadora teve a oportunidade de acompanhar essa primeira formação que as equipes de ACS tiveram em saúde sexual e reprodutiva, desde que começaram a trabalhar na USF do bairro. As duas formadoras que facilitaram os trabalhos são conhecidas nacionalmente por sua competência profissional neste campo. A formação durou vinte horas e motivou a

participação ativa das(os) agentes comunitárias(os). Os conteúdos abordados incluíam principalmente informações sobre a reprodução e os métodos anticoncepcionais.

A relação entre gênero, sexualidade e aids não foi, entretanto, problematizada em nenhum momento, de um ponto de vista integral e integrado, questão que foi apontada, pela pesquisadora, para as duas formadoras, com a sugestão de que em outras formações essa relação fosse aprofundada, assim como incluídos debates sobre as dificuldades que as(os) agentes encontram na comunicação interpessoal e como poderiam superá-las.

A discussão em torno de gênero concentrou-se nos papéis feminino e masculino, sem abordar como ACS percebem as assimetrias de poder entre os gêneros no bairro e como as vivenciam em seu trabalho. A sexualidade foi discutida sobretudo do ponto de vista de como evitar a gravidez e a infecção pelo HIV/aids, mas sem tratar de como ACS encaram as dificuldades, de acordo com suas percepções, para conversarem sobre o uso do preservativo, durante as visitas domiciliares. Não se discutiu a questão da vulnerabilidade ao HIV/aids, nem a violência contra as mulheres, na perspectiva de integrar ao trabalho de ACS a abordagem dos direitos reconhecidos por lei e por políticas públicas, como a Lei Maria da Penha (Brasil, 2007a) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004).

É essencial que as formações dos profissionais da ESF tratem de temas como gênero, sexualidade, vulnerabilidade e demais desigualdades sociais, aprofundando-os em suas dimensões simbólica, cultural e biológica (PARKER, 2002; AQUINO, 2005; PORTELLA, 2005). No entanto, argumenta-se aqui, não basta ter acesso a esses conteúdos se não existirem modos de comunicar outros que não os normativos e unidirecionais. Focalizar as formações apenas nesses conteúdos não garante que as ações de prevenção na atenção básica se desenvolvam com qualidade e efetividade, sobretudo quando se constatou a presença de um “tom normativo” (SCHRAIBER, 2005) nas interações entre as(os) ACS e usuárias(os).

De acordo com Araújo et. al. (2006) é necessária a inclusão da comunicação, inclusive a comunicação interpessoal, como um conteúdo fundamental na grade da formação profissional em saúde. Constatou-se que, no campo da aids, a qualificação dos profissionais costuma se limitar a uma discussão que não favorece a compreensão e apropriação do enfoque sugerido na literatura sobre prevenção da aids (AYRES, 2002, PAIVA, 2006; PAIVA et al. 2006; PARKER, 2002; PAULILO, 1999; ROSO, 2000) e estudos sobre o gênero na saúde da família (PORTELLA, 2005; AQUINO, 2005).

Os temas da violência doméstica e da violência sexual não entraram, nem na formação, nem nas conversas de ACS com residentes do bairro, como ficou evidente ao se acompanhar as visitas domiciliares. As(os) moradoras(es) raramente introduzem o tema e, quando o fazem, as(os) ACS demonstram não saber como lidar com ele e perdem a oportunidade de aprofundar a conversa. Na fração de interação durante uma visita domiciliar, que se descreve abaixo, ficou evidente o que Goffman fala sobre “não acentuar a comunicação” sobre alguns assuntos:

Visita de cadastramento de toda a família que se mudou recentemente pro bairro.
 Lúcia (ACS) pede os documentos de todas as pessoas que moram na casa e fica o tempo todo anotando os dados na ficha.
 ...
 Lúcia: alguém da família tem algum problema de saúde?
 Mulher: minha outra filha tem um pouco de distúrbio mental (...).
 Lúcia recomenda um local próximo onde tem atendimento psicológico.
 ...
 [mulher diz que são novos no bairro, vieram da Boca do Rio, e pergunta se na área tem muita violência sexual].
 Lúcia: uma vez um rapaz abordou a filha da mulher que morava aqui na rua, levou ela praquele terreno e estuprou. Mas essa foi a única vez que aconteceu isso aqui. Aqui só tem que tomar cuidado pra não andar no beco à noite.

Ao acentuar termos como “uma vez” e “a única vez”, a ACS parece tentar tirar a relevância que o tema da violência sexual ou doméstica tem, talvez por insegurança, efeito da falta de formação sobre como lidar com a questão. No artigo “Violência vivida: a dor que não tem nome”, Schraiber et al. (2003) analisam o porquê de as mulheres não contarem e de os profissionais da saúde não perguntarem às(aos) usuárias(os) sobre questões de violência contra a mulher e concluem que,

No campo da Saúde, os profissionais não perguntam porque não vêem qual a intervenção a ser feita, não se sentem habilitados, acham que não têm tempo para atender como deveriam, por ser este um problema por demais complexo, ou sentem o assunto muito próximo e, acima de tudo, não admitem que este seja um problema da atenção à Saúde (SCHRAIBER, L. et al., 2003, p. 45).

Além desses motivos, Schraiber et al., nessa mesma obra, destacam a urgência de estudos que analisem a temática da comunicação e da linguagem na interação das(os) profissionais da saúde de modo que suas ações possam ser “mais resolutivas” (p. 45) diante da violência contra as mulheres. Em estudo mais recente, Schraiber et al. (2007) constataram que usuárias de serviços, em particular os de atenção primária, tendem cada vez mais a reconhecerem as situações de violência doméstica por elas vivenciadas. Porém,

(...) essa violência não é reconhecida em diagnósticos. Agregam-se as dificuldades das mulheres na revelação do vivido, reforçado pelo descrédito e julgamento moral dos profissionais que as escutam (SCHRAIBER et al., 2007, p.361).

Cumprir lembrar que a dificuldade de lidar mais efetivamente com casos de violência doméstica contra as mulheres não é exclusividade da área da saúde, até porque este é um problema que exige uma atenção em rede, intersetorial que, de acordo com Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007), ainda está longe de ser efetivada. Para essas autoras, no conjunto de serviços de assistência a casos de violência doméstica contra mulheres existem racionalidades operacionais diversas e conflitantes que impedem sua integração.

Na pesquisa realizada, as(os) agentes comunitárias(os) afirmaram que teriam abertura de conversar sobre violência sexual e doméstica, mas não o fazem por vários motivos: “acho que ia partir pra cima, não teria paciência com eles [os parceiros]” (Bruno, ACS); “não dá pra denunciar, o marido vai logo desconfiar da gente” (Diogo, ACS).

Da análise das falas das agentes comunitárias mulheres, e de seus colegas de trabalho homens, se depreende um motivo para que não conversem sobre as violências contra as mulheres. Esse motivo transparece nas falas abaixo, a primeira de uma agente mulher, a segunda de um colega homem:

Na minha área as meninas são fechadas, até as mulheres casadas são fechadas, não sei se é porque a gente mora na área, não sei se é porque a gente mora no bairro, mesmo que a gente diga que aquilo é confidencial, é entre eu e ela e tal, mas, elas ficam com medo (Lúcia, ACS).

Sei que é uma situação que precisa terminar, mas o fato de residir na área torna mais difícil pras pessoas se abrirem sobre sua vida íntima (Diogo, ACS).

Morar no mesmo bairro é, portanto, outro fator que, na percepção de agentes da saúde, inibe as conversas em torno da violência praticada contra as mulheres que representa uma das dimensões relacionadas às práticas sexuais sob a visão androcêntrica dominante.

Residir na área adscrita à USF é, igualmente, um fator inibidor para jovens mulheres que chegam a solicitar a enfermeiras(os) ou médicas(os), de acordo com depoimentos destas(es) profissionais, para não comentarem com as(os) ACS que elas já têm relações sexuais, pois elas se sentiriam envergonhadas ao encontrá-las(os), uma vez que muitas delas cresceram com algumas e alguns ACS.

As(os) profissionais de nível técnico universitário que participaram da pesquisa questionam a necessidade de as(os) ACS residirem na área adscrita à unidade. De acordo com seus depoimentos,

Agente não tem que morar na comunidade. E quanto ao vínculo, não depende de residir na área, e sim de como você desempenha o seu trabalho. Acho que o fato de residirem na área pode até ser um empecilho pra conversar abertamente sobre esses assuntos de sexualidade e aids (Diana, técnica).

Como há agentes que cresceram na região, as pessoas que hoje são mais velhas viram eles crescer. Pensa se não é difícil elas se abrirem para falar sobre o relacionamento familiar, o sexual, pros ACS que viram nascer e crescer (Marta, técnica).

Constatou-se, assim, que o fato de ACS residirem na área adscrita à unidade de saúde mais dificulta do que contribui para que necessidades e demandas relacionadas à sexualidade sejam mais bem acolhidas na estratégia de saúde da família. Neste sentido, pode-se afirmar que a estratégia de saúde da família está dando continuidade ao dispositivo da sexualidade que colocou a mulher no território da reprodução; e continuará a fazê-lo enquanto as agentes se sentirem “sem saber o que responder”, ou dando respostas por meio de discursos carregados da visão masculina dominante, em razão da falta de melhor formação ou supervisão; continuará a fazê-lo enquanto ACS e demais profissionais da saúde da família não conseguirem problematizar no coletivo a visão androcêntrica dominante.

Não se pode negar, porém, o quanto tem sido difícil para a maioria das(os) profissionais de saúde abordar questões relacionadas à sexualidade, DST/HIV/Aids e saúde reprodutiva, mesmo quando se trata de responder às necessidades específicas da mulher na circunstância de pré-natal, parto e puerpério.

Superar essa dificuldade exige das equipes de saúde da família pelo menos maior familiaridade com os enfoques críticos de gênero e de sexualidade e com o conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids. A própria Portaria n°. 648 de março de 2006 determina que as(os) integrantes dessas equipes, inclusive a(o) agente comunitária(o) de saúde, devam ser capacitadas(os) em serviço, de forma continuada, gradual e permanente. No entanto, Silva (2001) identificou que,

(...) no trabalho do agente está incluída uma série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de

trabalho (...), por exemplo, a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania (SILVA, 2001, p. 200).

Talvez seja necessário realizar mais estudos que aprofundem a análise dos discursos em torno da sexualidade na comunicação interpessoal da estratégia de saúde da família. Enquanto o “respeito à privacidade” é evocado para não se tocar no assunto, a mídia parece já fazer parte da vida privada, no sentido de tentar regular as condutas sexuais das pessoas. Do ponto de vista da comunicação, enquanto a sexualidade homogeneizada entra em casa pela mídia, não há um contraponto que, ao início da pesquisa, se supôs que poderia estar sendo feito pelas(os) ACS.

Foi constatado que há ACS que recorrem a materiais educativos disponibilizados pelas instituições governamentais da área da saúde para tentar provocar conversas sobre sexualidade e aids nas interações, o que se considera uma estratégia possível e que deveria ser mais incentivada no dia-a-dia das(os) agentes de saúde. Porém, os resultados da pesquisa mostraram que os materiais distribuídos não afetaram as(os) residentes, no sentido de que iniciassem conversações sobre sexualidade e aids, o que fez as(os) ACS continuarem a manter a posição de “respeito à privacidade”. Como afirmou um dos agentes,

Antes de sair pras visitas sempre levo comigo os folhetos que encontro empilhados na sala de espera, e que ninguém lê, e entrego pras pessoas, peço que leiam e que depois comentem comigo (Diogo, ACS).

O estudo constatou a existência, tanto de limitações no domínio de conteúdos sobre gênero, sexualidade, HIV e aids, quanto bloqueios na comunicatividade ou mesmo inadequação da comunicação em matéria de HIV/aids, nas interações entre as equipes de saúde da família e residentes. A “mulher reprodutiva”, no sentido de um corpo que quase se resume ao útero, continua a ser o perfil de mulher que predomina nos *habitus* da estratégia da saúde da família.

Os discursos analisados continuam favorecendo a permanência de equações como mulher = mãe e mãe = estatuto de casada = não exposição ao risco do HIV, equações derivadas de outra, mais fundamental, mulher = corpo. Esta, gerada pelo saber médico na modernidade, transforma o corpo na âncora da mulher no mundo e alimenta a perpetuação das desigualdades de gênero (NATANSOHN, 2005).

Nas consultas de pré-natal o teste anti-HIV é incentivado. O exame de detecção da sífilis é indicado regularmente. Nas consultas para colher material para o exame preventivo de câncer de colo do útero observou-se que se discutem os métodos contraceptivos, mas não se discute se há ou não iniciativas para o uso do preservativo para a prevenção da aids. Nestas consultas verificou-se que as relações sexuais são abordadas na perspectiva do que Foucault (1976) denomina de práticas de regulação e de disciplina definidas pelo bio-poder e sua “*scientia sexualis*” (FOUCAULT, 1976, pp. 71 a 98).

De acordo com Foucault (1976), ao longo de seu desenvolvimento, o dispositivo de sexualidade – ou bio-poder - elaborou a idéia de que “o sexo” existiria como algo distinto dos corpos, órgãos, funções, sistemas anatomo-fisiológicos, sensações, prazeres, como uma coisa a mais, com propriedades intrínsecas e leis próprias. Uma das maneiras pelas quais o bio-poder definiu “o sexo” foi:

(...) ce qui constitue à lui seul le corps de la femme, l’ordonnant tout entier aux fonctions de reproduction et le perturbant sans cesse par lês effets de cette même fonction (FOUCAULT, 1976, p. 202).¹⁹

Dos resultados da pesquisa depreende-se que a estratégia de saúde da família está funcionando como uma das estratégias do biopoder, cujos tentáculos se adentram pelos bairros populares e penetram nas casas. A estratégia de saúde da família não está contribuindo para que usuárias e usuários dos serviços de saúde possam fazer valer, contra as presas do poder, os corpos, os prazeres, os saberes, em sua multiplicidade e sua possibilidade de resistência (FOUCAULT, 1976, p. 208).

Sem mudanças na estratégia e sem profundas alterações em relação à formação de ACS, será difícil que a estratégia de saúde da família possa contribuir para diminuir as desigualdades de poder nas relações cotidianas, relativamente à sexualidade e sua relação com a vulnerabilidade ao HIV/aids.

¹⁹ (...) o que constitui por si só o corpo da mulher, ordenando-o inteiramente às funções de reprodução e o perturbando sem cessar pelos efeitos desta mesma função.

4.5 Considerações Finais

O *corpus* que fundamentou a análise neste artigo resultou principalmente das respostas às entrevistas, lembrando que as interações de moradoras(es) com ACS observadas foram as que aconteceram nas visitas domiciliares, e que, por conta do “respeito à privacidade” raramente se conversava sobre temas relativos à sexualidade.

Nas situações que se apresentaram durante a pesquisa foi observada a dificuldade para se abordar questões da esfera da sexualidade em situações de interação de residentes e ACS, durante as visitas domiciliares. Essa dificuldade interfere na produção de discursos sobre assuntos da esfera da sexualidade nas interações de ACS com usuárias e usuários.

Um dos achados da pesquisa foi o de que há espaços distintos, para mulheres e homens, onde conversas com colegas giram em torno de práticas sexuais. O estudo encontrou que essas conversas ocorrem fora dos espaços e momentos propiciados pela unidade de saúde da família no bairro. Foi constatado que no bairro, bem como noutros cenários brasileiros, as conversas “em público”, em torno da sexualidade, são ainda prerrogativas de homens que têm outros homens como interlocutores. De acordo com depoimentos de agentes comunitários homens, é nesses espaços públicos, nesses momentos informais de “conversas de homens”, ou seja, nos finais de semana e, portanto, fora do horário de trabalho, que eles costumam participar e falar do uso do preservativo e outros modos de cuidar da saúde. Talvez este seja um ponto favorável a que os ACS sejam moradores dos bairros onde atuam profissionalmente e que mereceria ser melhor pesquisado.

Com relação às agentes comunitárias mulheres, não se verificaram possibilidades semelhantes. Além da sobrecarga de tarefas domésticas que ainda lhes compete fazer nos fins de semana, está o fato de que as “conversas de mulheres” não acontecem “publicamente”, mas, sim, no interior das casas, entre amigas, situações onde as ACS parecem ter pouca entrada.

Os comentários dos ACS entrevistados sobre os deslocamentos que eles tentam introduzir nas conversas com amigos suscitam indagações sobre a possibilidade de os serviços de saúde da família considerarem essas conversas como espaços de trabalho dos agentes homens e, assim,

valorizarem a contribuição da comunicação interpessoal dos mesmos na desconstrução das visões hegemônicas de gênero e sexualidade.

Para tanto, recomenda-se a realização de pesquisas, no campo da Comunicação e Saúde, sobre a interação entre ACS e moradores nas situações de “conversas de homens”, com o objetivo de analisar as impressões que os discursos de ACS sobre a prevenção da aids provocam nos outros homens. , assim como a pertinência e a competência desses agentes se envolverem na comunicação interpessoal voltada à prevenção da aids.

Contudo, é de ressaltar que, na opinião da pesquisadora, esta seria uma tática de comunicação transitória, já que tenderia a manter a separação entre mulheres e homens. E, conforme se demonstrou, é fundamental desconstruir essa separação binária para que se instituem práticas sexuais que escapem das presas do bio-poder.

Ao contrário do que se supôs, constatou-se que o simples fato de aproximar pessoas que residem na mesma área não é suficiente para superar as dificuldades de dialogar sobre sexualidade. Os resultados indicaram que o fato de agentes de saúde morarem na mesma área que as(os) usuários da unidade de saúde da família do bairro mais dificulta do que propicia conversações em torno da sexualidade, em particular sobre as violências, sexual e doméstica.

Os resultados do estudo apontam para a pouca familiaridade dos profissionais da saúde com o conceito de vulnerabilidade ao HIV/aids, assim como o excesso de familiaridade dessas(es) profissionais com o modelo de comunicação bipolar e unidirecional que ainda continua hegemônico em nosso sistema de saúde.

A comunicação interpessoal para a prevenção do HIV/aids, produzida por profissionais da unidade de saúde do bairro, continua a repetir a lógica das campanhas na mídia, ao colocar o foco na negociação da camisinha. Sabe-se que um dos espaços onde a negociação pode acontecer pertence ao campo do privado e é raro que as mulheres enfrentem, no escuro do quarto, os poderes cuja desestabilização demanda esforços coletivos.

Por outro lado, os resultados da pesquisa sugerem que as mensagens na mídia sobre a prevenção da aids tendem a ser incorporadas mais pelas mulheres do que pelos homens que fizeram parte do estudo. O estudo que foi realizado permite supor que, como a visão

homogeneizada da mídia não questiona a dominação masculina, nem os mecanismos que a sustentam, a mídia acaba concorrendo para que essa dominação continue e para que os homens vejam pouco sentido em mudar alguns *habitus* em relação ao cuidado da saúde. Entretanto, acredita-se que seria necessário aprofundar essa questão por meio da realização de outros estudos que analisassem o porquê de os homens, do bairro estudado, inclusive, resistirem mais aos apelos das campanhas de prevenção da aids na mídia.

Cumprido ressaltar que, como as mensagens na mídia no máximo propõem que a mulher negocie o uso da camisinha com o parceiro, sem problematizar a hierarquia de gênero, elas tratam como equivalentes pessoas que em geral estão em posições desiguais, por conta da hierarquia de poder entre mulheres e homens.

Teria a mídia o papel de questionar essa hierarquia de poder? Entende-se que não, que este não é seu papel. Porém, talvez ela pudesse contribuir para a transformação de *habitus* relacionados às práticas sexuais que derivam do ideário dominante em relação ao gênero, se o que nela se anuncia estivesse articulado aos conhecimentos produzidos na perspectiva da crítica às visões dominantes em relação ao gênero, à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids. E mais, se ela incorporasse resultados de estudos realizados no campo da Comunicação e Saúde, que criticam o modelo de comunicação hegemônico no campo da saúde, inclusive na educação em saúde que se faz por meio de contatos face a face.

Esta análise, que se apóia mais em respostas obtidas durante entrevistas com homens e mulheres, e menos nas expressividades observadas em interações de ACS com residentes, leva à conclusão de que os *habitus* das pessoas que participaram do estudo, tanto usuárias(os) quanto profissionais da saúde, tendem mais a dar continuidade às estruturas tradicionais de construção da sexualidade, do que a se atualizar na transformação das mesmas.

5 Considerações Finais da Dissertação

Considera-se importante comentar que talvez o marco teórico e os conceitos-chave utilizados neste estudo, como o de *habitus*, importado da concepção bourdiana, podem ter contribuído para se enxergar mais a permanência dos padrões tradicionais relativamente ao gênero e à sexualidade do que a transformação dos mesmos.

Bourdieu apresenta o *habitus* como um conceito que permite explicar a relação entre as permanências e as transformações, ou seja, perceber como a autonomia dos atores se constrói a partir de múltiplas determinações. Contudo, muitas críticas à sua obra, especialmente ao livro *A Dominação Masculina*, apontam que os seus instrumentos analíticos, como o conceito de *habitus*, dificultam pensar e analisar as mudanças.

Outra crítica ao autor é a de que ele destaca as polarizações, a ordem de classificação do mundo em divisões bipolares entre o masculino e o feminino (HIRATA, 1999).

É possível que o recurso ao conceito de *habitus* tenha dificultado pensar os (re)arranjos que se formam nos interstícios, que ajudam olhar a realidade não como um campo de oposições binárias e, sim, um campo de diversidades.

Ao analisar a comunicação interpessoal e o que se produz no curso das interações, este estudo buscou superar o pensamento bipolar. Para tal, recorreu ao referencial goffmaniano que rompe a bipolaridade entre “emissor” e “receptor” ao se aproximar da comunicação cotidiana.

Por outro lado, quando se tomam os discursos a partir da posição de quem fala – moradoras mulheres, ACS mulheres, moradores homens, ACS homens – o peso da imutabilidade da realidade social diminui. Observa-se, por exemplo, que as falas menos tradicionais são proferidas por mulheres moradoras e ACS homens com níveis mais altos de escolaridade em relação às demais pessoas envolvidas na pesquisa.

Este resultado aproxima o estudo de outras análises que destacam a associação entre nível de escolaridade e possibilidades de pensar e agir criticamente em relação aos preceitos normativos e valorativos dominantes.

Acredita-se que o enfrentamento da expansão do HIV/aids entre as mulheres seria mais efetivo se a atitude problematizadora, emancipadora, estivesse presente em todas as práticas educativas das equipes de saúde, inclusive naquelas que se implementam com outros propósitos que não o de prevenir explicitamente a infecção pelo HIV. Para tal, seriam necessárias algumas mudanças na estratégia de saúde da família.

Pesquisas sobre o gênero no contexto da estratégia da saúde da família mostraram que esta estratégia, no modo como está desenhada, tende a obstar inovações, como por exemplo, as que já tomaram forma em leis, políticas públicas e normas técnicas governamentais. Os resultados deste estudo indicaram que uma das mudanças a introduzir reside no campo da formação, em práticas comunicativas, das(os) profissionais que trabalham na área da saúde da família.

A comunicação nas interações de ACS com residentes do bairro não pode continuar a ser “naturalizada”, uma vez que saber comunicar em situações de contato face a face não é algo “dado”, com o qual já se nasce. Recomenda-se que as formações de ACS e demais profissionais da saúde da família, além de conteúdos relacionados ao gênero, à sexualidade e à vulnerabilidade ao HIV/aids, incluam o aprendizado de práticas comunicativas que incorporem as perspectivas críticas quanto àqueles conteúdos. Os resultados do estudo sinalizaram que mudanças como essas na comunicação interpessoal poderão contribuir para que seja trabalhada nas ações de saúde da família a questão das assimetrias de poder.

Argumenta-se que, sem uma formação em conteúdos e práticas do campo da Comunicação e Saúde, as(os) ACS dificilmente conseguirão criar, nas interações, espaços para discursos que operem para a transformação das assimetrias de gênero, das desigualdades de poder vigentes nas relações sociais e sexuais entre mulheres e homens.

6 Referências

ALVES, M.F.P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S429-S439. 2003.

ADAM, P.; HERZLICH, C. O Surgimento da Medicina Moderna e seu Papel no Cuidado das Doenças. Cap. 5. As relações médico-paciente. In: *Sociologia da Doença e da Medicina*. São Paulo: EDUSC. 2001.

AQUINO, E.M.L. Desafios e Limites no Ensino de Gênero em Saúde Coletiva: a Experiência do MUSA. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

_____. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Rev. Saúde Pública* v.40 n.especial. São Paulo. 2006.

AQUINO, E.M.L; ALMEIDA, M.C; ARAÚJO, M.J; MENEZES, G. Gravidez na Adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN et al. (Org). 2006. *O Aprendizado da Sexualidade – Reprodução e Trajetórias de Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 2006.

ARAÚJO, I. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.8, n.14, pp. 165-77. 2003-2004.

ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; e BUCHER, J. S. N. F. Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV como estratégia de melhoria da cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST* - ano III - nº. 1. Ministério da Saúde. 2006.

ARILHA, M. Homens: entre a “zoeira: e a “responsabilidade”. In: ARILHA, M; UNBEHAUM RIDENTI, S; MEDRADO, B. (Org) *Homens e Masculinidades – Outras Palavras*. São Paulo: ECOS e Editora 34. 1998.

AYRES, J. R. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. *Ciênc. saúde coletiv* vol.6 no.1. Rio de Janeiro. 2001.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p.11- 24. 2002.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v.13, n.3, p.16-29, set-dez. 2004.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org). *Sexualidades pelo Avesso. Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34, p. 49-72. 1999.

AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v7, n12, p.123-38. 2003.

AZEVEDO, M. A. *Mulheres Espancadas*. São Paulo: Cortez Editora. 1985.

BARBOSA, R. M. Negociação Sexual ou Sexo Negociado? Poder, Gênero e Sexualidade em Tempos de Aids. In: _____ ; PARKER, R. *Sexualidades pelo Averso. Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34. 1999.

_____. HIV/Aids, Transmissão Heterossexual e Métodos de Prevenção Controlados Pelas Mulheres. In: *Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva 2*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). 2000.

BASTOS, F.I. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva 3*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). 2001.

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1998.

BENTO, B. Da transexualidade às transexualidades. In: PISCITELLI, A; GREGORI, M.F.; CARRARA, S. *Sexualidade e Saberes: Convenções e Fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. 2004.

BERER, M. Condom, sim! “Abstinência”, não. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 2, n 2., julho de 2007. Rio de Janeiro: ABRASCO GT Gênero e Saúde. 2007a.

_____. Dupla Proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 2, n 2., julho de 2007. Rio de Janeiro: ABRASCO GT Gênero e Saúde. 2007b.

BIRKE, A. L. “In Pursuit of Difference: Scientific Studies of Women and Men.” In: KIRKUP, G.; KELLER, L.S. (Eds). *Inventing Women: Science, Technology, and Gender*. Cambridge and Oxford: Polity. 1998.

BOURDIEU, P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: ORTIZ, R.; FERNANDES, F. (Org). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Editora Atica. 1994.

_____. *Razões Práticas: Sobre a Teoria da Ação*. Campinas: Papyrus. 1996.

_____. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2003.

_____. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2004.

BOZON, M. *Sociologie de la Sexualité*. Paris: Mathan Université. 2002.

BOZON, M. & HEILBORN, M. L. Iniciação à Sexualidade: Modos de Socialização, Interações de Gênero e Trajetórias Individuais. In: HEILBORN et al. (Org). *O Aprendizado da Sexualidade – Reprodução e Trajetórias de Jovens Brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS*. Brasília. (Série Avaliação). 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Maria da Penha Maia* - Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. 2007a.

_____. Presidência da República. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set 1990. Disponível em <http://www.cff.org.br/legisla>. Acesso em 30/05/2006.

_____. Presidência da República. Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Lei%208146.doc>. Acesso em 30 mai 2006.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, vol.34, no.2. Uberaba. 2001.

_____. Regional Patterns of the Temporal Evolution of the AIDS Epidemic in Brazil Following the Introduction of Antiretroviral Therapy. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. Sao Paulo, 9(1):9-19. 2005.

BUTLER, J. Is Kinship Always Already Heterosexual? *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 13.1. 2002. Disponível em <http://www.hartza.com/butler2.pdf>. Acesso em 29 set 2006.

_____. *Problemas de Gênero – Feminismo e subversão da Identidade*. Rio de Janeiro: Editora civilização Brasileira. 2003.

CORRÊA, S. Cruzando a Linha Vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. *Revista Horizontes Antropológicos*, n. 26, Porto Alegre. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a05v1226.pdf>. Acesso em 10 abr 2007.

DA MATTA, R. *Carnavais, Malandros e Heróis – Para uma Sociologia do Dilema Brasileiro*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1979.

DAB/DATASUS/SIAB/SMS, Relatório da USF para o período de 01 a 09/2006. 2006.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):417-425, mar-abr, 2005.

DOURADO, I.; VERAS, M.A.; BARREIRA, D.; BRITO, A.M. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*, n. 40(Supl):9-17. 2006.

DURANTI, A. Sociocultural Dimensions of Discourse, Cap. 8. In: *Handbook of discourse Analysis*, Vol 1. Disciplines of Discourse. London: Academic Press, Inc. 1985.

FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books. 2000.

FOUCAULT, M. *Histoire de la Sexualité 1: La Volonté de Savoir*. Paris: Éditions Gallimard. 1976.

_____. *História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 5ª. edição. 1988.

_____. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Editora Paz e Terra. 2006.

GIFFIN, K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 146-155. 1994.

_____. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, vol.18 supl. 2002.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: _____, *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

GOFFMAN, E. Sobre el trabajo de la cara. In: _____. *Ritual de la interacción*. Buenos Aires, Ed. Tiempo. Contemporáneo, pp. 11-25. 1970.

_____. *Frame Analysis: an Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper & Row. 1974.

_____. Gender Displays. In: *Gender advertisements*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 1976.

_____. The Arrangement Between The Sexes. *Theory and Society* 4: 301-31. 1977.

_____. Footing. In: *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1981.

_____. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis: Editora Vozes. 2007.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* vol.39 no.1. São Paulo. 2005.

GOLDSTEIN, D. Lugar das Mulheres no Discurso sobre a AIDS no Brasil. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Org.). *Quebrando o Silêncio – Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ. 1996.

GOMES, N. L. Educação, identidade negra e formação de professores/as: um olhar sobre o corpo negro e o cabelo crespo. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.29, n.1, p. 167-182, jan./jun. 2003.

GUPTA, G.R. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How. In: *Women and AIDS Program*. Washington, DC: International Center for Research on Women. 2000.

_____. How men's power over women fuels the HIV epidemic? It limits women's ability to control sexual interactions. *British Medical Journal*, vol. 324: 183–4. 2002.

GUPTA, G.R.; WEISS, E. Women's lives and sex: Implications for AIDS prevention. In: *Women and AIDS Program*, Washington, DC: International Center for Research on Women. 1996.

HALL, J. et al. Gender in Medical Encounter: an analysis of Physycian and Patient Communication in a Primary Care Setting. *Health Psychology*, v. 13, n. 5, 384-392. 1994.

HEILBORN, M.L. Articulando gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G; GOMES, M.H.A. (Org.). *O Clássico e o Novo – tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2003.

_____. Família e sexualidade: novas configurações. In: _____. *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2004.

_____. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Biográficas Juvenis. In: _____ et al. *O Aprendizado da Sexualidade*, Cap. 1. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz. 2006a.

_____. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Rev. Estud. Fem.* vol.14 no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2006b.

HEILBORN, M.L.; GOUVEIA, P.F. "Marido é tudo igual": mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: Barbosa R.M.; Parker R. (Org). *Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34. 1999.

HEILBORN, M.L.; SORJ, B. Estudos de Gênero no Brasil. In: MICELI, S. (Org), *O Que Ler na Sociologia Brasileira (1970 – 1995)*. *Sociologia 2*. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, 2ª. edição. 2002.

HIRATA, H. A Dominação Masculina de Pierre Bourdieu e o Impacto Entre as Feministas Francesas. São Paulo: ECOS/GEMASP (mimeo). 1999.

HOLANDA, A. B. *Novo Dicionário Eletrônico Aurélio* versão 5.11, 3ª. edição. 2004.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v 11, n 23, p.485-501, Set./DeZ.2007

LEVINSON, W. Physician-Patient Communication – A key to Malpractice Prevention. *JAMA*. v. 272, n. 20. Portland. 1994.

LOURO. Guacira Lopes. Corpos Que Escapam. *Labrys Estudos Feministas*, n 4. 2003. Disponível em http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys4/textos/_guacira1.htm. Acesso em 15 set 2006.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(4):875-899, jul-ago. 2003.

MANN, J.; TARANTOLA, D. *Aids in the World II*. New York: Oxford University Press. 1996.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, Volume 65, Issue 10. 2007. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science?> Acesso em 15 nov 2007.

MARTÍN-BARBERO, J. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: SOUSA, M.W. (Org) *Sujeito, o Lado Oculto do Receptor*. São Paulo: USP/ECA/Ed. Brasiliense. 1994.

MISHLER, E.G. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation. 1984.

MOTT, L. Porque os homossexuais são os mais odiados dentre todas as minorias? *Revista Pagu*, Unicamp. 2002.

NATANSOHN, L. G. Medicina, Gênero e Mídia: o Programa Mulher da TV Globo. *Estudos Feministas*, vol 8, n 1. 2000.

NATANSOHN, G. Comunicação & Saúde: Interfaces e Diálogos Possíveis. *Revista de Economia Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación. Eptic*, v VI, n 2. 2004.

NATANSOHN, L. G. O corpo feminino como objeto médico e “mediático”. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(2): 256, maio-agosto. 2005.

NORONHA, C. V. et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 5(4/5). 1999.

NUNES, M. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1639-1646. 2002.

PAIVA, V. Sexualidade e Gênero num Trabalho com Adolescentes para a Prevenção do HIV/aids. In: PARKER, R. et al. (Org) *A Aids no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ. 1994.

_____. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: CÁCERES, CAREAGA, FRASCA, PECHENY (Org). *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH. 1ª edición. 2006.

PAIVA, V. et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública* v.18 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2002.

PAIVA, V; PUPO, L. R; BARBOZA, R. Direito à prevenção do HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* no.40(Supl):109-119. 2006.

PARKER, R. *Corpos, Prazeres e Paixões. A Cultura Sexual no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora Best Seller. 1991.

_____. *Na Contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Editora 34. 2000.

_____. HIV/Aids: avaliação democrática e a construção coletiva do conhecimento. *Rev.Saúde Pública*, v. 36, n. 4 Supl., p. 2-3. 2002.

PARKER, R.; CAMARGO, K.R. Pobreza e HIV/Aids: Aspectos Antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, 16 (Sup. 1), pp. 89-102. 2000.

PARKER, R.; TERTO JR., V. Apresentação. In: BARBOSA, R. M. *HIV/Aids, Transmissão Heterossexual E Métodos de Prevenção Controlados Pelas Mulheres*. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva no. 2, Rio de Janeiro: ABIA. 2000.

PAULILO, M.A.S. *Aids: Os Sentidos do Risco*. São Paulo: Veras Editora. 1999.

PAZ, J. *Aids Anunciada: a publicidade e o sexo seguro*. Brasília: Editora UnB. 2007.

PECHENY, M. Identidades discretas. In: RIOS, L.F. et al. (Orgs) *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA. 2004.

PEREIRA, M.G.A.; AZEVÊDO, E.S. A Relação Médico-Paciente em Rio Branco/Ac Sob a Ótica dos Pacientes. *Rev Assoc Med Bras*; 51(3): 153-7. 2005.

PEREIRA, C.A.M. O Impacto da Aids, a Afirmação da “Cultura Gay” e a Emergência do Debate Em Torno do “Masculino”- O Fim da Homossexualidade? In: RIOS, L.F. et al. (Orgs) *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA. 2004.

PINHO, O. A Guerra dos Mundos Homossexuais – Resistência e Contra-Hegemonias de Raça e Gênero. In: RIOS, L.F. et al. (Orgs) *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA. 2004.

PISCITELLI, A. Comentário. *Cadernos Pagu*, no. 21. Campinas. 2003.

PITTA, A. M. R. Interrogando os campos de saúde e da Comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A.M.R. *Saúde & Comunicação: visibilidades e silêncios*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO. 1995.

_____. Estratégias de Comunicação para a Prevenção da Aids: Estudo de Caso em Salvador, Bahia. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v.2 (2). 1998.

PNUD/CONDER/FJP/IBGE. Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Salvador. 2007. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/pobreza-desigualdade/reportagens/index.php?id01=2498&lay=pde%20jan%](http://www.pnud.org.br/pobreza-desigualdade/reportagens/index.php?id01=2498&lay=pde%20jan%20). Acesso em 30 jul 2007.

PORTELLA, A.P. Estratégias, Desafios e Limites na Formação em Gênero e Saúde: Reflexões a Partir de Uma Experiência Feminista. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

PORTO, M. et al. A Saúde da Mulher em Situação de Violência: Representações e Decisões de Gestores/as Municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(supl 2). 2003.

QUEIROZ, I.Z; SILVA, J; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.9, n.16. 2005.

RADIS. A Ideologia Bem Viva. *Radis Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, n 65. 2008.

RANGEL, M. L. *Competências e Performances na Comunicação Interpessoal em Serviços de Saúde*. Brasília: SESI/DN. 2005.

ROSO, A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n 2. 2000.

SALEM, T. “Homem ... já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M.L. (Org.). 2004. *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2004.

SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. 1990. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/generodh/gen_categoria.html. Acesso em 14 mai 2005.

SCOTT, P. Gênero, Família e Comunidades: Observações e Aportes Teóricos Sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

SANTOS, L.H.S. Educação e Pesquisas de Práticas Sexuais de Risco (*barebacking sex*). In: RIOS, L.F. et al. (Orgs) *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA. 2004.

SCHEGLOFF, E; JEFFERSON, G; SACKS, H. The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation. *Language*, vol 53, n 2, pp. 361-382. 1977.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.E.P.L. Violência Contra Mulheres: Interfaces com a Saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 3:11-27. 1999.

SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 41(3):359-67. 2007.

SEIDLER, C.P. (Ed.), *The Cultural Construction of Sexuality*. London/New York: Routledge. 1987.

SILVA, C.G.M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. 2002. *Rev Saúde Pública*; 36(4 Supl):40-9. Disponível em www.fsp.usp.br/rsp, acesso em 10 set 2006.

SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S263-S272, 2003.

SILVA, J.A. *O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?* São Paulo. 2001. 290 p. TESE (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.

SILVA, J.A.; DALMASO, A. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v6, n10, p.75-96. 2002a.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002b.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, vol.9 no.16. 2005.

SILVESTRE, J. A; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):839-847. 2003.

SOARES, A. M. de C. "Territorialização" e Pobreza em Salvador – Ba. *Estudos Geográficos*, Rio Claro, 4(2): 17-30 dezembro – 2006. Disponível em: www.rc.unesp.br/igce/grad/geografia/revista.htm. Acesso em 10 ago 07.

SODRÉ, M. *Antropológica do Espelho – Uma Teoria da Comunicação Linear e Em Rede*. Petrópolis: Editora Vozes. 2006.

SOUZA JÚNIOR, P. R. et al. Infecção pelo HIV durante a gestação: resultados do estudo-sentinela parturiente, Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 38, n.6, 2004, p. 764-72. 2002.

SZWARCWALD, C. L. *Relatório: Primeiros Resultados do Estudo-Sentinela Parturiente de 2004*. 2005. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em 14 jan 2007.

SZWARCWALD, C.; BASTOS, F.I. AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, 16(Sup. 1):65-76. 2000.

TALLE, A. Transforming Women into 'Pure' Agnates: Aspects of Female Infibulation in Somalia. In: BROCH-DUE, V.; RUDIE, I.; BLEIE, T. (eds). *Carved Flesh Cast Selves, Gendered Symbols and Social Practices*. Oxford/Providence: Berg Publishers. 1993.

TANNEN, D. *Gênero y Discurso*. Barcelona, Buenos Aires, Mexico: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1996.

TEIXEIRA, A.M.F.B; KNAUTH, D.R; FACHEL, J.M.G; LEAL, A.F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Publica* v. 22 n. 7:1385-96. 2006.

TOMAZELLI, J; CZERESNIA, D; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. *Cad. Saúde Pública* v.19 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2003.

VANCE, C. A Antropologia Redescobre a Sexualidade: Um Comentário Teórico. *PHYSIS, Revista da Saúde Coletiva*, v. 1, n. 5, p. 7-31. 1995.

VERMELHO, L. L; BARBOSA, R. H. S; NOGUEIRA, R. H. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2), 1999.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. *Sexualidades pelo Averso. Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34. 1999.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. Repensando as Relações entre Gênero e Sexualidade. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Editores. 1996.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: _____ (Org). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. 2005.

WASSERMAN, R.C.; INUI, T.S. Systematic Analysis of clinician-Patient Interactions: A Critique of Recent Approaches With Suggestions for future Research. *Medical Care*. v. XXI, n. 3. 1983.

WINKIN, Y. Goffman et les femmes. *Actes de la recherche en sciences sociales*, Année 1990, Volume 83, Numéro 1, p. 57 – 61. 1990. Disponível em: <http://www.persee.fr>. Acesso em 06 nov 2006.

WRUBEL-BRANTS, G. Estudo da Relação Poder / Submissão em Sala de Aula a Partir da Análise da Interação Conversacional entre Professor e Alunos. *Revista Letra Magna. Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Lingüística e Literatura* - Ano 01- n.01. 2004. Disponível em <http://www.letramagna.com/giovannawrubelbrants.pdf>. Acesso em 06 nov 2006.

7 Anexos

Anexo 1 - Roteiro de observação das interações “ACS – Residentes”

As interações comunicativas serão observadas quanto a:

1) Contexto Social

- a) Situação familiar
- b) Situação de moradia
- c) Relações de poder simbólicas (de gênero e de sexualidade)
- d) Violência (doméstica e social)
- e) “Disposições de gênero e sexualidade”
- f) Violência sexual

2) Contexto cultural

- a) Meios de comunicação
- b) Modos de comunicação

3) Características em função de cenários:

- a) conteúdos
- b) atores em interação (sexo, idade, liderança, participação etc.).

4) Produção discursiva: conteúdos das palavras, frases, gestualidades, marcas sonoras e modos de operação quanto a:

- a) Direção da comunicação: unidirecional ou circular;
- b) Foco: no indivíduo ou no contexto
- c) Atitudes: se tendem à normalização ou à negociação de sentidos
- d) “Disposições de gênero e sexualidade”: Conteúdos das palavras, frases, gestualidades, marcas sonoras e modos de operação segundo o crivo da continuidade ou transformação dos:
 - i) Estereótipos de gênero (mulher e homem; violência de gênero).
 - ii) Estereótipos de sexualidade (procriação; prazer, iniciativa e violência sexual).

Anexo 2 - Roteiro de entrevista – ACS**Comunicação interpessoal: cenários e assuntos**

1. Como você se envolveu com a equipe de saúde da família? Como se sente nesse trabalho?
2. Durante as reuniões da equipe, como você se sente? Como resolve suas dúvidas? O que traz para a reunião? O que aprende na reunião? Que assuntos tratados mais empolgam você?
3. Fale-me das visitas familiares. Como preparam as visitas? O que você faz nas visitas? O que mais gostaria de fazer? Por quê? O que gosta mais dessa atividade? Quais as dificuldades que encontra durante as visitas? Que assuntos trazidos pelos moradores você se lembra mais? O que gostaria de conversar com eles? Por quê? Os moradores já trouxeram assuntos que você não se sentiu à vontade em lidar? Quais? Por quê?
4. Fale-me das atividades comunitárias. Como preparam essas atividades? O que você faz nessas atividades? O que mais gostaria de fazer? Por quê? O que gosta mais dessa atividade? Quais as dificuldades que encontra durante essa atividade? Que assuntos trazidos pelos moradores você se lembra mais? O que gostaria de conversar com eles? Por quê? Os moradores já trouxeram assuntos que você não se sentiu à vontade em lidar? Quais? Por quê?
5. Que assuntos trazidos pelos moradores você se lembra mais? O que gostaria de conversar com eles? Por quê? Os moradores já trouxeram assuntos que você não se sentiu à vontade em lidar? Quais? Por quê?
6. Qual a situação mais difícil que você enfrentou até o momento? O que sentiu? Que atitude tomou? Por quê?
7. Que emoções e sentimentos esse trabalho provoca? Este trabalho propicia algum novo aprendizado pessoal? Profissional? Qual(ais)? Você reformulou sentimentos e/ou valores de vida após se envolver com esse trabalho? Quais?

8. Nas ações educativas de prevenção na comunidade, que atividades são utilizadas com mais frequência (palestras, debates, jogos participativos etc.)? Quais você prefere? Por quê?
9. Sobre a participação das pessoas nessas reuniões – quem costuma vir mais, mulheres ou homens? Por que você acha que é assim? Quem costuma falar mais? Você prefere ouvir mais do que falar? Por quê?
10. Sobre as atividades de prevenção no bairro – O que você acha das atividades realizadas no bairro? O que você prefere, as visitas familiares ou as reuniões na comunidade? Por quê? Você acha que as pessoas se sentem à vontade para falar o que pensam? Por quê?
11. O que você sente quando surgem assuntos de relacionamento sexual nas conversas durante seu trabalho? O que você fala nessas ocasiões? Sente-se preparada/o para isso? Em que situações esses assuntos costumam surgir? Quem inicia o assunto na conversa? Que assuntos sobre relacionamento sexual surgem com mais frequência no seu trabalho? De quais você gosta mais de conversar? Por quê? E quais você gosta menos?
12. E fora do trabalho, o que você sente quando surgem assuntos de relacionamento sexual nas conversas? Em que situações esses assuntos costumam surgir? Quem inicia o assunto na conversa? Que assuntos sobre relacionamento sexual surgem com mais frequência? De quais você gosta mais de conversar? Por quê? E quais você gosta menos?
13. Com quem você costuma falar mais abertamente sobre sexualidade? Por quê? Com quem você gostaria de falar mais abertamente sobre sexualidade? Por quê? O quê?

Vulnerabilidade ao HIV/Aids

14. O que você sente quando alguém começa a falar sobre HIV/Aids? O que você sabe e o que não sabe sobre DST/HIV/Aids? O que gostaria de saber?
15. Você já participou de atividades de prevenção do HIV/Aids? (tipo, com quem, onde, quantas vezes). Como foi? Gosta desse tipo de atividade? Por quê? Se pudesse fazer uma atividade de prevenção diferente das que se costuma fazer, como seria? Por quê?

16. Já sentiu medo de estar infectado pelo HIV? Como e quando? O que sentiu? Por que sentiu? Já se testou para o HIV? O que sentiu?
17. O que acha da camisinha? Já experimentou? Costuma usar? Quem decide o uso?
18. Para você, que tem mais chance de pegar o vírus da Aids? Homens? Mulheres? Por quê? Casados ou solteiros, Por quê? Jovens, adultos ou mais velhos? Por quê?

“Disposições de gênero e sexualidade”

19. Se você nascesse de novo, preferia ser homem ou mulher? Por quê? Para você, o que é ser mulher? O que é ser homem? Quais as semelhanças entre o que é feminino e o que é masculino? E quais as diferenças? Por quê?
20. O que existe de mais interessante nas mulheres atualmente? Por quê? E o que é menos interessante nelas? Por quê? E os homens, o que têm de mais interessante e de menos interessante? Por quê?
21. Como percebe a situação das mulheres atualmente? (Vantagens x desvantagens da mulher - mãe - trabalhadora, anseio por independência x dependência da família, impactos sobre a criação dos filhos, violência, etc.) As mudanças na vida da mulher (trabalhar fora, contribuir no sustento da família) são positivas ou negativas? Por quê? Como percebe o comportamento sexual das mulheres atualmente? (o que é positivo, o que é negativo, Vantagens e desvantagens em relação a alguns anos atrás, etc.)
22. Como percebe a situação dos homens atualmente (Provedor - machista - companheiro - pai, vantagens x desvantagens, etc.) Que conflitos vivenciam atualmente (enquanto companheiros, pais)? Como percebe o comportamento sexual dos homens atualmente? (o que é positivo, o que é negativo, Vantagens e desvantagens em relação a alguns anos atrás, etc.)
23. Para o homem, o que é mais importante no relacionamento sexual? E para a mulher? Por quê? E para você, o que é mais importante no relacionamento? Por quê?

24. Uma mulher só é mulher quando...? Um homem só é homem quando...? Por que as mulheres / homens são assim? O que você mudaria nos homens / nas mulheres? Por quê?
25. Quais seus sonhos para o futuro? Que sonho/desejo você tinha/tem e ainda não realizou?

Anexo 3 - Roteiro de entrevista – Residentes

Comunicação interpessoal: cenários e assuntos

1. Fale-me das visitas familiares. O que você acha das visitas? O que mais gosta quando os ACS fazem as visitas? O que você não gosta? Que assuntos trazidos pelos ACS você se lembra mais? O que gostaria de conversar com eles? Por quê? Os ACS já trouxeram assuntos que você não se sentiu à vontade para conversar? Quais? Por quê? E você, já quis conversar sobre assuntos que os ACS não se sentiram à vontade para falar? Quais?
2. Fale-me das atividades comunitárias. O que você faz nessas atividades? O que mais gostaria de fazer? Por quê? O que gosta mais dessa atividade? Quais as dificuldades que encontra durante essa atividade? Que assuntos trazidos pelos ACS você se lembra mais? O que gostaria de conversar com eles? Por quê? Os moradores já trouxeram assuntos que os ACS não se sentiram à vontade em lidar? Quais? Por quê? E você, já quis conversar sobre assuntos que os ACS não se sentiram à vontade para falar? Quais?
3. Nas ações educativas de prevenção na comunidade, que atividades são utilizadas com mais frequência (palestras, debates, jogos participativos etc.)? Quais você prefere? Por quê?
4. Sobre a participação das pessoas nessas reuniões – quem costuma vir mais, mulheres ou homens? Por que você acha que é assim? Quem costuma falar mais? Você prefere ouvir mais do que falar? Por quê?
5. Sobre as atividades de prevenção no bairro – O que você acha das atividades realizadas no bairro? O que você prefere, as visitas familiares ou as reuniões na comunidade? Por quê? Você acha que as pessoas se sentem à vontade para falar o que pensam? Por quê?
6. O que você sente quando surgem assuntos de relacionamento sexual nas conversas durante seu trabalho? O que você fala nessas ocasiões? Sente-se preparada/o para isso? Em que situações esses assuntos costumam surgir? Quem inicia o assunto na conversa?

7. Que assuntos sobre relacionamento sexual surgem com mais frequência nas conversas do dia-a-dia no bairro? De quais você gosta mais de conversar? Por quê? E de quais você gosta menos? Em que situações esses assuntos costumam surgir? Quem inicia o assunto na conversa?
8. Com quem você costuma falar mais abertamente sobre sexualidade? Por quê? Com quem você gostaria de falar mais abertamente sobre sexualidade? Por quê? O quê?

Vulnerabilidade ao HIV/Aids

9. O que você sente quando alguém começa a falar sobre HIV/Aids? O que você sabe e o que não sabe sobre DST/HIV/Aids? O que gostaria de saber?
10. Você já participou de atividades de prevenção do HIV/Aids? (tipo, com quem, onde, quantas vezes). Como foi? Gosta desse tipo de atividade? Por quê? Se pudesse fazer uma atividade de prevenção diferente das que se costuma fazer, como seria? Por quê?
11. Já sentiu medo de estar infectado pelo HIV? Como e quando? O que sentiu? Por que sentiu? Já se testou para o HIV? O que sentiu?
12. O que acha da camisinha? Já experimentou? Costuma usar? Quem decide o uso?
13. Para você, que tem mais chance de pegar o vírus da Aids? Homens? Mulheres? Por quê? Casados ou solteiros, Por quê? Jovens, adultos ou mais velhos? Por quê?

“Disposições de gênero e sexualidade”

14. Se você nascesse de novo, preferia ser homem ou mulher? Por quê? Para você, o que é ser mulher? O que é ser homem? Quais as semelhanças entre o que é feminino e o que é masculino? E quais as diferenças? Por quê?
15. O que existe de mais interessante nas mulheres atualmente? Por quê? E o que é menos interessante nelas? Por quê? E os homens, o que têm de mais interessante e de menos interessante? Por quê?

16. Como percebe a situação das mulheres atualmente? (Vantagens x desvantagens da mulher - mãe - trabalhadora, anseio por independência x dependência da família, impactos sobre a criação dos filhos, violência, etc.) As mudanças na vida da mulher (trabalhar fora, contribuir no sustento da família) são positivas ou negativas? Por quê? Como percebe o comportamento sexual das mulheres atualmente? (o que é positivo, o que é negativo, Vantagens e desvantagens em relação a alguns anos atrás, etc.)

17. Como percebe a situação dos homens atualmente (Provedor - machista - companheiro – pai, vantagens x desvantagens, etc.). Que conflitos vivenciam atualmente (enquanto companheiros, pais)? Como percebe o comportamento sexual dos homens atualmente? (o que é positivo, o que é negativo, Vantagens e desvantagens em relação a alguns anos atrás, etc.)

18. Para o homem, o que é mais importante no relacionamento sexual? E para a mulher? Por quê? E para você, o que é mais importante no relacionamento? Por quê?

19. Uma mulher só é mulher quando...? Um homem só é homem quando...? Por que as mulheres / homens são assim? O que você mudaria nos homens / nas mulheres? Por quê?

20. Quais seus sonhos para o futuro? Que sonho/desejo você tinha/tem e ainda não realizou?