

Homens como agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero

Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos



Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração:
Saúde Materno-Infantil

Orientador:
Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira
Adorno

São Paulo
2005

46740/2005 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processo fotocopiador.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

- ☞ À minha mãe CLOTILDE AZEVEDO DOS SANTOS, uma tataravó que, com seu espírito guerreiro é, e continua sendo meu principal modelo de identificação, a quem devo o que, em essência, sou.

- ☞ À memória do meu pai, JOSÉ BENEDITO DOS SANTOS.

- ☞ E, especialmente, à memória do meu sobrinho GILSON AZEVEDO DOS SANTOS que, convicto dos seus dotes artísticos, desde a mais tenra idade, enfrentou com bravura preconceitos e discriminações de toda ordem próprios de uma sociedade reconhecidamente desumana e hipócrita. Esta tese é também sua Gilson, pois foi a partir do triste choque da notícia de sua decisão que, surpreendentemente, me percebi envolta de forças impulsionadoras que resultou em sua conclusão. Obrigada pela sua amizade!

- ☞ À memória da Professora Keiko Ogura Buralli e do Professor João Yunes, importantes mestres que passaram em minha vida, deixando pegadas do BEM.

- ☞ Dedico este trabalho, também, às minhas irmãs, meus irmãos e demais familiares que, mesmo distantes me incentivaram no cumprimento do compromisso acadêmico. E agradecimentos especiais aos meus sobrinhos: Juliana Galati por ter me ajudado na transcrição das entrevistas e Bruno Galati, nas "encrencas" técnicas do computador. E a minha sobrinha-irmã, Ana Fátima Macedo Galati, pelo incentivo e compreensão da minha ausência em sua vida.

- ☞ Aos agentes comunitários de saúde, particularmente os que diretamente colaboraram na construção desta tese, os meus mais sinceros agradecimentos pela disponibilidade e confiança que em mim depositaram compartilhando eventos de suas vidas pessoais e profissionais, matérias primas sem as quais não teria sido possível sua concretização.

AGRADECIMENTOS

- ☞ Ao meu orientador e amigo Prof. Associado Rubens de Camargo Ferreira Adorno, pelo apoio e incentivo fundamentais ao processo de concretização deste trabalho.
- ☞ Às integrantes da Banca Julgadora: Prof^a Dr^a Maria Isabel Baltar da Rocha; Prof^a Dr^a Eleonora Menicucci de Oliveira; Prof^a Dr^a Kátia Cibelle Machado Pirota e Prof^a Dr^a Augusta Thereza de Alvarenga, meus agradecimentos não só pela honra que me concederam ao aceitarem o compromisso de compartilharem com suas idéias na elaboração desta tese, mas, sobretudo, pela paciência e pelas generosas contribuições advindas das pertinentes sugestões que resultaram em um trabalho coletivo, muito mais qualificado.
- ☞ Às Professoras Doutoradas Maria da Penha Vasconcellos e Giliana Betini não só por terem aceitado a suplência da Banca Julgadora, mas pelas distintas colaborações e estímulos no processo da elaboração deste trabalho.
- ☞ Às amigas Selma Lima Silva e Dalva Azevedo Gueiros, e ao amigo Sérgio Barbosa pelas importantes contribuições dadas quando de suas presenças nos grupos focais, na qualidade de profissionais.
- ☞ Um agradecimento muito especial à minha amiga de longos anos, Nanci Catharina Botique, que disponibilizou seu precioso tempo para está comigo na ocasião da elaboração desta tese. Pelo menos três vezes por semana, esta amiga sentou-se ao meu lado, ajudando nas transcrições das entrevistas e nas discussões das questões provenientes dos seus conteúdos, o que significou uma contribuição decisiva.
- ☞ À amiga Dr^a Virgínia Junqueira, pelas discussões e contribuições teóricas, que me ajudaram no processo da elaboração desse trabalho.
- ☞ À equipe do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde pelo consentimento dado à utilização do espaço para realização da primeira parte deste trabalho. Agradeço, particularmente a Marta Carvalho pela ativa e silenciosa colaboração sempre que necessitei.
- ☞ Aos professores e professoras do Departamento de Saúde Materno Infantil e, em particular, os funcionários da secretaria: Iara A. Macedo; Maria Takishita e Leandro Firmino Cleto, pela colaboração sempre que se fez necessária.
- ☞ Às mulheres e homens feministas que passaram e os que, ainda, estão presentes em minha vida que, mesmo sem saberem, ajudaram-me a ser muito mais indagadora e reflexiva frente às contradições nas relações humanas e na vida.
- ☞ Às feministas filiadas da Rede Nacional Feminista de Saúde, nas pessoas de Fátima Oliveira e Ana Maria da Silva Soares, secretárias executiva e adjunta, respectivamente, obrigada pelas trocas e ensinamentos no campo das nossas questões.
- ☞ Às amigas e colegas, Sara Palácios, Cladvida, Mara Mello, Claudia Pedrosa, Maricele Gonçalves, Márcia Domitila, Gláucia, Marta Campagnoni, Sueli Gião Pacheco, Vera Cristina Golik, Zilda Pereira da Silva, Claudia Patrícia, Elisabete Pinto, Maria Aparecida de Laia, Muna Zeyn e Sonia Maria Pereira do Nascimento, dentre tantas outras, pelo incentivo e estímulo.
- ☞ Aos autores e autoras relacionados na bibliografia consultada, excelentes aliados conhecidos e desconhecidos, pelas importantes contribuições e ensinamentos anônimos que, objetivamente fundamentaram e enriqueceram este trabalho.

RESUMO

SANTOS, RLA dos – **Homens agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero**. São Paulo, 2005. [Tese de Doutorado Faculdade de Saúde Pública/USP]

Objetivos: (1) desvelar como homens agentes comunitários de saúde percebem, descrevem e vivenciam relações de gênero na condição de “cuidadores” de famílias; (2) identificar percepções de mudanças nas suas vidas, trabalhando “cuidados” junto às famílias e (3) identificar concepções acerca da masculinidade, a partir de suas falas e narrativas.

Metodologia: A pesquisa foi de natureza qualitativa e constou de duas etapas metodológicas: a primeira, com a realização de grupos focais e, a segunda, com a realização de entrevistas individuais, em profundidade. Caracterizou-se em investigar 15 homens agentes comunitários de saúde, inseridos em diferentes unidades básicas de saúde do Programa Saúde da Família, localizadas em uma das regiões periféricas do Município de São Paulo. **Resultados:** A partir das falas e narrativas dos sujeitos da pesquisa, identificamos tratar-se de um grupo de homens com histórias profissionais progressas marcadamente masculinas e, que, na condição de desempregados, buscaram inserção profissional como agentes comunitários de saúde. Este dado de realidade, apontou-nos questões de gênero de diversos aspectos como: não se identificar com esse trabalho, possivelmente, por desenvolverem atividades de cuidados que, historicamente, são exercidas por mulheres; a situação de “subalternidade” vivenciada na instituição, submetendo-se para manter o trabalho; o “descontentamento” advindo da rotina, burocracia e da impossibilidade de ascender profissionalmente; a dificuldade de estabelecer limites entre as fronteiras do trabalho com suas vidas particulares, decorrentes de critérios estabelecidos pelo Programa Saúde da Família como, o de ter que morar na área de atuação. Mas, por outro lado, estão vivenciando mudanças significativas em suas vidas como a de reverem seus valores, a de repensarem suas próprias relações de gênero, em suas várias dimensões, o que tudo indica, a vivência do cuidar das famílias vem facilitando. Até onde pudemos constatar, essa prática profissional também vem influenciando em suas vidas privadas, fato observado quando foi discutido o que é “ser homem” *versus* “ser pai”, ao trazerem elementos em suas falas que permitiram revelar o quanto de sensibilidade vem dissolvendo o lado “machista” de ser de cada um deles. E, também, maior flexibilização das relações de gênero no espaço doméstico.

Palavras-Chave: Homens “cuidadores”, famílias, gênero, masculinidades.

SUMMARY

SANTOS, RLA dos –**Homens agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero.** [Male community health agents: working as caregivers and experiencing gender]. São Paulo, 2005 [Doctoral Dissertation. School of Public Health/USP]

Objectives: (1) to reveal how male community health agents perceive, describe and experience gender relations in the condition of family “caregivers”; (2) to identify perceptions of changes in their lives, working as “caregivers” among families; and (3) to identify conceptions concerning masculinity based on their discourse and narratives.

Methodology: The research study was qualitative and had two methodological phases: the first one with the conduction of focus groups and the second with detailed individual interviews. It investigated 15 male community health agents, inserted in different basic health units of the Family Health Program, located in one of the peripheral regions of the city of São Paulo. **Results:** Based on the discourse and narratives of the research subjects, we found out that it is a group of men whose previous professional histories were markedly masculine and who, being unemployed, searched for professional insertion as community health agents. This fact from reality pointed to gender issues of many aspects, such as: failure to identify with this work, possibly because the care activities they develop have historically been performed by women; subordination situation experienced in the institution, as they submit themselves to it in order to keep the job; dissatisfaction regarding routine, bureaucracy and impossibility to grow professionally; difficulty in establishing limits between work frontiers and their private lives, caused by the criteria established by the Family Health Program, such as the health agent must live in the area where he works. On the other hand, they are experiencing significant changes in their lives, such as the review of their values. The study indicates that the experience of taking care of the families has been facilitating a review of their own gender relations, in their several dimensions. As far as we could tell, this professional practice has also been influencing their private lives, a fact that was observed when they discussed “being a man” versus “being a father”, when they brought elements in their discourse that revealed that sensitivity has been dissolving the “macho” way of being of each one of them.

KEY-WORDS: Men, “caregivers”, families, gender, masculinities.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 O Sistema Único de Saúde - SUS e o surgimento do Programa Saúde da Família - PSF como modelo estratégico de atenção básica à saúde	1
2. RAZÕES QUE NOS CONDUZIRAM À ESCOLHA DO TEMA E DO OBJETO DO ESTUDO	9
3. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO E SUJEITO DO ESTUDO	21
3.1 Inserção histórica do agente comunitário de saúde na atenção básica e sua interlocução com o Programa Saúde da Família – PSF	21
3.2 'Famílias' no contexto contemporâneo e possíveis implicações na prática cotidiana do Programa Saúde da Família	25
3.3 'Gênero' e significados das marcas do gênero masculino dos agentes comunitários de saúde no papel de "cuidadores" de famílias	28
3.4 'Homens' e 'Masculinidades' sob o enfoque de gênero: estudos contemporâneos	36
4. OBJETIVOS	42
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
5.1 Pressupostos Teórico-Metodológicos	43
5.2 Caminho Percorrido: O Método em Questão	45
5.3 Sobre a Técnica e Organização dos Grupos focais	46
5.4 Sobre a Organização e Realização das Entrevistas em Profundidade	48
5.5 Outro Recurso de Aporte Metodológico	51
5.6 Outras Considerações sobre o procedimento Metodológico	52
5.7 Estratégias Adotadas para Análise dos Conteúdos das Falas nos Grupos Focais e nas Entrevistas Individuais, em Profundidade	53
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
6.1 Caracterização dos sujeitos participantes dos grupos focais e das entrevistas	55
6.2 Dinâmica dos grupos focais e análise dos conteúdos das falas e narrativas	59
6.3 Desvelando falas e narrativas dos sujeitos entrevistados	100
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Sistema Único de Saúde – SUS e o surgimento do Programa Saúde da Família – PSF como modelo estratégico da atenção básica à saúde.

No decorrer dos anos de 1980, a sociedade brasileira, ainda sob os efeitos devastadores decorrentes do regime autoritário da ditadura militar, testemunhou a deflagração de vários movimentos sociais que lutavam pela democratização do País. Foi nesse cenário político que emergiu o movimento de luta pela reforma sanitária brasileira, que contou com a participação efetiva de profissionais da área da saúde, parlamentares comprometidos com a causa e representantes de setores da sociedade civil, dentre os quais, movimentos populares de saúde e centrais sindicais.

Esse conjunto de atores políticos e sociais tinham como principal objetivo, conquistar uma política de saúde efetivamente democrática que tivesse como elementos essenciais, a universalização, a descentralização e a unificação das ações de saúde, e, assim, consolidar o processo de expansão de cobertura assistencial no sistema público de saúde em resposta às proposições prescritas pela Organização Mundial de Saúde, haja vista a resolução definida na Assembléia Mundial de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1977, onde se deliberou "Saúde para todos no ano 2000" (OMS, 1979).

Neste contexto histórico ocorreram diversas tentativas de propostas na perspectiva de implantação/implementação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde tendo como princípios, a hierarquização, a descentralização e a universalização, a exemplo, a Política de Ações Integradas de Saúde – AIS, elaborada em 1983.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, acatou e deliberou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Em 1987, o Ministério da Saúde por conta das pressões advindas do movimento organizado pela saúde implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, buscando colocar em prática novas formas de organização capaz de romper com a centralização das ações do sistema de saúde vigente, e que incorporasse os princípios estabelecidos na Política de Ações

Integradas de Saúde. Segundo CALEMAN e SANCHEZ (1998, p.14), o SUDS adotou como diretrizes, "... a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos". Diretrizes essas respaldadas e referendadas por parlamentares e representantes sanitaristas que integraram a Assembléia Nacional Constituinte, e, conseqüentemente, consolidadas na Constituição Brasileira de 1988.

Com este feito, saúde se consubstanciou um direito universal materializado no Capítulo da Seguridade Social – Seção II da Saúde, com seu artigo 196 adotou um conceito abrangente, proclamando o princípio de que: "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação" (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988 p.133).

Dessa perspectiva emergiu um novo 'modelo de atenção à saúde'¹ no contexto das políticas públicas sociais de saúde, com dimensão nacional - o Sistema Único de Saúde (SUS) - regulamentado nas Leis Orgânicas Federais 8.080/90 e 8.142/90, na perspectiva de operacionalizar os dispositivos constitucionais.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, "dispõe sobre as condições à promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências". No seu artigo 3º, postula que "a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País".

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, "dispõe sobre a participação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

¹ "É um conceito complexo, que mistura técnico com político e combina vários saberes. Trata-se de uma construção histórica, um processo dinâmico, que envolve atores e interesses diferentes..." (Resoluções da III Conferência. Municipal. de Saúde de Porto Alegre: Aprofundando o Controle Social, 2000 p.81).

providências". No seu artigo 1º refere que, "o Sistema Único de Saúde – SUS, de que trata a Lei nº 8.080, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde". Por meio das quais fica garantido o pleno exercício do Controle Social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) adotou como uma de suas principais características, a valorização da instância municipal. As Normas Operacionais Básicas – NOBs (1991, 1993 e 1996), de iniciativa do Ministério da Saúde, objetivam deflagrar e consolidar o processo de municipalização da saúde em todo o País, tendo em vista ser o setor saúde, uma questão de foro nacional. Conforme HEIMANN et al (2000, p. 32), a necessidade das edições sucessivas dessas normas visando concretizar a legislação mais geral, "reflete, pela demora de sua efetivação e pelas lacunas que cada uma delas contém, o intenso conflito de interesses que ocorre em torno do financiamento e da participação comunitária concernentes ao setor Saúde".

O processo da consolidação do Sistema Único de Saúde foi deflagrado, mas sua efetivação de fato e de direito encontra-se em permanente construção e reconstrução, a depender, das formas definidas e assumidas, no sentido em que a lei estabelece, por cada uma das esferas de governo (federal, estaduais e municipais), particularmente, da conseqüente autonomia de gestão do sistema local de saúde.

Nessa direção, vem se acumulando ao longo dos anos na nossa sociedade, diversas iniciativas reformistas de modelo assistencial de saúde. Algumas das quais, de certa forma, apresentaram resultados satisfatórios. Outras iniciativas, entretanto, não causaram impactos significativos, chegando a enfrentar, inclusive, problemas de solução de continuidade, por não estarem vinculadas às prioridades no planejamento de governos municipais e/ou estaduais, tendo em vista campo minado por outros interesses (GOUVEIA, 2000; HEIMANN et al., 2000 MENDES, 2001; NEGRI, 2002).

Realidade essa, caracterizando-se em uma das marcas históricas de 'descompromisso' político frente aos preceitos constitucionais. Possivelmente esta lógica política de supremacia partidária praticada em detrimento às reais necessidades da população tem contribuído nos entraves, rupturas e

descontinuidades das políticas públicas do País, particularmente as do campo da saúde, em prejuízo à população que a ela recorre, lesando-a de seus direitos.

Por conta disso, parece não ser obra do acaso que o Sistema Único de Saúde (SUS), na sua totalidade, não tenha conseguido ser plenamente implementado no País, continuando a desafiar as autoridades sanitárias responsáveis pela sua operacionalização. O que tem levantado suspeita dos profissionais sanitaristas, fiéis defensores de sua efetivação, é a ausência de uma efetiva construção de uma "nova" consciência sanitária e política na sociedade como um todo que se coloque além do movimento sanitário; do movimento da constituinte; da consolidação da Constituição Federal e da sua própria construção histórica na perspectiva de que se cumpra o que a Lei estabelece.

Por outro lado, diante dos acelerados avanços científicos e biotecnológicos, a realidade vem revelando uma total incapacidade institucional por parte dos seus governantes que assegure a montagem de um sistema de saúde capaz de garantir a universalidade e a integralidade, caracterizando-se em uma explícita negação do que define a Constituição. Associa-se a isto, a gravidade histórica da crise econômico-social decorrente do modelo neoliberal adotado no nosso País, indicando para o conjunto dos fiéis defensores da causa do SUS, que todas as "conquistas" alcançadas no campo da saúde não passaram e não passam de uma grande quimera, apesar do que apregoa a Carta Magna.

A propósito, sobre essa questão convém lembrarmos do que já nos chamaram atenção GOUVEIA e PALMA (2000, p.25), a respeito de uma entrevista dada à Folha de São Paulo, em 04 de dezembro de 1998, dez anos após a promulgação da Constituição Brasileira, pelo então Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. No processo da entrevista sugeriu que o governo brasileiro, considerando à crise instalada, abandonasse os princípios constitucionais com relação à saúde e passasse a garantir apenas o atendimento de uma "cesta básica" de doenças e procedimentos, composta por vacinas, assistência primária e saneamento. Além da extinção da "gratuidade" na prestação dos serviços, sugerindo que a população recorresse ao mercado de planos e seguros.

Com este teor, evidencia-se a tese de que tais recomendações estão embasadas em uma política ancorada no modelo neoliberal, que tem como foco central o ajuste econômico e a redução do Estado a funções mínimas, conforme

orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial e de outras agências de cooperação internacional. Esses autores afirmam que essa tese neoliberal afronta no mínimo quatro princípios constitucionais básicos do SUS, por se colocar: "contra a universalidade, uma política restrita; contra a integralidade, uma "cesta básica"; contra a igualdade, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado..." (GOUVEIA e PALMA, p.26).

É certo que desde o início dos anos 1990, o governo brasileiro vem adotando nas suas políticas sociais, e da saúde, esse modelo neoliberal, caracterizado por fatores recessivos atrelados às políticas de ajuste econômico nas contas públicas, o que vem comprometendo a população de forma bastante negativa, particularmente a mais vulnerável.

Esse modelo é o maior responsável pelo aprofundamento das desigualdades sociais manifestadas pela elevação crescente da concentração de renda com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e de exclusão social acometendo uma parcela importante da população e, também, comprometendo tanto empregados assalariados que enfrentam precariedades nas condições de trabalho, quanto, em maior escala, os desempregados.

Para SOARES (2003), as políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão focalista onde o "local" é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais "eficientes" e acordes às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje à "comunidade"). Retrocedeu-se uma visão "comunitária", onde as "pessoas" e as "famílias" passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem estar. Remetendo esta colocação ao campo da saúde, identificamos o Programa Saúde da Família.

É de conhecimento de todos/as que acompanham o desenvolvimento desse programa, que uma de suas expectativas é que as famílias por ele assistidas ao apropriar-se dos 'conhecimentos' sobre saúde que lhes são transmitidos, assumam

seu se auto-cuidado², a fim de proteger-se de possíveis agravos à sua saúde, naturalmente, àqueles adquiridos em situação de ausência dessa prática preventiva.

Nessa direção, poderíamos, em última análise, afirmar que o Programa Saúde da Família (PSF)³, tido como uma das "inovações" no campo da saúde pública surgiu da lógica acima descrita, tendo se inspirado nas experiências advindas de países como Cuba, Canadá e Inglaterra. E, que, ainda, segundo SOARES (2003), este é o contexto onde se desenvolve a atual política de saúde no Brasil, o que não pode ser ignorado sob pena de cairmos no reducionismo de soluções tecnocratas para o setor saúde e na aceitação acrítica de programas federais verticais e autoritários travestidos de "inovadores" e "modernos".

É certo, e esta questão já vem sendo largamente discutida por quem acompanha as políticas públicas de saúde, que o Programa Saúde da Família representa uma nova estratégia de política de focalização dos serviços assistenciais de saúde, e, que, surpreendentemente, vem causando uma verdadeira revolução no campo da Saúde Pública, conseqüentemente provocando acirradas controvérsias no meio de ativistas sanitarietas.

Para uns, como é o caso do médico sanitarieta ALVES SOBRINHO (1989), que assumiu a pasta de Secretário Municipal de Saúde de São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores (nos anos 1989-1990 e 2001-2002), que afirmou na ocasião de sua segunda gestão, "o PSF é a organização, pela primeira vez no Brasil, de uma verdadeira porta de entrada do sistema de saúde. Ele reestrutura todos os outros níveis de atenção à saúde, e, sobretudo, é uma reforma humanitária, pois o cidadão volta a conhecer o seu médico, a sua enfermeira e vice-versa".

Para outros, porém, a forma pela qual esse programa tem sido operado configura um desrespeito aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente, os da integralidade e da universalidade. É considerado um programa "pobre voltado para pobres" que se atém à formulação de ações básicas de saúde, executadas de forma bastante simplificadoras e reducionistas, desenhadas em conformidade com as orientações de agências multilaterais que

² O auto-cuidado para OREM (1989 p. 36), "é a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício, para manter a vida, saúde e bem-estar".

³ Foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, mas sua expansão nacional se efetivou a partir de 1995 (SILVA e DALMASO, 2002 p. 57).

interferem na condução política do país, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (RIZZOTTO, 2000 e JUNQUEIRA, 2004).

Polêmicas à parte, o fato é que esta modalidade de assistência à saúde vem se consolidando no nosso país. E, conseqüentemente, adquirindo não só adesão de autoridades estaduais/municipais, como, também, reconhecimento e aceitação por parte de alguns profissionais da saúde e de parcelas da população por ele assistida. Naturalmente, aquelas mais esquecidas pelo SUS, que, por viverem em precárias condições materiais de vida e de saúde, diante de qualquer tipo de "ajuda assistencial" passa a agradecer a Deus e a encarar o programa e os profissionais nele envolvidos como bênção divina, portanto, "muito bem-vindo".

Para SILVA e DALMASO (2002, p.50), a justificativa para implantação desse programa prendia-se a existência de inúmeras "experiências de atenção primária" em quase todo o Brasil, aos excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar o agente à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população, mas, principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde.

Para estas autoras (p.57), "desde o início, a concepção do programa era fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, estando definido que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social. A partir de 1995, são definidos e institucionalizados mecanismos e patamares de financiamento e muitos municípios passam a se interessar pelo programa, particularmente, aqueles com uma estrutura de atenção básica ainda pouco desenvolvida".

Diante disso, o referido programa apresenta-se relevante no sentido em que trás no discurso que o fundamenta, "novas" perspectivas técnicas-ideológicas de reorganização e de intervenção do modelo assistencial vigente no país, contrapondo-se nas raízes com as práticas tradicionais dessa assistência.

Além de ter possibilitado uma importante abertura no mercado de trabalho nesse setor, nele se inserindo uma "nova" categoria profissional - a do agente comunitário de saúde, com a finalidade de "cuidar"⁴ de uma determinada parcela da

⁴ Cuidar, no sentido de "perceber o outro como ele se mostra, nos seus gestos e falas, em sua dor e limitação" (SILVA e GIMENES, 2000 p. 306)

população, sob orientação técnica de uma equipe mínima de saúde da qual é parte integrante, composta por médico/a, enfermeiro/a e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.

No ano de 1996, na cidade de São Paulo o Programa Saúde da Família que vinha desenvolvendo-se em algumas unidades de saúde instaladas na região leste, sob a responsabilidade da Casa de Saúde Santa Marcelina, mediante co-gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Fundação Zerbini, sob a denominação 'Projeto Qualis' – Qualidade Integral em Saúde, assumiu outras características de natureza técnico-administrativa. Foi, portanto, a partir desse 'projeto' que tivemos a oportunidade de vivenciar duas experiências profissionais: a primeira, dirigindo uma unidade básica de saúde com o objetivo de implantar/implementar o referido projeto. E, a segunda, coordenando projetos educativos de prevenção das DSTs/HIV/AIDS, junto a um grupo de agentes comunitários de saúde, provenientes de sete unidades básicas de saúde instaladas em uma das regiões periféricas da cidade de São Paulo, todas desenvolvendo o referido 'projeto'.

Dessas experiências, portanto, surgiu o interesse de realizar uma investigação de natureza acadêmica, tendo como objeto de estudo homens agentes comunitários de saúde, na condição de "cuidadores" de famílias, vivenciando gênero.

2. RAZÕES QUE NOS CONDUZIRAM À ESCOLHA DO TEMA E DO OBJETO DE ESTUDO

A primeira razão que nos conduziu à escolha do tema e do objeto de estudo, "homens agentes comunitários de saúde trabalhando cuidado e vivenciando gênero", conforme já anunciado, surgiu da nossa experiência profissional (1998-2000) à frente da direção de uma unidade de saúde localizada em uma das regiões do município de São Paulo. Nessa experiência coordenávamos quatro equipes mínimas de saúde, cada uma delas composta por um/a médico/a, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. Do total dos agentes de saúde, apenas três eram do sexo masculino.

Importante esclarecer que no processo anterior à implementação do referido projeto participamos de várias reuniões com os moradores da comunidade com o propósito de divulgá-lo e consolidar uma relação de confiança mútua a fim de facilitar o processo de sua implementação. Nessas reuniões, envolveram-se tanto homens como mulheres, sendo que a maioria constituiu-se de mulheres. Foram essas pessoas que, voluntariamente, contaram os 4.000 domicílios familiares que seriam posteriormente cadastrados pelo referido programa.

O que chamou nossa atenção no desenrolar desse processo ocorreu na ocasião da seleção dos (as) candidatos (as) à vaga de agente comunitário de saúde. Na primeira seleção, entre aproximadamente 200 pessoas, só dois homens se candidataram à vaga de agente de saúde, ambos desempregados, amigos e colegas de escola (ambos estudantes do terceiro ano do curso de técnico em eletrônica), solteiros, com idades de 21 e 22 anos, respectivamente. Moravam com suas famílias (um deles na favela onde a unidade de saúde estava instalada). O terceiro rapaz a concorrer uma vaga que surgiu um período depois da primeira seleção era também solteiro, tinha 35 anos de idade, morava na favela junto com seus tios, havia concluído o segundo grau e trabalhava informalmente nas feiras livres, vendendo legumes e frutas. Concorreu a vaga, segundo nos informou, depois que viu os dois rapazes trabalhando na sua comunidade e, também, porque precisava trabalhar com vínculo empregatício.

Possivelmente outros homens daquela comunidade, embora integrando o grupo de desempregados, nem chegaram a observar a existência de homens

exercendo a função de agentes comunitários na comunidade, ou talvez não viram naquela proposta de trabalho lugar próprio de homem, por isso acreditamos não se candidataram à seleção. Tivemos notícias de que pelo menos dois desses desempregados orientaram suas mulheres a se candidatarem.

O mais curioso de tudo isso, foi o fato de que até nós e a coordenação do processo seletivo, tivemos muitas dúvidas a respeito de admitir aqueles rapazes para exercerem tal função. Mesmo com as dúvidas não superadas decidimos admiti-los, uma vez que se saíram bem, tanto na prova escrita, como na dinâmica grupal, mesmo sem apresentar quaisquer experiências na área da saúde.

A decisão consolidou-se por serem jovens e, por conta disso, vislumbramos possibilidades de iniciativas inovadoras no exercício de suas funções, particularmente na promoção de ações preventivas junto aos jovens vivendo em uma comunidade dominada pelo tráfico ilegal das drogas, e, também pela emergente necessidade da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, sobretudo o HIV. Assim sendo, consideramos que com uma aproximação com a "galera" jovem da comunidade seria provável a realização de um trabalho preventivo mais consistente.

Entretanto, não ocorreu como esperávamos, uma vez que um deles, mesmo querendo manter-se no emprego, não conseguia realizar satisfatoriamente suas funções. Era raro o dia em que não recebíamos queixas de moradores, por conta de sua ausência na área e relatos de "displicência" nas visitas domiciliares; diziam que ele não tinha a mínima paciência de escutar as pessoas. Além do mais, não conseguia chegar no horário estabelecido à unidade para receber as instruções antes de realizar suas tarefas, só para citar alguns dos constrangimentos. Também não gostava de vestir o jaleco que era obrigatório e o identificava como agente de saúde. Recebia advertência, mas não mudava, até que um dia sua situação agravou-se quando fomos informadas por pessoas de sua área que, aproveitando-se de algumas visitas domiciliares estava fazendo "bicos" em pleno horário do trabalho, consertando aparelhos eletrônicos das pessoas com quem mantinha uma relação mais próxima e cobrando pelo serviço, o que culminou na sua demissão.

O interessante foi o que ocorreu após mais ou menos três meses do seu afastamento. Um final de tarde foi nos visitar na unidade de saúde, exibindo sua nova e impecável vestimenta: terno e gravata. Visivelmente um outro homem,

aparentemente feliz. Comunicou-nos, orgulhosamente, que estava trabalhando em Banco Financeiro e que agora estava realizado; uma demonstração explícita de afirmação de masculinidade. Constatamos ali o que já desconfiávamos. Aquele agente de saúde carregava um peso nas costas ao se ver "obrigado", por necessidade de se manter naquele emprego, a abraçar ou "vestir a camisa" de uma prática profissional que nada tinha a ver com ele.

Por não se identificar com as exigências próprias do projeto não conseguia e nem se esforçava em desenvolver suas funções satisfatoriamente. Além do mais, é possível que tivesse vergonha de se apresentar e ser visto como agente comunitário, pois só usava o jaleco sob pressão do médico e enfermeira de sua equipe, sempre que se via sozinho, se livrava do mesmo. As agentes comunitárias se encarregavam de denunciar a sua transgressão.

O segundo rapaz, que também não gostava de usar o jaleco, permaneceu no projeto por quase cinco anos. As reclamações advindas de moradores de sua área de atuação eram equacionadas na sua própria equipe. Portanto, nada grave que o comprometesse. Foi admitido como agente de saúde sem que o médico do trabalho constatasse um problema que tinha em uma das pernas, resultado de uma trombose, certamente uma razão para acomodar-se no exercício de sua função. Ele suportou a rotina do trabalho até quando lhe foi possível; soubemos através de suas colegas que se demitiu e que havia montado uma oficina para concerto de aparelhos eletrônicos no espaço de sua casa, tendo em vista ser um técnico nesta área. Nesse caso, optou por uma ocupação marcadamente masculina que possivelmente lhe conferiu uma certa satisfação ao exercitá-la, e, ao mesmo tempo, talvez, devido ao seu problema de saúde ao ter optado por trabalhar como autônomo no local de residência pode ter sido uma saída para quem precisava se resguardar.

O terceiro rapaz, portador de uma visível timidez, o que era motivo de preocupação comportou-se de forma diferenciada. Desde o início de sua atuação se revelou sempre dedicado às suas tarefas de modo que não ocorria queixa por parte da população que atendia. Tanto o médico, como a enfermeira de sua equipe nos informava que se tratava de uma pessoa esforçada e que diante de assuntos que não dominava solicitava orientação deles. Além do mais, conseguia manter uma boa relação com as famílias sob seus cuidados. A timidez, portanto, não o impedia de

realizar adequadamente suas atribuições. Para nós, o esforço revelado por este rapaz no processo das capacitações, e a dedicação frente ao exercício de suas atribuições explicitavam a intenção de permanecer no trabalho e ser por ele reconhecido.

Entretanto, devido a um legítimo desejo de ascender profissionalmente, investiu, com custos próprios, nos cursos de auxiliar e de técnico de enfermagem, esperando uma "promoção" que nunca aconteceu. Afinal de contas, queria melhorar de vida, recebendo um salário melhor. A frustração fez com que solicitasse sua demissão.

Tomamos conhecimento através de sua tia, que desconhecia os motivos de sua saída da unidade de saúde que tanto gostava, que depois do seu desligamento, ele havia se entregado à bebida alcoólica, tornando-se uma pessoa muito triste e ainda mais silenciosa. Receava que ele entrasse em um "mundo" do qual não conseguisse mais sair, parecendo se referir a uma possível entrada dele no mundo do comércio ilegal das drogas, e, que, por esta razão, estava tentando convencê-lo a retornar à sua terra natal, Pernambuco.

Em contato com o próprio, ficamos sabendo que o motivo de sua saída do Projeto se deu por ele ter percebido que não conseguiria exercer as funções de auxiliar e/ou técnico de enfermagem, porque não havia interesse por parte da instituição e, que estava cansado do trabalho de agente de saúde. Por estes motivos, solicitou sua demissão. Deixou claro que não se arrependeu de ter tomado esta decisão, contudo, pelo tom de sua voz, nos pareceu bastante magoado.

Para manter sua sobrevivência, continuou trabalhando nas feiras livres, vendendo frutas e legumes. Aliás, ocupação que não abandonou mesmo quando trabalhava como agente de saúde. Comunicou-nos que não pretendia retornar a Pernambuco. E quanto ao problema da ingestão de bebidas alcoólicas, informou-nos que havia parado, graças aos ensinamentos recebidos de uma igreja evangélica da sua comunidade que, aliás, passou a ser sua atual crença.

Este rapaz carregava um sentimento melancólico devido a uma "paternidade frustrada". O fato veio à tona, em uma das capacitações que dávamos a todo grupo de agentes de saúde, quando em uma das ocasiões sua 'masculinidade' foi questionada por suas colegas, devido a sua condição de homem

solteiro e tímido, uma explícita expressão de preconceito de gênero. Dando a entender que não era nem virgem e nem gay, relatou que tinha uma filha, mas que nunca a conheceu e que seu grande desejo era conhecê-la que, aliás, já estava moça. Confidenciou que pelo fato de não ter concordado casar ao saber da gravidez da namorada, ela desapareceu de sua vida, negando-lhe a convivência e o reconhecimento da paternidade. Fato que parece nos revelar uma explícita demonstração estratégica de jogo de poder, nesse caso, do gênero feminino.

De modo geral, nosso contato com esses homens, agentes de saúde, foram marcados por grandes expectativas e apreensões: primeiro, pela própria provocação de mudança na prática da atenção básica da saúde naquela comunidade, designando-os, pelo menos no âmbito do discurso, de os novos "cuidadores" e "vigilantes" da saúde de famílias. E, segundo, por conta da nova experiência junto com aqueles homens exercitando uma função que parecia tão distantes deles.

Inicialmente ocorreu um certo estranhamento por parte de parcela da população ao se defrontar com aqueles novos interlocutores, acostumada com o exercício das funções de "cuidar" "servir" e "assistir" serem realizadas por profissionais da área médica, da enfermagem, da educação ou do serviço social, e, na maioria das vezes, profissionais do sexo feminino. Por conta disso, a aceitação desse novo ator social da saúde se deu muito lentamente, e de forma distinta, a depender do grau de persuasão e do compromisso utilizado por cada um deles. Uma questão que se colocava concreta e que nos obrigava a estar sempre em alerta, tendo em vista a realização adequada de suas funções.

Nessa experiência tivemos oportunidade de observar que entre os homens, agentes de saúde, a falta de perspectiva de ascensão social, a burocracia e a rotina do trabalho exercida no Programa Saúde da Família causavam muito mais frustrações do que entre as mulheres que viam naquele emprego uma certa "dádiva divina", termo emprestado de SARTI (1996, p. 68). É possível que para elas, o fato de terem sido admitidas pelo programa deixando de ser exclusivamente donas de casa, para trabalhar na própria comunidade numa função remunerada que não exigia, na época, nível de escolaridade e experiência profissional anterior, além de não sacrificar seus afazeres domésticos, representava uma conquista no mundo do trabalho, que por si só já se traduzia em uma conquista e ascensão social.

Os conflitos daquelas mulheres, particularmente os das casadas e/ou das que viviam relação conjugal estável, eram de outra ordem - da ordem do privado. Ao se iniciarem nessa atividade passaram a sofrer pressões dos seus companheiros, por razões de ciúmes e, talvez, por associarem o tipo de trabalho por elas exercido ao que imaginavam se atribuir às mulheres, ou seja, "comadres" que quando se juntam tendem a fazer fofocas uma das outras. Além disso, a idéia de que, ao entrarem de casa em casa, estariam expostas a alguma "maledicência" da própria comunidade, podendo, moralmente, os comprometer. Algumas dessas mulheres foram fisicamente agredidas; uma se separou do parceiro e uma outra foi abandonada juntamente com seus três filhos, todos menores de idade, outras conseguiram contornar a situação.

A segunda razão, surgiu no contexto de um amplo processo de capacitação profissional, realizado junto a um grupo formado por 170 agentes comunitários de saúde, de ambos os sexos, em que coordenamos dois projetos (nos anos 2002 - 2003), que versavam sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, sob a ótica de gênero, na perspectiva da prevenção das DSTs/HIV/AIDS.

Estes projetos ancoraram-se na organização não governamental - ONG Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, na época sob a nossa coordenação. O primeiro, levado a termo durante o ano 2002 em parceria com a Associação Saúde da Família, contou com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde. O segundo, desenvolvido no ano de 2003, também em parceria com a Associação Saúde da Família, foi apoiado pela 'Elton John Aids Fundation'. Tais projetos tiveram como foco pedagógico a construção de ações estratégicas de promoção e prevenção das DSTs/HIV/AIDS junto aos próprios agentes de saúde e, através destes, numa perspectiva multiplicadora, às famílias sob seus cuidados; processo em que, questões importantes de gênero se fizeram presentes no desenrolar da capacitação entre os participantes.

Do total do grupo, apenas 18 agentes de saúde pertenciam ao sexo masculino. Inicialmente, portanto, para um primeiro olhar 'desconfiado' de uma feminista⁵ atenta às questões específicas da saúde das mulheres a realidade que se

⁵ Feminista nos termos de ELUF (2000), que significa, estar do lado da Justiça, da liberdade, da dignidade humana, do respeito à integridade de cada pessoa. É rejeitar a escravidão sexista, é negar a discriminação e promover o bem-estar das pessoas, independentemente de gênero e de condição social.

apresentava não representava nenhuma "ameaça", no sentido da expectativa em atingir desempenho satisfatório dos projetos em questão, precisamente pelo número limitado de homens ali presente.

Entretanto, à medida que o processo da capacitação evoluía, outras preocupações advinham resultando em uma indagação que para nós, na época, se colocava preocupante, a saber: será que esses homens tornar-se-iam 'sensíveis' às questões da saúde das famílias sob seus cuidados, às das mulheres em particular? Ter focado nossa preocupação nessa questão talvez tenha sido por dois motivos: o primeiro, porque sabíamos que, na maioria das vezes, os agentes de saúde eram recebidos por mulheres na ocasião das visitas domiciliares e, por conta disso, a depender de suas orientações, poderiam emergir mais demandas nas vidas dessas mulheres aumentando, conseqüentemente, suas responsabilidades pelo processo saúde/doença de seus familiares. O segundo, porque, certamente, deveria haver algum resquício de "desconfiança" instalado no nosso íntimo frente àqueles homens, o que representava explícito estereótipo de gênero (questão compreendida e equacionada no desenrolar do processo do trabalho).

No processo vivenciado durante esses dois anos, marcadamente dinâmico e interativo, surgiram outras indagações, por nós consideradas até mais relevantes, do tipo: dentre aqueles "novos profissionais", quem eram e o que pensavam aqueles homens que vieram "somar esforços" na luta pela consolidação da saúde das famílias de sua comunidade, sobre a sua condição de agentes de saúde; como estariam se sentindo inseridos no Programa Saúde da Família, na condição de "cuidadores" de famílias, prática tradicionalmente reservada às mulheres? Como se percebiam e eram percebidos pelos seus familiares e pelos seus colegas de trabalho exercitando atribuições de agentes de saúde? Sob seu ponto de vista, que mudanças em suas vidas estariam operando-se a partir do exercício das funções de agentes de saúde?

Diante dessas indagações, na ocasião em que finalizávamos as mencionadas capacitações como primeira medida, realizamos algumas conversas informais, com característica de *enquête*⁶. Conversamos com alguns profissionais e

⁶ *Enquête*, diferente de pesquisa, "é coleta de informações, de dados pela multiplicação dos contatos, dos "informantes", e pela abertura de novos domínios para explorar. (...) A pesquisa é uma reflexão simultânea sobre estes dados. Embora diferentes, uma não pode ser separada da outra". (PAILLARD, 1999 p.135).

dirigentes das unidades de saúde onde os mesmos trabalhavam, como também com alguns dos agentes de saúde, de ambos os sexos, a respeito do que pensavam sobre a inserção de homens exercendo a função de agentes de saúde do Programa Saúde da Família. Colhemos as seguintes opiniões:

a). De profissionais e dirigentes de unidades de saúde, todas pertencentes ao sexo feminino:

- “É mil vezes melhor trabalhar com agentes comunitários de saúde homens do que mulheres. Eles são mais objetivos conseguem realizar suas tarefas com mais agilidade e não ficam melindrados por qualquer “besteira” ou “picuinha” como é o caso das mulheres”. Esta opinião parece vir ao encontro de quem acredita que o sistema de saúde deve operar “mecanicamente” e, que, conseqüentemente, o agente de saúde deve se comportar como bons e ágeis executores de tarefas. Para esta profissional as mulheres perdem tempo se melindrando, por isso a preferência declarada em melhor trabalhar com agentes de saúde homens.
- “Às vezes tenho dúvidas se essa decisão foi a melhor, pois noto que as tarefas deles são executadas com muita rapidez”. Ao contrário da fala anterior, esta profissional põe em dúvida a execução das funções do exercício profissional realizado por homem, agente de saúde, exatamente por conta da rapidez em sua realização. É possível que essas dúvidas surjam devido ao não estabelecimento de vínculos; parece que não é disponibilizado “tempo” necessário para que isso ocorra.
- “Na minha opinião eles não nasceram para fazer esse tipo de trabalho, falta paciência de natureza das mulheres”. Colocação explícita de quem dimensiona qualidades essencializadoras e naturalizantes próprias a homens e a mulheres, caracterizando-se em uma das armadilhas míticas de estereótipo nas relações entre gêneros.

- “Acho que não tem nada a ver pelo fato de serem homens, se são responsáveis pelo que fazem, é o essencial”. Aqui já percebemos uma fala livre de estereótipos de gênero, uma vez que coloca em questão o exercício profissional que deve ser exercida de forma responsável, independente a que gênero se pertença. Esta profissional enfatizou como sendo o mais importante para o exercício desta função, o estar capacitado/a e ter postura responsável diante do que é esperado desse profissional.
- “Não tenho muita certeza, mas acho que as mulheres desempenham melhor esta função, pois o dia-a-dia exige muita dedicação e até sacrifício. Não vejo essas qualidades nos homens com quem trabalho”. Mais uma fala que coloca em dúvida o trabalho desenvolvido por agentes de saúde homens, e que toma como referência, a própria experiência cotidiana. Nossa informante, de forma positiva, qualifica as mulheres para o exercício deste trabalho generalizando atributos de ‘dedicação’ e ‘sacrifício’ como se, pelo fato de serem por “natureza” mulheres já fossem dotadas dessas qualificações com algo já estabelecido. A questão de gênero está explícita na medida em que a identidade sexual feminina é colocada como determinante ao bom desempenho das funções de agente de saúde, caracterizando-se em uma visão estereotipada de gênero, à medida que não é posto em evidência o processo de aprendizagem.

b). De algumas agentes de saúde:

- “Não é fácil eles realizarem seus trabalhos, pois eles encontram nas casas mulheres que muitas vezes não se sentem à vontade de recebê-los, muito menos, coragem para exporem suas intimidades”. A explicitação dessas limitações colocadas por esta agente de saúde não se trata de uma prerrogativa exclusiva de agentes de saúde homens. Pois é sabido que dificuldades desta natureza também se apresentam quando essas mulheres se vêem diante de outros

profissionais do sexo masculino, necessitando de consultas, como no caso, médicos e/ou enfermeiros. Tem a ver com a disposição interna das mulheres.

- “É muito comum eles procurarem uma de nós para orientar usuárias da área de abrangência deles quando o assunto é exame de ‘papanicolaú’ ou mesmo problema ginecológico”. Esta parece ser uma estratégia muito utilizada pelos agentes de saúde, corroborada com a colocação anterior.
- “Tem aquelas mulheres que quando os maridos não estão em casa não gostam de receber homem em suas casas e aí penso que o atendimento se torna prejudicado”. Nossa informante expressa uma certa preocupação a respeito do trabalho de agentes de saúde, homens que, ao visitarem mulheres que não costumam receber homens em suas casas, na ausência de seus maridos, não conseguem realizar seu trabalho. Esta colocação parece revelar uma das faces do Programa Saúde da Família, que tem a ver com os limites nas intervenções, e que nos parece ir bem além do fato de serem ou não exercidas por agentes de saúde homens. Tem a ver com a privacidade das pessoas e suas particularidades que exige dos profissionais envolvidos na execução do programa constante consideração.

c). De alguns agentes de saúde:

- “A única diferença é que por sermos mais “duros” e “diretos” nas informações, é possível que as famílias prefiram ser assistidas por mulheres, por serem mais delicadas e mais cuidadosas quando estão orientando”. Este informante generaliza atributos sectários por ele considerados ‘comuns’ e ‘naturais’ como próprios de homens: ‘duros e diretos’, contrapondo-se a atributos próprios das mulheres, como sendo, mais ‘delicadas’ e mais ‘cuidadosas’. Reproduzido, assim, o

que historicamente foi circunscrito pela sociedade regida por sistema patriarcal e incorporado pelo senso comum.

- “A única dificuldade é quando entra problema de ciúmes de seus companheiros; do resto é normal, não vejo nenhuma diferença”. Fala de quem possivelmente já enfrentou e/ou teme enfrentar situação de cena de ciúmes de companheiros das mulheres por ele atendidas. Parecendo-nos revelar uma certa insegurança no exercício da profissão, caracterizando-se em uma questão de gênero.
- “Quando a gente trabalha com profissionalismo o sexo se esconde”. A expressão utilizada ‘o sexo se esconde’ referindo-se quando em exercício de suas funções, nos leva a pensar que, talvez, essa expressão tenha a ver com um “jeito” particular ‘assexuado’ encontrado por este informante quando diante do sexo oposto, ou seja, mulheres sob seus cuidados.

Como se pode verificar, em boa parte dos depoimentos acima descritos, e constituídos pelas distintas opiniões a respeito do que pensavam de homens exercendo a função de agentes de saúde, transpareceu visões dicotômicas e preconceituosas. Visões baseadas em determinismos biológicos, explicitadas nas falas que consideravam este tipo de trabalho mais apropriado às mulheres, graças aos seus dotes “naturais”. De modo geral, externou-se a crença de que para o exercício da função de agente de saúde, a presença de homens se apresentava questionável por parecerem menos “comprometidos” com esse tipo de trabalho ou, por serem muito diretos e pragmáticos nas suas ações. Para nós, esses depoimentos parecem revelar explícitas significações de ordenação de gênero, à medida que foi apontado como um dado ‘natural’, uma forma binária de divisão sexual do trabalho.

Os atributos referidos à divisão sexual do trabalho, expressados pela maioria dos inquiridos, delimitando qualidades laborais próprias de homens e de mulheres, apontou-nos preocupação, dado ao fato do encaixe de visões

estereotipadas ancoradas em "certezas" essencializadas. Estas, possivelmente, poderiam estar comprometendo as relações sociais e profissionais entre e inter gêneros e, deste modo, contribuindo negativamente no processo do trabalho desses homens que, nesse espaço, podiam ser e/ou estariam sendo discriminados, e/ou se discriminando em razão do seu sexo.

Todavia, tomando esta questão de forma inversa, ou seja, quando mulheres se vêem ocupando espaço majoritariamente masculino e realizando atividades consideradas não próprias à sua condição de mulher, as atitudes discriminatórias não seriam semelhantes? Certamente que sim, pois, conforme STREY (1999, p.46-47), "a divisão sexual do trabalho torna os sexos em seres sociais diferenciados que estão realmente mais capacitados para realizar o trabalho de seu sexo, fornecendo a base natural para a divisão sexual do trabalho".

Sabemos que é também no contexto dessas relações assimétricas de gênero que se formam o nicho de preservação e/ou manutenção dos valores tradicionais associados ao modelo patriarcal, em que se acirram e perpetuam as desigualdades entre pessoas de sexos opostos. Pois, segundo PASSOS (1999, p.101), "ao serem categorizados e apossando-se de tal identificação, a tendência dos indivíduos é de se verem conforme o espelho social os reflete; pois a subjetividade, o mundo interno do sujeito é constituído de signos, de imagens, de metáforas, de emblemas, de símbolos, de mitos e de alegorias, produzidos na sua interação com os outros e com o social".

Foi, portanto, a partir dessas experiências, vivenciadas em distintos e específicos momentos da nossa vida profissional que o interesse pelo tema e objeto do nosso estudo consolidou-se. Nessa perspectiva, decidimos investigar um grupo específico de homens agentes comunitários de saúde que na condição de "cuidadores" de famílias estariam vivenciando questões de gênero. Para tanto, tomamos como referência unidades básicas de saúde desenvolvendo o Programa Saúde da Família localizadas em uma das regiões do município de São Paulo, nelas estando inseridos.

3. CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO E SUJEITO DO ESTUDO

3.1 Inserção histórica do agente comunitário na atenção básica da saúde e sua interlocução com o Programa Saúde da Família

A importância atribuída à inserção do 'agente comunitário' na atenção básica da saúde se deu em 1978, sob os auspícios da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizado em Alma-Ata na então, União Soviética, atualmente – Rússia (OMS, 1979). Materializou-se na Declaração daí advinda nos seguintes termos: "Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive, médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável (...) convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade" (Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 p.16).

Em 1979, segundo nos informa CARVALHO, em sua dissertação de mestrado (2002, p.1), o Estado do Maranhão, apoiado pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância - UNICEF, passou a contar com 400 agentes comunitários de saúde para atuar no seu território.

Em 1987 foi a vez do Estado do Ceará que implantou e implementou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, uma realização apoiada pelo Ministério da Saúde. Esse Programa se constituiu por pessoas identificadas como 'líderes comunitárias' que, após serem treinadas em ações básicas de saúde, passavam a atuar realizando visitas domiciliares rotineiras. Orientavam as mães sobre controle de peso das suas crianças, reidratação oral nas desnutridas e estímulo à amamentação. Uma iniciativa que se consagrou no âmbito nacional, ganhando notoriedade, sobretudo por ter conseguido reduzir em 32% o índice de mortalidade infantil no estado do Ceará. Em 1991, este o Estado foi agraciado com o Prêmio Maurice Page, concedido pelo UNICEF como reconhecimento de seus feitos.

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS, estendendo-o prioritariamente aos estados do Norte e do Nordeste do País, e mantendo as

funções iniciais, acima descritas. E, em 1994, institucionalizou o Programa Saúde da Família – PSF, incorporando médicos (as), enfermeiros (as), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sob a denominação de “equipe mínima de saúde”, que se responsabilizaria por 800 ou 1000 famílias cadastradas, residentes em uma determinada área geográfica.

Entretanto, somente em 1997 consolidou-se o trabalho do agente comunitário de saúde através da Portaria Ministerial nº 1.886, cujo conteúdo fixou normas e diretrizes operacionais para seu exercício profissional. Nesta portaria se estabeleceu que competia a cada agente de saúde os cuidados pela saúde de 150 a 200 famílias moradoras numa determinada base geográfica, bem como determinava os seguintes critérios para admissão nessa categoria profissional: residir no mínimo por dois anos na área definida para o exercício de suas atividades; saber ler e escrever; ser maior de 18 anos; ter disponibilidade de tempo integral para desenvolver suas atividades; e, enfim, ser aprovado no exame de seleção (conhecimentos sobre problemas de saúde da sua comunidade e se sair bem na dinâmica grupal).

Importante ressaltar que tanto o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS, como o Programa Saúde da Família – PSF, representam “alternativas” estratégicas objetivando, segundo PORTELLA e GOUVEIA (1999, p.9), “... focalização na implantação de políticas sociais, ou seja, tratam-se de programas especialmente voltados para uma determinada parcela da população, considerada mais vulnerável ou excluída que a totalidade da população beneficiária, neste caso, do sistema público de saúde”.

Há que se reconhecer, portanto, que a grande novidade do Programa Saúde da Família - PSF - foi o surgimento do agente comunitário de saúde como uma nova “categoria profissional” no campo da saúde pública e, como era de se esperar, representando significativamente baixo custo econômico aos cofres públicos.

Vale ressaltar que as primeiras atuações realizadas por esses “novos profissionais” se deram de forma voluntária, sob orientação da Pastoral da Saúde. Tratava-se de pessoas vinculadas a Igreja Católica que, após serem treinadas, se comprometiam a cuidar da saúde das crianças e a orientar as mães para assumirem esse cuidado junto a seus filhos. A remuneração por esse tipo de trabalho só surgiu

alguns anos depois, com a cifra variando de região para região, em conseqüência da ampliação do programa e, também, pelo reconhecimento do trabalho desenvolvido pelas pessoas nele envolvidas.

Esta remuneração, grosso modo, tem variado entre um a dois salários mínimos, a depender da definição do governo local e/ou da parceria que administra o programa. Evidentemente, bem aquém do que se pagaria a um profissional com formação universitária e com especialização em saúde pública.

Convém esclarecer que a Portaria nº 1.886/1997 do Ministério da Saúde, que estabeleceu normas para o exercício das funções do agente comunitário de saúde, foi substituída pelo Decreto nº 3.189, de 04 de outubro de 1999, o qual fixa diretrizes para o exercício das atividades profissional, conforme anexo, nº 02.

Como se pode constatar no conteúdo do referido decreto, foram estabelecidas como atribuições primordiais, dentre outras, realizar visitas sistemáticas e mensais a no máximo 200 famílias cadastradas no referido programa na perspectiva de elevar o nível de saúde das famílias sob seus cuidados, através de ações sócio-educativas, bem como exercer vigilância permanente para que os agentes internos e externos não interfiram negativamente no processo saúde e doença de cada uma dessas famílias. Segundo SCOTT (2001, p.65), "a quantidade de atribuições do agente tende a crescer em proporção direta ao aumento das equipes em operação no país".

Ao que parece, trata-se de atribuições bastante complexas para serem realizadas por esses "novos profissionais", pois é esperado que desenvolvam atividades de prevenção de doenças e de promoção à saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mesmo sob supervisão de sua equipe.

Além do mais, intervenções que visem à promoção da saúde não se restringem à exclusividade da esfera da saúde, irá sempre necessitar de ações complementares advindas de parcerias Intersetoriais e interinstitucionais, de forma que possam ser definidas e postas em práticas ações integradas com essa perspectiva, ponderações, também, já apontadas por SILVA e DALMASO (2002). Logo, a definição dessas atribuições parece necessitar de uma reavaliação.

Quanto à profissionalização do agente comunitário de saúde foi institucionalizada através da Lei Federal nº 10.507 de 10/07/2002 em comemoração aos dez anos do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS. Esta Lei estabelece que o Ministério de Saúde, as Secretárias Municipais de Saúde e as Escolas Técnicas do SUS, mediante parcerias, são os responsáveis diretos pela formação profissional dessa categoria profissional.

Cabe ressaltar que os requisitos anteriores para o exercício da profissão foram reformulados na referida lei, ficando estabelecido que a pessoa interessada em tornar-se agente de saúde deve residir na área da comunidade em que for atuar; ter concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para formação de agente comunitário de saúde; e ter concluído o ensino fundamental.

Com essa medida em forma de lei, passou a ser, também, esperado que os agentes de saúde anteriormente admitidos no programa, independentemente do tempo em que estivesse a ele vinculado, passassem por processos de educação continuada, a fim de exercerem suas funções de forma tecnicamente mais adequada em benefício das famílias por eles assistidas.

Consolidou-se, então, uma identidade profissional para a categoria de agentes comunitários de saúde e, conseqüentemente, não é mais possível a admissão de pessoas no programa sem escolaridade de nível fundamental. Com essa medida posta em prática, propiciava-se uma maior qualificação técnica para o conjunto desses profissionais e, conseqüentemente, as famílias sob seus cuidados seriam melhor assistidas.

3.2 'Famílias' no contexto contemporâneo e as possíveis implicações no exercício cotidiano do Programa Saúde da Família.

Há que se saber, porém, que o entendimento de 'família (s)', termo polissêmico, para a maioria dos agentes de saúde com os quais tivemos contato, é de família tradicional e nuclear, ou entendimento embasado na concepção adotada no arcabouço jurídico constitucional (Cap. VII – artigos: 226 e 288) que define para efeito de proteção do Estado, "... a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento". E, "como entidade familiar, a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes" (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988 p.147).

E como a atual legislação não avançou no sentido de considerar as uniões de pessoas do mesmo sexo, nem no reconhecimento de outros arranjos familiares em que o parentesco não se define nem pela consangüinidade, nem pela reprodução, é possível que, por conta desse vácuo na lei, eventualmente possa ocorrer uma certa "confusão" na prática dos profissionais responsáveis pela execução do Programa Saúde da Família. Certamente entre aqueles não atentos a esta questão.

Isto porque, para efeito de cadastramento das 'famílias', o mencionado programa considera as unidades domiciliárias habitadas, sem se deter, no entanto, nas eventuais variações de conformações familiares possíveis de serem identificadas pelos agentes de saúde. Com esse procedendo, é evidente que o serviço de saúde está perdendo uma oportunidade ímpar de apropriar-se do conhecimento concreto dessa diversidade. Isto é, perde a oportunidade de poder aproximar-se com mais propriedade dos membros das famílias na perspectiva de responder mais adequadamente às suas demandas, no que tange aos aspectos do processo saúde e doença. E, assim, seriam planejadas ações de saúde de forma dinâmica e de acordo com as reais necessidades das pessoas, integrantes dos grupos familiares, consoantes com as diversidades identificadas e apresentadas pelos agentes de saúde.

Pelo que pudemos constatar junto a profissionais que atuam neste programa, em localidades distintas do país, é que, geralmente, a capacitação dada às equipes de saúde, no aspecto programático, não avança nesta temática. Dessa

forma, sem levar em consideração possibilidades de profissionais se defrontarem no cotidiano de suas atividades com modelos familiares não tradicionais, é possível que, equivocadamente, sejam universalizadas abordagens, focalizando e enquadrando intervenções a partir de uma única proposta de assistência à saúde sem levar em conta particularidades e singularidades de cada membro das famílias assistidas. Além, é evidente, das diferenças regionais e locais.

Nesse sentido, há que se tomar o fato de que é possível que os profissionais que trabalham e elaboram programas, acabem tendo seu critério e julgamento como extensão de uma moral ou de um padrão ideal proposto para os outros a partir de referenciais não reflexivos carregados de pré-conceitos. (SANTOS e ADORNO 2002, p.78).

Um caso inusitado que caracterizamos como “discriminatório involuntário”, embora possivelmente carregado de preconceito, ocorreu na unidade de saúde sob nossa responsabilidade, quando do processo do cadastramento das famílias de uma determinada micro-área: um casal homossexual (considerado “não família” pelo (a) agente comunitário de saúde), ficou fora do referido cadastramento. Só após a reclamação de um deles à direção da unidade é que a situação foi solucionada.

O constrangimento pelo ocorrido possibilitou uma reflexão, a *posteriori*, junto às equipes de saúde sob nossa coordenação ao nos debruçamos sobre o entendimento de ‘família’, conforme CARVALHO (2003, p. 267) “como do âmbito privado, para a esfera pública”, culminando na compreensão da existência das “novas/velhas” e diversas formas social e afetiva de sua constituição e, que, portanto, devendo ser concebida sempre no substantivo plural.

Este fato, independentemente de se tratar de um caso particular, é emblemático, e se coloca relevante no sentido de nos alertar da necessidade de que seja repensada e relativizada a compreensão atribuída a família à luz da constatação da sua diversidade como fenômeno contemporâneo, o que contribuirá em respostas também diversificadas às demandas no campo do processo saúde *versus* doença, advindas dos contextos familiares.

Nessa linha de pensamento, para VASCONCELLOS (1998, p.158), família “deve ser compreendida historicamente, na especificidade de cada época e dependendo dos grupos sociais aos quais pertencem”. Tendo em vista que,

"existem famílias com laços afetivos e estabilidade econômica definidos, famílias sem recursos assistenciais ou direitos sociais, famílias nucleares ou famílias por conveniência ou sobrevivência".

Foi no campo da antropologia que identificamos uma concepção mais ampla e dinâmica de 'famílias', em que se privilegia pluralidade e diversidade e, que, portanto, se coloca bem mais próxima à realidade contemporânea. A antropóloga SARTI (1995, p.39), por exemplo, afirma que "família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação".

Logo, não se trata de uma instituição com legado natural. Mas, de uma construção histórica, uma vez que ao longo dos anos, nas diversas sociedades, 'famílias' vêm se constituindo por distintas configurações e se caracterizando em variedades de arranjos. E dessa forma constituindo-se, também, afetiva e socialmente, conseqüentemente, dessacralizando valores consagrados pela tradição.

A esse respeito, o que teriam a dizer nossos interlocutores, sujeitos da presente pesquisa que, cotidianamente, encontram-se diretamente envolvidos, na condição de "cuidadores" de famílias, no sentido dessa compreensão? E em que termos vivenciam gênero na relação que se estabelece junto a essas famílias?

3.3 'Gênero' e significados de marcas masculinas em agentes comunitários de saúde cuidando de famílias

A propósito da perspectiva do estudo de gênero ter sido assumida na construção da nossa tese, esclarecemos que não temos aqui a pretensão de realizar uma revisão exaustiva das concepções teóricas sobre esta temática. Como também, não tencionamos polemizar diferenças e desigualdades entre os sexos; temas, esses já fartamente analisados e discutidos por teóricos e pesquisadores de distintas áreas do conhecimento, feministas ou não. Mas, buscar identificar e analisar aspectos relacionais inter e entre gêneros sob a ótica de homens, agentes de saúde e, assim, compreender aspectos da constituição de suas 'masculinidades' a partir de suas práticas como "cuidadores" de famílias, conforme os objetivos delineados na nossa investigação.

Para ISQUIERDO⁷ (1994, p.36), o termo gênero se reveste de distintas formas de interpretação: remetendo-o a uma dimensão classificatória, este pode ser referido a gêneros literários; gêneros de mercadorias ou a um grupo taxionômico de animais ou plantas que se situa entre a espécie. Remetendo-o a uma dimensão gramatical, divide-se em gêneros, feminino, masculino, neutro, comum e epiceno.

E, para além do significado gramatical, segundo esta autora, "a distinção entre sexo e gênero tem como objetivo diferenciar conceitualmente as características sexuais, limitações e capacidades que as mesmas implicam, e as características sociais, psíquicas, históricas das pessoas, para aquelas sociedades ou aqueles momentos da história de uma dada sociedade, em que os padrões de identidade, os modelos, as posições, e os estereótipos do que é/deve ser uma pessoa, respondem a uma bi-modalidade em função do sexo a que se pertença".

HEILBORN (1997), por sua vez, acentua que o termo gênero, por conta de sua natureza polissêmica e dinâmica, tomou outros foros e, também, significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e a dimensão biológica dos seres humanos.

⁷ Maria de Jesús Izquierdo - integrante do corpo docente do Curso de Pós-Graduação da Universidade de Barcelona

Importante esclarecer que, “na bibliografia básica sobre o conceito de gênero, seu uso comporta um elenco de posições tanto teóricas, quanto de simples referências descritivas às relações entre os sexos” (OLIVEIRA, 1999, p.68).

Para SCOTT⁸ (1991), o termo gênero e sua posterior utilização como categoria de análise histórica emergiu a partir dos anos de 1980, possivelmente entre teóricas feministas americanas que insistiam no caráter social das distinções baseadas no sexo. Notadamente uma importante contribuição para os/as estudiosos/as interessados/as nessa área do conhecimento, tendo em vista ter trazido à tona, a questão da diferença sexual e o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo.

Na concepção desta autora, o termo gênero passou a ser utilizado em substituição a “sexo” ou “diferença sexual”. Nesse sentido, assumiu uma posição de ruptura com o determinismo biológico e introduziu a noção relacional das definições normativas da feminilidade e da masculinidade. Nestes termos e sob esse aspecto, passou a não mais ter razão estudos e análises de homens e mulheres como categorias em separado, uma vez que um só se define em relação ao outro, ou seja, o estudo de um implica o estudo do outro.

Tendo isto em conta, SCOTT (1991, p.14) definiu gênero em duas partes e diversas subpartes, esclarecendo que estas partes estariam ligadas entre si, mas que deveriam ser distinguidas no processo da análise. Para ela, o núcleo essencial da definição de gênero repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”. Deixando claro que, “o uso do ‘gênero’ coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade”.

Para essa autora a noção da categoria gênero se deu a partir de três orientações teóricas: A primeira, embasada nas teorias do patriarcado, consistindo em “um esforço inteiramente feminista que tenta explicar as origens do patriarcado”. Ou seja, feministas “teóricas do patriarcado concentraram sua atenção

⁸ Joan Wallach Scott – historiadora norte-americana, especialista do movimento operário do século XIX, e da história do feminismo na França. Autora do clássico texto “Gender: An Useful Category of Historical Analyses. Gender and the Politics of History. New York. Columbia University Press, 1989.

na subordinação das mulheres e encontraram a explicação na "necessidade" do macho dominar as mulheres" (p.5).

A segunda orientação teórica, situa-se "no seio de uma tradição marxista e procura um compromisso com as críticas feministas". Nessa linha de pensamento, "as feministas marxistas têm uma abordagem mais histórica, já que elas são guiadas por uma teoria da história. Mas quaisquer que sejam as variações e as adaptações, o fato de que elas se impõem a exigência de encontrar uma explicação "material" para o gênero limitou, ou pelo menos atrasou, o desenvolvimento de novas direções de análise" (SCOTT, p.6-7). A questão sobre esta orientação teórica, segundo essa autora (p.9), é que "no interior do marxismo, o conceito de gênero foi por muito tempo tratado como sub-produto de estruturas econômicas mutantes: o gênero não tem tido o seu próprio estatuto de análise".

E, finalmente, a terceira orientação teórica, "fundamentalmente dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se nas várias escolas da psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito" (SCOTT, p.6). No que esclareceu, "as duas escolas se interessam pelos processos através dos quais foi criada a identidade do sujeito; as duas centram seu interesse nas primeiras etapas do desenvolvimento da criança com o objetivo de encontrar indicações sobre a formação da identidade de gênero. As teóricas das relações de objeto colocam a ênfase sobre a influência da experiência concreta (a criança vê, ouve, tem relações com as pessoas que cuidam dela e, particularmente, naturalmente, com seus pais), ao passo que os pós-estruturalistas sublinham o papel central da linguagem na comunicação, interpretação e representação de gênero" (p.9).

SCOTT (1991), utilizando-se da noção de desconstrução de Derrida e do conceito de poder de Foucault, desenvolveu sua teoria de gênero, desconstruindo o status naturalizado ou essencializado das oposições binárias. E com base na análise genealógica de Foucault a autora em questão, enfatizou processos e não origens e a busca de causas múltiplas, em vez de causa única da retórica e do discurso mais que da ideologia e da consciência.

E, utilizando-se da técnica da desconstrução nos estudos sobre gênero, põe em questão a idéia biologista do aspecto "natural", ou seja, como estando na natureza das coisas, rejeitando, conseqüentemente, o caráter fixo, determinista, e

permanente da oposição binária entre os sexos. Segundo SCOTT (1991), o significado se estabelece impondo definições normativas que encobrem o potencial de conflito e oposição e, que, portanto, toda construção ou implementação de sentido envolve uma operação de poder. Sua teoria, portanto, define gênero não somente como papéis sociais ou relações sociais, mas como um campo primário, onde se articulam relações de poder e significados estabelecidos a partir da diferença sexual.

Compreendendo esse poder, nos termos apontados por MACHADO (1979, p.XIV), como aquele não localizado em nenhum ponto específico da estrutura social, mas funcionando "como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras (...) Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe, existem sim práticas ou relações de poder".

LAURETIS⁹ (1994, p.212), contribuindo nesse debate vem afirmar que a identidade de gênero não se constrói unicamente nos limites do gênero, uma vez que as variáveis de classe, etnia, raça, dentre outros, revelam-se tão significativos para a construção das categorias de gênero como é a sexualidade. Na sua proposta teórica, o sistema de sexo-gênero é tanto uma construção sociocultural quanto um aparato semiótico, um sistema de representação que atribui significado a indivíduos dentro da sociedade (identidade, valor, prestígio, posição de parentesco, status dentro da hierarquia social, etc).

Esta autora assim se referiu: "se as representações de gênero são posições sociais que trazem consigo significados diferenciais, então o fato de alguém ser representado ou se representar como masculino ou feminino subentende a totalidade daqueles atributos sociais". Assim sendo, "a construção do gênero também se faz por meio de sua desconstrução" (p.209).

Para LAURETIS, o sujeito é múltiplo e multidimensional e, portanto, formado mediante complexas e diferentes 'tecnologias sociais' que supõem a articulação de diversos fatores. Dessa perspectiva, a experiência advinda de um homem ou de uma mulher não é determinada unicamente por seu sexo, mas pelo

⁹ Teresa de Lauretis, expoente teórica feminista.

lugar que ocupa na sociedade a depender, inclusive, das categorias de classe, raça, etnia, das intelectualidades, das diferenças geracionais e regionais, dentre outras, em que estejam situados. Ela afirma, "a construção do gênero é, ao mesmo tempo, o produto e o processo tanto da representação quanto da auto-representação" (p.217).

A noção de 'tecnologia de gênero' referida por LAURETIS, inspirada no conceito 'tecnologia sexual' adotada por Foucault, é útil para explicitar a operação pela qual as diferenças internas e a fluidez das representações de gênero se convertem em representações estáveis e socialmente reproduzidas. Como as identidades sexuais e de gênero são fluidas e dinâmicas, cada indivíduo poderá decidir sua própria identidade de gênero. E que, portanto, nessas circunstâncias, faz-se necessário desenvolver uma perspectiva teórica que considere tanto essa fluidez quanto à estabilidade das identidades de gênero.

BUTLER (2003, p.25), uma das teóricas *queer*¹⁰, no circuito dessa discussão, criticando a noção de gênero como construção, assim se posiciona: "se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo. O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo da produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos. Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza".

Para dar conta dessa lacuna, esta autora nos apresenta dois conceitos: o da 'performatividade' e o de 'repúdio', os quais permitem considerar os determinantes externos e a operação subjetiva pela qual cada sujeito firma sua identidade de gênero. Entendendo por 'performatividade' a reiteração obrigatória de normas que atualiza as identidades de gênero, uma característica descritiva da experiência. E o conceito de 'repúdio' utilizado para explicar como a identificação sexual é fixada em cada sujeito.

Para BUTLER, portanto, o gênero é performativo e isto sugere, segundo SWAIN (2002 p.20), a falta de um estatuto ontológico, ou seja, é a prática do

¹⁰ Segundo LOURO (2004, p. 208), "o termo, assumido e reivindicado por uma vertente dos movimentos homossexuais, caracteriza, fundamentalmente, uma perspectiva de oposição e de contestação. *Queer* significa colocar-se contra a normalização, venha ela de onde vier".

gênero, os gestos e os desejos dirigidos que define a ilusão de uma essência interior”.

Pois, ainda, conforme BUTLER (p.38), “... a “coerência” e a “continuidade” da “pessoa” não são características lógicas e analíticas da condição da pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instituídas e mantidas. Em sendo a “identidade” assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade, a própria noção de “pessoa” se veria questionada pela emergência cultural daqueles seres cujo gênero é “incoerente” ou “descontínuo”, os quais parecem ser pessoas, mas não se conformam às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas”.

Para MATTOS (2003, p.82), “na vivência do dia-a-dia gênero nunca se reduz a caracteres sexuais, mas sim a um conjunto de categorizações morais, a um conjunto de comportamentos socialmente sancionados e constantemente reavaliados, negociados, lembrados. Ou seja, do ponto de vista empírico, gênero é algo em constante processo de produção. Do ponto de vista analítico, gênero não tem em si mesmo qualidades definicionais, atuando como um operador de reconhecimento de um campo específico entre as categorias de diferenciação”.

Daí se depreende que, definições empregadas a sexo, gênero e, também, a sexualidade vem, sistematicamente, se alterando à medida que surgem novos argumentos e/ou indagações teóricas, por parte de estudiosos e teóricos interessados por estes temas. Um exemplo a esse respeito nos brinda LOURO (2004, p.209), na sua reflexão sobre a teorização *queer*, trazendo à cena teóricos como Foucault, Derrida e Lacan, ela assim se coloca: “em relação à consagrada premissa que afirma que um determinado sexo (entenda-se, nesse caso, sexo como característica biológica) indica um determinado gênero, e este gênero, por sua vez, indica ou induz o desejo. Esta seqüência supõe e institui uma coerência e uma continuidade entre sexo-gênero-sexualidade. Ela supõe e institui uma conseqüência, afirma e repete uma norma, apostando em uma lógica binária pela qual o corpo, identificado como macho ou como fêmea, determina o gênero (um de dois gêneros possíveis: masculino ou feminino) e leva a uma forma de desejo (especificamente, o desejo dirigido ao sexo/gênero oposto)”.

E como vivemos num tempo marcado por profundas transformações em todas as esferas da estrutura social, concordamos com a afirmação de VAITSMAN

(2001, p.18) que diz, "as identidades estão cada vez mais deixando de ser fixas, referidas a funções públicas masculinas ou privadas femininas, ou seja, referidas aos papéis sexuais correspondentes ao período do capitalismo clássico e da família conjugal moderna".

E continua, "a identidade moderna envolvia escolhas fundamentais – profissão, identificações políticas, família – que definiam de uma forma mais rígida quem era o sujeito. Hoje, à medida que as fronteiras entre papéis tornaram-se muito mais fluidas, a identidade de homens e mulheres também se tornou mais flexível e aberta à mudança. A redefinição de espaços e fronteiras, a permanente re-orientação de projetos são levadas ao extremo sob as condições históricas contemporâneas e isso vem afetando o modo das pessoas se relacionarem entre si, nas várias esferas de sociabilidade e afetividade".

Retomando, então, as contribuições teóricas trazidas por SCOTT (1991), e, embora esta autora não tenha focado nos seus estudos o gênero masculino, para dar conta da nossa investigação, nos valem, prioritariamente, aos seus referenciais teóricos por serem úteis enquanto categoria de análise, haja vista permitir a compreensão da operação de exclusão através da qual a mulher se converte no oposto do homem e a reciprocidade implícita se explicita nas relações hierárquicas. Portanto, tendo em vista o objeto a investigar, adentraremos nas concepções teóricas mais candentes dos estudos dos homens e das masculinidades.

Partimos da compreensão de que a masculinidade se constrói no exercício do poder e na exclusão do feminino. E que o feminino está implícito na construção do masculino. Em conseqüência, definições alternativas de feminino ou de identidade sexual fazem parte da definição de masculinidade e ameaçam por dentro sua estabilidade.

Um ponto importante a considerar é que, a masculinidade como algo "dado", "permanente" e que se apresenta "inquestionável", vem sendo cada vez mais discutida e, conseqüentemente, desconstruída entre teóricos/as feministas, sobretudo os/as do campo da antropologia. A este respeito afirma ALMEIDA (1995), sem as contribuições teóricas feministas o interesse pela masculinidade, como objeto de estudo, não teria se despertado e, muito menos, se intensificado. Ele ainda nos diz, "em alguns setores sociais de hoje, a prática do cotidiano também foi transformada pelo feminismo" (p.72).

PAULSON (2002, p.25), referindo-se às vozes que se fizeram ecoar dos que questionaram às condições do mundo tal como é e, em particular, à situação de gênero na América Latina e em outros lugares, corroborando com as afirmativas acima referidas, assim expressou-se: "primeiro eram principalmente as mulheres, mas agora ouvimos cada vez mais os homens falarem que as expectativas e os estereótipos de gênero provocam frustração e angústia na sua vida. Entre os mais fortes argumentos para a mudança está a noção que os papéis de gênero não são determinados pelo sexo biológico".

Para OLIVEIRA (2004, p.145), a rubrica masculinidade/homens está contemplada nos estudos dedicados à categoria gênero, "que, impulsionados pela efervescência das "políticas de identidade", buscam, desde os anos 70, discutir a naturalização dos comportamentos e a legitimação das diferenças de poder que beneficiam os homens em relação às mulheres, nas diversas esferas da vida social".

Segundo este autor, foi a partir das lutas travadas em torno dessas novas "políticas de identidade", das quais fazem parte o feminismo e o movimento gay, que os homens também passaram a pesquisar a identidade masculina, o que "suscitou um outro contexto de debates de importância fundamental para discussões acerca da masculinidade, pois foi a partir daí que se tornou comum adotar a visão segundo a qual não apenas as mulheres sofreriam a dominação masculina de gênero: também a sofreriam seus presumidos beneficiários, os próprios homens" (p.145-146).

Ainda conforme OLIVEIRA (p.146), a adoção desse ponto de vista, "funcionou quase como uma resposta à expressiva carga de denúncias, reivindicações e apelos à conscientização feminina acerca da dominação masculina". Então, nessa interessante inversão, "o homem passava da categoria de algoz para a de afligido, de acusado a réu, de prepotente e opressor a frágil e constrangido", equação que o colocava na condição de vítima.

3.4 'Homens' e 'Masculinidades' sob enfoque de Gênero: Estudos Contemporâneos

É sabido que ultimamente tem havido grande interesse de teóricos e estudiosos de gênero¹¹ em temáticas que versam sobre homens e masculinidades¹², inserido-as nos mais diversos campos do saber. Estudos internacionais sobre a masculinidade emergiram na década de 1970, mas foi nos anos de 1980 que, nos países anglo-saxões, avolumaram-se estudos tendo como perspectivas a construção social da masculinidade que, segundo CECHETTO (2004), tratava-se de pesquisadores homens, presença que se afirma, nos trabalhos de gênero dessa época, explicitamente vinculados com o movimento feminista, daí destacando-se os estudos realizados por CONNELL (1995); KIMMEL (1992); KAUFMAN (1995); ALMEIDA (1995), só para citar alguns.

A esse respeito, WELZER-LANG (2004, p.107), nos informa que "diferentemente de outros países industrializados, como os Estados Unidos, onde florescem os estudos pró-feministas realizados sobre os homens por homens, não dispomos – ainda? - na França de um grande número de estudos sobre os homens numa problemática crítica da dominação masculina".

Para este autor (p.109-110), as análises críticas dos homens e do masculino se desenvolveram em torno de dois pólos: o dos grupos de homens antissexistas, de homens que querem viver "outras" relações com mulheres, - desenvolveram-se reflexões críticas que só tratavam da heterossexualidade; e em torno de textos que surgiram na *École des Hautes Etudes em Sciences Sociales* questionando, especificamente, as homossexualidades masculinas, focalizando exclusividade nos papéis ditos masculinos, na sexualidade.

Ainda segundo esse autor (p.110), "desde que os estudos sobre os homens e o masculino ressurgiram, os homens parecem estar divididos em dois grupos. Os que seriam normais sobre os quais nem é necessário enunciar qual é a cor dos seus

¹¹ "Ao tratar de gênero, estamos lidando com práticas, símbolos, representações, normas e valores relativos à diferenciação sexual, datados historicamente, presentes na cultura e compartilhados pelos indivíduos inseridos numa dada sociedade" (BORIS, 2002 p.19).

¹² Masculinidade (s) no plural porque, segundo CONNELL (1995 p.189), diferentes masculinidades são produzidas no mesmo contexto social e que, uma determinada forma hegemônica de masculinidade tem outras masculinidades em torno dela.

amores, de tal modo a heterossexualidade parece triunfante em nossa época; e os outros, que assumem a sua homossexualidade e procuram compreender por que são considerados diferentes dos primeiros, tanto nos textos científicos quanto na lei". A referência à lei, esclareceu o referido autor, é porque até os anos de 1980, em muitos países, as práticas homossexuais constituíam um delito.

Há que se saber que, estudos e discussões concernentes à categoria 'homem' não é uma prerrogativa da contemporaneidade, conforme acertadamente nos lembra OLIVEIRA (2004), particularmente as Ciências Sociais há tempo vêm adotando, como um dos seus objetos de investigação o homem no âmbito dos estudos sobre a classe trabalhadora, as gangues e delinquência, os papéis sexuais e a família, sobre sexualidade e identidade, dentre outros. Estes estudos tangenciaram o tema, "mas nunca chegaram a colocar o homem, em sua condição de ser masculino, enquanto tópico essencial do debate acadêmico" (p.142). E, também, raramente, contextualizando-o numa perspectiva de gênero.

Seguindo o raciocínio de OLIVEIRA (2004), esse tipo de discussão não se apresenta como algo novo. O "novo" estaria contemplado no crescente interesse das Ciências Sociais e Humanas, pelo estudo de homens e das masculinidades no bojo das pesquisas de gênero, sob o auspício das repercussões do movimento feminista. Diz ele, "este 'novo despertar' feminista, que reivindicava uma focalização mais centrada nos problemas típicos vivenciados pelas mulheres, favoreceu o surgimento de outro movimento análogo e paralelo, ainda que menos visível, voltado, no entanto, para os "problemas" dos homens" (p.145).

KEIJZER (2003), na introdução do seu artigo: "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina", reafirma as colocações acima descritas ao comentar que estudos sobre as masculinidades constituem um campo muito recente nos estudos de gênero. E que, discussões sobre o homem esteve sempre presente, em grande parte, na bibliografia feminista, na qualidade de membro do patriarcado. Mas, que só recentemente emergiu estudos sobre o mesmo, a partir de sua situação e condição de gênero.

Entretanto afirma que, nem toda a produção teórica vem dos homens, mas de notáveis trabalhos de feministas como Elizabeth Badinter (1996), Norma Fuller (1997-2000), Mara Viveros, dentre outras. E lembra que, em um esforço por ampliar a produção latinoamericana, o PRODIR da Fundação Carlos Chagas lançou

em 1998, convocatória para projetos de investigação em torno de distintos aspectos das masculinidades, tendo recebido, na ocasião, mais de 300 propostas de projetos dos mais diversos setores populacionais da América Latina. O que revela a dimensão do interesse por esta temática.

No caso do Brasil, estudos sobre homens e masculinidades evidenciaram-se de iniciativas como as de, profissionais integrantes do Grupo "Estudos sobre Sexualidade Masculina e Paternidade" (GESMAP), formado em 1995 e de iniciativa da organização não governamental - ECOS (Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana), que desde 1989 vem trabalhando no campo da sexualidade, saúde reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos. Com as ressalvas de alguns dos profissionais, integrantes do mencionado grupo, trazidas por ARILHA, RIDENTI e MEDRADO (1998), nos seguintes termos: "ao tematizarmos homens e masculinidades, não estamos "inventando a roda", mas, ao contrário, trilhando por caminhos já abertos em outros momentos, por outros atores sociais, nos planos teóricos e políticos, no Brasil e internacionalmente" (p.15).

E, assim, em abril de 1998, profissionais integrantes do GESMAP, organizaram e coordenaram o seminário intitulado: "Homens, sexualidade e reprodução", propiciando a partir de sua realização, maior visibilidade pública das especificidades dos homens, no âmbito da sua saúde sexual e reprodutiva e da sua sexualidade. Fato que vem ao encontro ao que informa GIFFIN (2005, p.48), "a questão do masculino emergiu com força nos estudos de gênero no Brasil nos últimos anos, especialmente nas discussões e análises sobre sexualidade e saúde reprodutiva dominadas até então por mulheres".

KAUFMAN (1995), um dos pioneiros dos estudos sobre masculinidades, adotou as bases teóricas da conceituação feminista de gênero, em que, fundamentada na construção social que legitima e constrói o poder masculino, vai destrinchar constrangimentos e sofrimentos que a experiência do exercício do poder, tradicionalmente "imposto" pela sociedade aos homens, recai sobre alguns homens. E que, por sua vez, segundo OLIVEIRA (2004, p.147), "a negligência em relação aos aspectos sócio-estruturais que resultam em diferenças junto aos processos de subjetivação dos agentes, de acordo com a perspectiva de inserção social dos mesmos, resulta numa tendência para a generalização da idéia de crise da masculinidade".

OLIVEIRA (p.147), refere que, nos anos de 1980 com o advento da AIDS, estudos sobre homens e masculinidades tornaram-se mais evidentes e, conseqüentemente, alguns temas tabus passaram a fazer parte da agenda publicitária e, quase automaticamente remetidas ao público. Como, por exemplo, problemas referentes “a prática de relações extraconjugais homo-orientadas, nas quais os maridos contraíam a doença e contaminavam suas esposas” (...), além do estímulo para que as mulheres passassem a negociar práticas sexuais seguras, com o uso de preservativos”, se traduziam em apelos passados a ser intensa e amplamente discutidos pela e através da mídia.

E que na década de 1990 (p.148), o fator preponderante, acerca da discussão sobre masculinidade, emergiu da idéia de um índice de fertilidade masculino para os estudos demográficos, fato que até então recaía quase que exclusivamente no índice de fertilidade feminino. E por conta de “tal inclusão levou algumas agências internacionais de financiamento à pesquisa a se preocuparem com a masculinidade, o que acabou por se configurar numa importante fonte de estímulos e recursos para o estudo do assunto”.

No contexto dessas discussões, o importante a ser considerado é que, está, cada vez mais, fazendo parte do passado o referente de “homem” abstrato, singular e universal, genérico, senhor da espécie humana, dando lugar à compreensão de “homem” (plural), fluido, dinâmico e complexo¹³. Para BORIS (2002, p.18), “O homem não é mais reconhecido como “o Homem”: o indivíduo do gênero masculino é apenas um aspecto da humanidade, e a masculinidade, por sua vez, é considerada um conceito relacional, pois apenas pode ser definida com relação à feminilidade”.

MORIN (1973, p.164), remetendo-nos à necessidade de compreendermos a religação humana, religando o homem racional (*sapiens*) relaciona, “o homem louco (*demens*), o homem produtor, o homem técnico, o homem construtor, o homem ansioso, o homem do prazer, o homem extático, o homem cantando e dançando, o homem instável, o homem subjetivo, o homem imaginário, o homem mitológico, o

¹³ “A complexidade do ser – sujeito humano – reside precisamente no fantástico vaivém que o ser humano realiza incessantemente de maneira descontínua entre duas espécies de subjetividade: antagonismo e contradição na multiplicidade das nossas relações dialógicas entre, por um lado, o universo subjetivo e as nossas percepções intelectuais e, por outro lado, o mundo objetivo”. (SÁNCHEZ, 1999 p.182).

homem crítico, o homem neurótico, o homem erótico, o homem lúbrico, o homem destruidor, o homem consciente, o homem inconsciente, o homem mágico, o homem racional, num rosto de múltiplas faces em que o hominídeo se transforme definitivamente em homem (em homem complexo)".

Assim, a partir de uma compreensão deste panorama de construção teórica, nosso propósito se sedimentou ao definir como objeto e sujeito do estudo, homens. Homens agentes comunitários de saúde que, não importando as circunstâncias em que estavam submetidos, colocaram-se na condição de "cuidadores" de famílias, instalando-se na base inferior da hierarquia profissional (equipe mínima de saúde), juntando-se a um grupo de colegas, agentes de saúde que representava quase noventa por cento dessas profissionais.

Nesse contexto e experienciando profissionalmente uma relação entre gêneros simétrica, por encontrarem-se localizados na mesma base hierárquica, disporem de honorários iguais, e estarem inseridos em uma prática de trabalho que não lhes oferece ascensão social, uma questão se coloca: sobre que "novas" faces aqueles homens tinham a revelar no contexto da construção de suas masculinidades, a partir do exercício de sua prática profissional? Esta foi, dentre outras, a questão impulsionadora que se colocou logo de partida para o direcionamento da presente tese.

Dessa perspectiva, nos conduzimos ao estudo de homens, buscando apreender, através de suas falas e narrativas, os modos através dos quais desvelavam aspectos de suas 'masculinidades'. Homens, evidentemente, diferenciados entre si, intervindo em ações de saúde na condição de agentes comunitários de saúde. E, que, portanto, "cuidando" dos outros nas circunstâncias acima descritas, possivelmente, vivenciando substantivas transformações nas relações sociais de gênero.

Nesses termos, nos empenhamos em 'ouvir/escutar', nos termos apontados por OLIVEIRA (2000), os sujeitos da investigação, buscando identificar aspectos de suas masculinidades. Para tanto, utilizando-nos da ferramenta de gênero como categoria de análise, na certeza de que, conforme nos alertou MATOS (1997, p.75), "são muitos os obstáculos para os pesquisadores que se atrevem a enveredar pelos estudos de gênero – campo minado de incertezas, repleto de controvérsias e de

ambigüidades, caminho inóspito para quem procura marcos teóricos fixos e muito definidos”.

Foi com essa determinação, repleta de dúvidas e de incertezas que ao situarmo-nos no rol daqueles/as feministas que acreditaram e acreditam na desconstrução histórica da polarização das categorias 'sexos' e 'gêneros', nos enveredamos na busca de compreensão de aspectos das masculinidades revelados pelos sujeitos da nossa pesquisa, no sentido não só de atender aos objetivos por ela propostos, mas, também, contribuir com o conhecimento adquirido remetendo-o, particularmente, à seara do feminismo.

4. OBJETIVOS

- Desvelar como homens agentes comunitários de saúde, percebem, descrevem e vivenciam relações de gênero, na condição de “cuidadores” de famílias.
- Identificar percepções de mudanças nas vidas de homens agentes comunitários de saúde trabalhando cuidados junto a famílias e vivenciando gênero.
- Identificar concepções, trazidas pelos sujeitos da investigação acerca da masculinidade.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Pressupostos Teórico-Metodológicos

Tendo em vista a natureza do problema desta investigação e os objetivos definidos a metodologia adotada foi a do tipo qualitativa. Dessa perspectiva, partimos do princípio de que o processo do estudo, em questão, poderia se pautar nas recomendações apontadas por BECKER (1997, p.19) de que a metodologia não deve ser *'a priori'* definida; deve emergir em decorrência do próprio objeto que se pretende estudar e das relações que naturalmente se estabelecem no campo em que se realiza a pesquisa. Para o autor, é na interação entre pesquisador, contexto e pesquisado que o método (caminho) se delinea e se define, sendo parte inclusive do processo posterior da análise.

Etimologicamente falando, método significa caminho. E como o caminho para PAIS (2003, p. 33), se faz ao andar, o método que nos deve orientar pode ser descrito como "o de trotar a realidade, passear por ela em deambulações vadias, indiciando-a de uma forma bisbilhoteira, tentando ver o que nela se passa..." Nessa linha compreendê-lo "... como o exercício reflexivo de apreensão de uma dada realidade, ou como expressão da relação sujeito/objeto, isto é, da forma como o pesquisador enquadra a realidade e nela se enquadra" (ADORNO e CASTRO, 1994, p.173). Por reconhecer a complexidade da sociedade contemporânea, conforme esses mesmos autores (p.181), "... mais do que nunca o pesquisador deve esforçar-se em aprender a lidar com o incerto, o descontínuo, o flexível, o plural e o escorregadio".

Por sua vez, QUEIROZ et al (1988, p.37) afirma que, "no julgamento subjetivo de um indivíduo estariam as marcas de suas impressões, de seus gostos, seus hábitos, seus desejos e aspirações, única e fundamentalmente seus, inconfundíveis com os dos demais". O que nos levou à convicção de que, além da importância do uso adequado do método e da técnica no processo de investigação, bom senso e sensibilidade do pesquisador, também, se tornam requisitos essenciais.

Para atender aos objetivos delineados neste estudo de caso, nos valem os recursos metodológicos desenvolvidos pela história oral na modalidade temática, haja vista ela implicar, conforme nos acentua MEIHY (1996, p.13), "a percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado...". Entendendo história oral, conforme QUEIROZ et al (1988, p.19), como "termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação, ou cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade".

A esse respeito, MEIHY (1996, p.14) esclarece que a história oral "se preocupa com as versões individuais sobre cada fenômeno e que apenas se justifica em razão da soma de argumentos que caracterizam a experiência em conjunto".

Utilizando-se, pois, do método da história oral do tipo temática, nosso estudo de caso se pautou nas técnicas da observação direta, da escuta, da compreensão e da interpretação de depoimentos pessoais através da coleta de relatos de experiências e vivências individuais dos nossos interlocutores. Depoimento pessoal constituído de "relato da experiência individual que revele as ações do indivíduo como um agente humano e como participante da vida social". Nesse sentido, através dessa técnica, será possível identificar uma aproximação da "concepção que o indivíduo tem de si mesmo, como a que os demais têm dele" (KOSMINSKY, 1986, p.30 e 32).

Convém esclarecer, que o processo metodológico também se pautou em alguns aspectos da etnografia, tendo em vista que esse método, campo próprio da antropologia, tem a propriedade de conduzir o pesquisador a observar além do discurso e das práticas cotidianas. Segundo FONSECA (2000, p.12), este método foi instituído à procura por alteridades: outras maneiras de ver (ser e estar) no mundo.

Para GOLDMAN (1999, p.118), "a observação direta e contínua se converte em "observação flutuante", semelhante à "escuta flutuante" do psicanalista: o observador está sempre em situação de pesquisa, sua atenção podendo ser exigida a qualquer instância"

Considerando todo este panorama metodológico organizamos nosso estudo seguindo o movimento constante nos itens subseqüentes.

5.2 Caminho Percorrido: O Método em Questão

Partindo do pressuposto de que a investigação é um processo que se inicia na busca de construção do objeto de pesquisa, adotamos como itinerário processual as seguintes etapas e procedimentos: a primeira etapa constituiu-se além de uma revisão de textos referentes ao Sistema Único de Saúde – SUS e ao Programa Saúde da Família focando na inserção do agente comunitário de saúde na atenção básica da saúde. Fizemos também levantamento, leitura e fichamento de produções técnicas, acadêmicas e literárias concernentes a estudos específicos sobre gêneros, homens, gênero masculino e masculinidades em suas diversas manifestações. Esta etapa resultou no processo de construção do objeto de estudo, apresentados nos capítulos anteriores tomados como arcabouço teórico capaz de subsidiar as interpretações dos conteúdos apreendidos junto aos informantes do nosso estudo.

A segunda etapa, concomitante à primeira, foi marcada por conversas informais, com características de enquête, levadas a efeito junto ao grupo de agentes comunitários de saúde, e, eventualmente, outros profissionais, inseridos no Programa Saúde da Família, em funcionamento em diversas unidades básicas de saúde, no período em que realizávamos o processo de capacitação profissional. Nesse processo, utilizamos-nos do método da observação direta e participante, sendo possível apreender faces da realidade que ali se revelava. Em decorrência algumas indagações emergiram e subsidiaram a construção do objeto a ser, por nós, estudado. Este processo foi cuidadosamente registrado, e seu conteúdo teve um caráter 'interpretativo-compreensivo', denominação emprestada de CARDOSO (1986, p.91), servindo de orientação na formatação das etapas seguintes da construção do nosso objeto de estudo, e desenvolvimento do trabalho de campo.

A terceira etapa consolidou-se com a nossa visita aos locais institucionais onde atuavam agentes comunitários de saúde, de ambos os sexos, buscando dialogar com o maior número possível deles na perspectiva de reunir informações, aparentemente informais, a fim de que pudéssemos construir e reconstruir novas interpretações¹⁴ da inserção, particularmente dos homens, no Programa Saúde da Família, imprescindíveis aos nossos propósitos investigativos, o que foi igualmente

¹⁴ Para Paul Ricoeur "interpretar significa decifrar o sentido oculto no sentido aparente".

fundamental para a construção do objeto de estudo e definição dos objetivos da pesquisa. Para tanto, aproveitamos dos espaços, previamente consentidos, das reuniões de sua categoria profissional.

A quarta etapa serviu para identificar, contatar e convidar agentes comunitários de saúde do sexo masculino, para participarem de grupos focais, cujos temas discutidos versaram sobre identidades masculinas e o significado de ser homem; importância do tornar-se agente comunitário de saúde como condição de trabalho profissional e identificação de possíveis mudanças daí resultantes na vida pessoal e no espaço doméstico de cada um deles.

A quinta etapa demarcou a pesquisa de campo propriamente dita, na qual estiveram envolvidos os sujeitos previamente selecionados. Esta etapa se caracterizou por duas modalidades: a primeira, com a realização de encontros grupais, cuja técnica utilizada foi a de grupos focais, levada a efeito em cinco encontros realizados no espaço da ONG Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, onde, na ocasião, respondíamos pela coordenação da mesma. E a segunda modalidade, com a realização das entrevistas individuais, em profundidade realizadas com grande parte dos integrantes dos grupos focais.

5.3 Sobre a Técnica e a Organização dos Grupos Focais

Para a realização da primeira modalidade de levantamento de dados do estudo em questão, utilizamos a ferramenta metodológica da técnica de 'grupo focal'. Esta técnica é originária da área de marketing e da publicidade, tendo sido recentemente adotada por pesquisadores das áreas das ciências médicas e das ciências humanas. Constitui-se em um dos recursos investigativos de natureza eminentemente qualitativa. Sua aplicação é indicada em reuniões que congreguem um grupo de pessoas disposto a discutir temáticas previamente determinadas, e cujo objetivo central seja o de averiguar opiniões coletivamente construídas.

WESTPHAL et al. (1996, p.6), referem que o fundamental para o sucesso da técnica do grupo focal, é que exista um foco, isto é, um tópico a ser explorado. "Assim, um grupo focal pode abordar: (I) um tema específico, a fim de captar as

diferentes visões sobre o mesmo; (II) um grupo, a fim de captar sua visão de mundo ou determinados temas; (III) ou ambos, tema e grupo, quando se pretende entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado”.

ARILHA (1999, p.60), esclarece que esta técnica recebeu a denominação ‘focal’, porque focaliza um tema; e, se aplica determinado tema em contexto de ‘grupo’, é porque não se propõe a analisar aportes individuais, mas a apreender as idéias expressadas pelos integrantes do grupo. Nestes termos, o grupo é tomado como uma unidade que representa um conjunto de pessoas com perfil semelhante inseridas em uma determinada comunidade.

A precaução quando da utilização desta técnica, tendo em vista suas limitações, é não cair na armadilha de proceder a generalizações no processo de análise, tomando como referência apenas, e tão somente, os achados oriundos do resultado da análise do material empírico apreendido nos grupos focais como peculiar ao grupo estudado.

Tendo em vista a indicação das fases imprescindíveis à organização dos grupos focais, inicialmente convidamos o total dos dezoito homens que integrava um grupo de agentes comunitários de saúde, inseridos em unidades básicas de saúde desenvolvendo o Programa Saúde da Família, localizadas em uma das regiões periféricas da cidade de São Paulo. Deste total, 15 atenderam ao nosso convite. A proposta era que participassem de um espaço exclusivo para homens, em que seria utilizada a técnica do grupo focal, com tempo e discussão de temas previamente delimitados. O convite baseou-se na justificativa de que iríamos tratar de assuntos específicos de homens e que julgávamos de interesse de todos, como também para atender exigências acadêmicas referentes a trabalho de campo, em relação ao qual foram devidamente esclarecidos.

A questão do interesse acadêmico foi também previamente explicitada à direção de suas unidades de saúde, a fim de que houvesse uma autorização formal. Isto porque além dos encontros acontecerem uma vez por semana, seriam realizados fora da região de trabalho dos nossos convidados, bem como os conteúdos apreendidos a partir das discussões teriam destino acadêmico. Com esse procedimento não houve nenhuma restrição a respeito e, assim, pudemos contar com esse tipo de apoio institucional.

Os grupos focais, uma das modalidades de levantamento de dados empíricos para atender aos objetivos delineados na presente investigação organizaram-se em cinco encontros com a finalidade de discutir temas, por nós, introduzidos, na perspectiva de:

1. identificar como os sujeitos da pesquisa entendiam sobre o que é "ser homem", o que a princípio se fez a partir já de um viés sobre o tema da paternidade.
2. como percebiam seu papel de "cuidador" de famílias e como se sentiam desempenhando a função de agentes comunitários no contexto da realização profissional.
3. como percebiam em si, mudanças ocorridas a partir da prática de agentes de saúde, na condição de "cuidadores" de famílias.

Ao final de cada encontro procedemos com a transcrição das fitas, as quais foram previamente autorizadas por todos interlocutores, sujeitos da investigação.

5.4 Sobre a Organização e a Realização das Entrevistas em Profundidade

No desenvolvimento da segunda modalidade de levantamento de dados, que consistiu na realização das entrevistas individuais em profundidade foram marcadas por aproximações sucessivas, que possibilitou a percepção do processo de variação da apresentação das diversas formas de ser homem e das masculinidades dos nossos interlocutores. As falas e narrativas individuais explicitadas nas entrevistas, trouxeram à tona aspectos não presentes no processo de realização dos grupos focais. Uma contribuição a mais na compreensão mais aprofundada do universo singular de cada um dos sujeitos envolvidos no nosso estudo.

Para tal fim, e considerando as características pessoais dos sujeitos estudados, adotamos a técnica da "entrevista-diálogo", conforme classificação de MORIN (1973), que a coloca nos seguintes termos: "o entrevistador e o entrevistado colaboram no sentido de trazer à tona uma verdade que pode dizer respeito à pessoa do entrevistado ou a um problema..."

SARTI (1996, p.5), no seu livro "A família como espelho", afirma que "as entrevistas constituem sobretudo uma oportunidade singular nas vidas das pessoas pesquisadas, a oportunidade de falar e principalmente de ser ouvido, são uma prova rara do reconhecimento de sua existência por alguém que não pertence a seu mundo".

MEDINA (1995, p.8), inspirando-se no filósofo MARTIN BUBER (1982), "profeta" que renovou a existência dialógica como condição eficaz de um melhor entendimento entre as pessoas, dimensionou a entrevista como, "o diálogo que atinge a interação humana criadora, ou seja, ambos os partícipes do jogo da entrevista interagem, se modificam, se revelam, crescem no conhecimento do mundo e deles próprios".

OLIVEIRA (2001, p.26), por sua vez refere que, "a arte de dialogar, desde os gregos, tem sido o caminho da construção do conhecimento através da experiência do ser humano e da atividade concreta. É um movimento de circularidade do pensamento dialético, um processo dinâmico dos fenômenos históricos. Um movimento com raiz nos contrários e no movimento circular de negação. Na lógica dialética o conhecimento não se satisfaz com a constatação do real, trabalha com os conflitos e a imprevisibilidade, além do que o sujeito está constantemente em processo relacional de incertezas e de novas imprevisibilidades".

Por termos nos utilizado da técnica da 'entrevista-diálogo', as entrevistas realizadas junto aos nossos sujeitos seguiram um roteiro temático, porém flexível. A aplicabilidade do roteiro variou de acordo com a dinâmica que o processo de realização das entrevistas se deu. As questões que nortearam as entrevistas foram as seguintes:

- Em que termos os agentes de saúde, sujeitos do nosso estudo, se auto-identificavam
- O que faziam antes de se tornarem agentes comunitários de saúde.
- Como se inseriram no Programa Saúde da Família, na condição de agentes de saúde
- Em sendo homens, como se viam exercendo a função de agente de saúde.

- Que significava “ser homem” e “ser pai”.
- Que entendiam por ‘família’
- O que tinham a dizer sobre o exercício da profissão de agente comunitário de saúde.
- Que mudanças ocorreram em suas vidas depois que se tornaram agentes de saúde.
- Quais eram seus sonhos.
- Quais os entretenimentos utilizados nas horas vagas.
- Que mensagens gostariam de deixar aos seus colegas de profissão.

Vale assinalar que somente quando introduzimos o tema da paternidade ao lado do que significa “ser homem” para eles, quando da realização dos grupos focais, é que esses sujeitos conseguiram expor suas idéias.

Os sujeitos inseridos na segunda modalidade do nosso estudo, integraram um grupo específico constituído de onze homens provenientes de segmentos da classe popular urbana e rural, apresentando características sócio-econômica-cultural, homogêneas. Isto por se tratar de trabalhadores, sociologicamente falando, exercendo a mesma profissão, a de agentes comunitários de saúde, todos recebendo a mesma remuneração pelo seu trabalho; com proximidade no nível de escolaridade e, também, por residirem em uma das periferias da cidade de São Paulo.

O que os diferia, relacionava-se à questão geracional e raça (dois dos quais se auto-identificaram negros); nas condições parentais; por alguns serem casados com filhos, e/ou casados com filhos e netos, como, também, por serem solteiros sem filhos; no aspecto temporal em que se encontravam no exercício da profissão de agentes de saúde, e, ainda nos trabalhos exercidos anteriormente.

As entrevistas ocorreram, em média duas vezes, e foram realizadas em locais e datas designados pelos próprios informantes. Eles organizaram nossa ida ao campo de acordo com cada área de atuação do grupo, ou seja, tendo como referência as Unidades de Saúde em que cada um atuava. A maioria das entrevistas realizou-se aos sábados e ocorreram nos espaços de uma Igreja Evangélica freqüentada por um deles, e nas residências de alguns outros. As entrevistas

realizadas fora desse dia aconteceram em um dos espaços da Unidade de Saúde e na biblioteca da Faculdade de Saúde Pública.

O tempo para realização dessas entrevistas variou entre 40 a 50 minutos. A cada ida ao campo um dos entrevistados nos levava à sua casa e gentilmente, nos oferecia almoço e/ou lanche. Ocasão em que, quando possível, aproveitávamos para conversar individualmente com suas esposas, sendo que em uma das moradias, conseguimos conversar com esposa e duas filhas a respeito da visão que tinham do seu trabalho como agente de saúde. Estas conversas tiveram caráter de entrevistas e foram autorizadas para gravação e se justificou, do ponto de vista metodológico, pela também utilização de recursos do método etnográfico que aproveita circunstâncias que se apresentam no processo de trabalho de campo.

Do total das entrevistas, três tiveram que ser refeitas devido a problemas técnico, duas das quais foram realizadas no espaço da Unidade de Saúde, local onde atuavam nossos sujeitos do estudo. A outra, realizou-se no espaço da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública.

Convém ressaltar que do total dos entrevistados, quatro externaram muita emoção na evolução do processo das entrevistas, chegando até às lágrimas, notadamente em determinados momentos em que tocaram aspectos existenciais de suas vidas enfrentados com muitas dificuldades.

5.5 Outro Recurso de Aporte Metodológico

Após a finalização das entrevistas, mantivemos contatos telefônicos com pelo menos oito dos nossos entrevistados, tendo em vista obter informações adicionais sobre possíveis alterações na relação dos mesmos com o trabalho de agentes de saúde. Três desses não conseguimos contato; soubemos, entretanto, o que do que se passou com um deles que, aliás, participou ativamente de todo processo do nosso estudo. Este rapaz sofreu uma crise emocional e tentou suicídio (subindo no teto de um trem em movimento e querendo se lançar ao chão). Foi socorrido por policiais e conduzido a um Hospital Psiquiátrico. Esteve afastado do

trabalho por motivo de saúde durante seis meses. Mas ao retomar, não se adaptando mais as exigências do trabalho, pediu sua demissão.

Na ocasião da entrevista nosso interlocutor estava namorando e nesse intervalo havia noivado e se preparava para casar. Com a crise emocional, desistiu do casamento e deixou a casa da mãe, passando a morar com uma tia, em outro Município de São Paulo, por esta razão não conseguimos localizá-lo para um possível apoio.

Conversamos com um outro agente, filiado e militante de um determinado partido político, que nos informou que no período das últimas eleições, passou por decepções ideológicas e estava dando um tempo para resolver seu envolvimento no campo político partidário. Em conversa com um outro dos entrevistados, soubemos também da tentativa de alguns desses agentes de saúde em mudar de profissão (três dos quais com cursos de auxiliar de enfermagem e de radiologia médica), submetendo-se à seleção de auxiliar administrativo sem obter sucesso. Outros contatos telefônicos, por conta do vínculo estabelecido entre nós, serviram para conversas mais informais, socialmente falando.

5.6 Outras Considerações sobre o Procedimento Metodológico

Na realização dos encontros grupais e das entrevistas em profundidade, além do registro das anotações do processo, utilizamos o recurso tecnológico do gravador, após pleno consentimento dos seus integrantes, como forma de garantir a captação dos conteúdos contidos nas falas e narrativas dos nossos sujeitos em estudo. Essa conduta metodológica não só teve como finalidade facilitar as transcrições em si, mas, sobretudo, garantir a fidelidade dos conteúdos empíricos apreendidos tendo em vista o processo posterior de suas análises, sabendo de antemão, conforme já nos informou FONSECA (1995, p.22), "que o material "científico" não fornece mais do que verdades relativas, isto é, hipóteses que, quase por definição, se modificam a cada confronto com a realidade".

A questão referente ao "consentimento informado", uma exigência normativa do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de

Saúde Pública da USP, consideramos implícito nos princípios das contribuições do método etnográfico, por pressupor a abertura para esclarecimento dos motivos que nos conduziram a campo para a participação dos sujeitos entrevistados.

Portanto, asseguramos que todas as precauções inerentes a essa modalidade metodológica foram rigorosamente respeitadas. Todos os colaboradores foram previamente informados de que o sigilo das informações colhidas nas discussões seria preservado e que todos os conteúdos gravados seriam transcritos e identificados através de nomes fictícios.

Outrossim, esclarecemos que a participação de todos os informantes nesse estudo se deu de forma livre e voluntária. Os consentimentos informados, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre nós, na condição de pesquisadora, e os participantes envolvidos no estudo, foram todos respeitados.

O termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 03), foi previamente apresentado aos sujeitos da presente investigação. Informamos que, por questão ética decidimos omitir as identificações dos sujeitos do estudo. E que o conteúdo apresentado e analisado nessa investigação é de exclusiva responsabilidade da pesquisadora.

5.7 Estratégias Adotadas para Análise dos Conteúdos das Falas e das Narrativas nos Grupos Focais e nas Entrevistas Individuais, em Profundidade.

Em nossa perspectiva, para dar conta desta etapa metodológica, tomamos como referencial o método da análise de conteúdo, nos termos de BARDIN (1977, p.42), que o define como, "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativo ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens". Esta definição serve de estratégia metodológica para estudar as "comunicações" entre as pessoas, tendo em vista que enfatiza o conteúdo das "falas".

Para SPINK e LIMA (2000, p.93), "a comunicação, em ciência, implica a representação do acervo de informações com os quais estamos lidando, dos passos da análise e da interpretação a que chegamos". Sendo que, segundo estas mesmas autoras (p.99), "a interpretação passa a ter o caráter de inacabado, reinventando-se a cada nova trama engendrada, redescobrimo-se em formas e conteúdos de possibilidades infinitas. O limite entre o ponto da interpretação absoluta e o desaparecimento do próprio intérprete sinalizaria o início do retrocesso da interpretação, a existência de um ponto de ruptura". Nesse sentido, o discurso ora apresentado consiste numa das possíveis leituras do rico material empírico coletado.

A fase inicial do processo interpretativo caracterizou-se pela 'leitura flutuante', termo tomado emprestado de BARDIN (1977), dos conteúdos manifestos, apreendidos nas duas modalidades que constituíram o presente estudo: grupos focais e entrevistas em profundidade. Em seguida procedemos com a operação dos recortes do texto visando a organizar e categorizar os temas relevantes de acordo com a natureza do objeto e objetivos do estudo, o que possibilitou a definição de análise de unidades para a concretização do processo interpretativo analítico.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos Sujeitos Participantes dos Grupos Focais e das Entrevistas, segundo suas próprias informações.

1. Rafael, negro, solteiro, 26 anos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há três anos. Refere que a manutenção da família é de responsabilidade do seu pai e que não tem chefe na família. Quanto à utilização de método contraceptivo informa que às vezes usa camisinha.

2. Osvaldo, moreno, alagoano, casado, 45 anos, evangélico, com o segundo grau completo. Teve três filhos, sendo que o primeiro filho veio a falecer em consequência de uma queda aos seis meses de idade. Mora na comunidade há mais de sete anos, sendo que três meses depois começou a trabalhar como agente de saúde. Refere que tanto a manutenção financeira da família é de responsabilidade do casal, mas a chefia é sua. Não usa método contraceptivo, sua mulher fez laqueadura.

3. Mateus, pardo, solteiro, 35 anos, segundo grau incompleto, nasceu em São Paulo e sempre morou com sua família, na comunidade onde trabalha como agente de saúde há oito meses. A manutenção e a chefia da família é de sua responsabilidade. Quanto à utilização de método contraceptivo, usa camisinha.

4. João, branco, solteiro, 30 anos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo, mora na comunidade há quatro anos e quatro meses, o mesmo tempo como agente de saúde. Todos da família participam das decisões e da manutenção financeira, portanto não há chefia. Quanto ao método contraceptivo, usa camisinha.

5. Pedro, branco, casado, 30 anos, tem um filho, segundo grau completo, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há quase três anos. Informa que a manutenção da casa é de responsabilidade do casal, mas quem assume a chefia é ele próprio. Quanto à utilização de método contraceptivo, a esposa usa pílula anticoncepcional.

6. Sílvio, moreno, solteiro, 30 anos, terceiro grau incompleto, nasceu em São Paulo, mora na comunidade há 21 anos e trabalha como agente de saúde há

quase três anos. Na ocasião de sua participação nos encontros grupais morava com sua avó, depois passou a morar com uma colega de trabalho. Portanto, a manutenção e a chefia da casa é de responsabilidade dos dois. Quanto à utilização de método contraceptivo, utiliza-se de camisinha.

7. Rogério, pardo, casado, três filhos, 44 anos, estudante do segundo ano do segundo grau, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há dois anos e dois meses. A manutenção e a chefia da casa é de sua responsabilidade. Não utiliza método contraceptivo, a mulher foi laqueada.

8. Ricardo, branco, casado, 56 anos, tem três filhas, segundo grau completo, natural do Estado de São Paulo, mora em São Paulo há 44 anos, na comunidade há 19 anos e trabalha como agente de saúde há sete anos. É católico praticante. Refere que a manutenção da família é de responsabilidade dele, da esposa e da filha, mas a chefia é da esposa. Quanto à utilização de método contraceptivo, a esposa fez laqueadura.

9. José Maria, negro, casado, 35 anos, uma filha, primeiro grau incompleto, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há quase três anos. É católico, não praticante. A manutenção e a chefia da casa é responsabilidade do casal. Não indicou utilização de método contraceptivo por ser estéril.

10. Gabriel, branco, casado, 45 anos, tem três filhas, segundo grau completo, nasceu em São Paulo, mora na comunidade onde trabalha há 38 anos e trabalha como agente de saúde há quase três anos. É católico, não praticante. A manutenção e a chefia da família é de responsabilidade é dele próprio. Quanto ao método contraceptivo, a esposa fez laqueadura.

11. Renato, branco, casado, 50 anos, três filhos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo, mora na comunidade onde trabalha há 48 anos e como agente de saúde há seis anos. É católico. A manutenção e a chefia da família é de responsabilidade dele próprio. Quanto ao método contraceptivo, a esposa foi laqueada.

12. Sérgio, branco, casado, 40 anos, quatro filhos, sexta série do ensino fundamental, nasceu na Bahia, mora em São Paulo há sete anos - os mesmos anos

na comunidade onde trabalha como agente de saúde há três anos. Refere que a manutenção da família é assumida pela esposa e a chefia é exercida por ele. Não faz uso de método contraceptivo.

13. Nelson, não referiu sua cor, solteiro, 28 anos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há dois anos e três meses. É adventista do sétimo dia. Refere que a manutenção da família é de responsabilidade dele e de sua mãe e que a chefia da família é assumida pela mãe. Não utiliza método contraceptivo.

14. Airton, branco, solteiro, 23 anos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo, mora na comunidade há 21 anos, onde trabalha como agente de saúde há quase três anos. É cristão. Não refere quem é responsável pela manutenção da casa, mas a chefia da família é exercida pela sua mãe. Quanto ao método contraceptivo, usa camisinha.

15. Edgar, branco, solteiro, 24 anos, segundo grau completo, nasceu em São Paulo e sempre morou na comunidade onde trabalha como agente de saúde há dois anos e nove meses. Não faz referência a quem se responsabiliza pela manutenção da família, quem chefia é sua avó. Quanto à utilização de método contraceptivo, usa camisinha.

Como podemos constatar, do total dos sujeitos da presente investigação, 12 informaram serem naturais do Município de São Paulo; um do interior do Estado de São Paulo e dois naturais do Nordeste (Bahia e Alagoas). Quanto à variável geracional: quatro deles, estão na faixa dos 20 anos; cinco na dos 30; quatro na dos 40 e dois na faixa do 50 anos.

No que se refere à escolaridade, um dos agentes de saúde informou ter o 3º grau incompleto; dez o 2º grau completo; dois (estudantes) do 2º grau e dois ter o 1º grau incompleto.

Quanto ao estado civil, sete são solteiros (um dos quais não mora com sua família) e oito casados. Dos casados, todos tem filhos, sendo que um deles, além do filho biológico, adotou o de sua esposa como seu. E um outro, que em decorrência de sua esterilidade, fez uma adoção oficial. Do grupo dos casados, dois são avôs.

Sobre a variável cor/raça, oito dos nossos entrevistados definiram-se brancos, dois negros, dois pardos, dois 'morenos' e um não respondeu a esta questão.

Quanto às questões contraceptivas dos nossos entrevistados, a situação que se apresentou foi a seguinte: do grupo dos solteiros, seis informaram que faziam uso da camisinha (um deles, ocasionalmente), e um outro, por orientação religiosa (no caso, do credo evangélico), referiu não fazer uso de nenhum método contraceptivo. Do grupo dos casados, cinco informaram que suas esposas fizeram laqueadura, e um informou que a esposa utiliza-se de pílula anticoncepcional. Dois outros informaram que não utilizava método contraceptivo, um deles por ser estéril, e o outro sem justificativa.

Do total dos sujeitos da pesquisa, sete referiu sua religião, sendo: quatro católicos (um dos quais nomeou-se católico praticante), um evangélico, um adventista do sétimo dia e um cristão. Os demais sujeitos não deram esta informação.

Quanto ao tempo de trabalho na condição de agentes comunitários de saúde, três estão trabalhando entre seis a sete anos; nove entre três a quatro anos; dois deles, há dois anos e um, há oito meses.

Vale ressaltar que as informações acima descritas, foram livremente fornecidas por nossos sujeitos da pesquisa, à medida que preencheram, da forma que consideraram conveniente, um formulário específico (conforme anexo nº 4).

Com esta descrição, visualizamos quem são os homens, agentes comunitários de saúde que, voluntariamente, se dispuseram a colaborar com a nossa pesquisa, participando do processo dos grupos focais e das entrevistas individuais, em profundidade. Importante esclarecer que, com exceção de quatro deles, todos os demais participaram das entrevistas individuais, em profundidade.

6.2 Dinâmica dos Grupos Focais e Análise dos Conteúdos das Falas.

Consta neste tópico, uma descrição das dinâmicas dos grupos focais, cujos achados, resultantes das discussões temáticas neles percorridos, foram analisados e interpretados à luz da bibliografia, sem especificações às individualidades dos sujeitos da pesquisa.

Primeiro Encontro:

No primeiro encontro do grupo, contamos com a presença de 15 homens que atenderam, livremente, ao nosso convite. As três ausências se deram por razões de férias de dois deles, a outra ausência, por não se dispor a participar do processo dos grupos, conforme nos informaram alguns dos participantes presentes. Todos estavam cientes de que os encontros aconteceriam uma vez por semana, das 13:30 às 17:00 horas, com um intervalo de 30 minutos para lanche.

Inicialmente, para demarcar uma tônica masculina no processo da abordagem grupal, convidamos dois profissionais, ambos, do sexo masculino, pela reconhecida atuação junto a grupos de homens, para interagirem com nossos interlocutores de forma reflexiva, estimulando-os a usarem suas vozes nas questões que lhes diziam respeito, enquanto homens inseridos em um trabalho que não tem como foco central às especificidades do universo masculino.

Um dos profissionais, preferindo se colocar na condição de observador participante, levantou questões provocadoras referentes a atitudes e comportamentos de homens que se colocam à margem das normas morais assumindo 'performances' (BUTLER, 2003), que alteram modos de vida, próprios da tradição varonil.

Já de início ficaram sabendo que os convidados acima mencionados, não teriam disponibilidade para retornarem aos demais encontros grupais e que, portanto, os encontros seguintes, seriam de responsabilidade nossa, como coordenação e de uma socióloga, mestra em saúde pública, convidada a colaborar nas discussões. Informamos, também, que nos dois encontros finais, participaria uma outra profissional, mestra e doutoranda em serviço social, e especialista em

família. Ao saberem que, tão somente mulheres iriam conduzir as discussões do grupo, brincaram e riram muito, numa demonstração de concordância.

A chegada dos nossos convidados ao Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (ONG), que atua no campo da saúde das mulheres, foi marcada por muita "farrá" e muitas brincadeiras entre eles. Diziam, sem se intimidar, que tinham muita curiosidade em conhecer esta ONG, pois já tinham ouvido falar muito sobre ela. Referenciavam o fato de estarem naquele espaço com um certo orgulho, como algo que conquistaram. Apresentamos, então, as instalações da entidade e respondemos suas dúvidas a respeito do seu funcionamento. Em seguida, oferecemos-lhes água e café como forma de relaxarem e se sentirem bem acolhidos, o que resultou positivamente, ao comentarem que já estavam se sentindo em casa.

Nesse clima foram convidados a se acomodarem na sala reservada para a realização da nossa atividade grupal. Apresentamos nossos convidados e, mais uma vez, falamos sobre a razão de suas presenças no grupo. Após a auto-apresentação de todos e explicado os objetivos do grupo, um dos nossos convidados aplicou uma técnica de aquecimento conseguindo o envolvimento de todos e, ao final, refletiu a respeito da finalidade da mesma. Na seqüência, introduziu questionamentos a respeito da inexistência nas políticas públicas de saúde, da "saúde integral dos homens sob a perspectiva de gênero", tomando como parâmetro histórias de vida deles próprios.

Sobre esta questão, um dos participantes se reportou, por várias vezes, ao Sistema Único de Saúde, que consagra como um dos seus princípios a universalidade no atendimento à população, alegando, com isso, que não tinha sentido se discutir programas específicos seja para homens, ou para mulheres. Esse comentário não teve ressonância no grupo e a discussão sobre a saúde integral dos homens ficou reduzida ao problema da próstata, um indicador de que, problemas gerais sobre esta temática, não são costumeiramente discutidos entre homens.

O que observamos no processo da discussão é que, para eles, o maior problema dos homens é quando se vêem diante da necessidade de fazer o exame preventivo da próstata. A brincadeira jocosa assolou ao mencionarem a forma como o exame de prevenção desta se dava, haja vista o processo de "invasão" a uma zona sagrada do corpo masculino: o traseiro (DAMATTA, 1997). Cada um queria

contar uma piada, ou mesmo narrar um fato "real" ocorrido por conta desse tipo de exame.

Esse tipo de comportamento nos remete a um comentário feito por RAMOS (1999, p.319), em seu artigo "Os brutos também choram: dores e refletores", quando discorre sobre um fato ocorrido durante uma discussão, provocada na Câmara dos Deputados, a respeito da votação do Projeto de Lei, de autoria de Telma de Souza (PT), que instituía a Semana Nacional de Combate e Prevenção ao Câncer de Próstata. Revela que ao invés dos deputados se voltarem ao debate com a seriedade que o assunto requeria, "preferiram cercar a sessão e o assunto com risadas, piadas, brincadeiras e trocadilhos".

Portanto, apresentando comportamentos análogos aos dos nossos interlocutores, o que parece apontar para os rígidos padrões que regem, numa sociedade como a brasileira, a identidade masculina e a sua relação com o corpo como bem descreve DAMATTA (1997 p.35), em seu artigo "Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina", "a brincadeira era um modo ritualizado, posto que ambíguo, arbitrário, repetitivo e socialmente aprovado, de chamar a atenção para uma parte sagrada do corpo masculino: o traseiro".

Mesmo no clima de brincadeiras e, até aproveitando dele, foi possível explorarmos os medos e as resistências dos homens de encararem o exame tradicional visando à prevenção da doença e esclarecermos sobre as possibilidades de eliminação do problema, quando tratado no início, um reforço ao que já conheciam.

Essa redução, no que diz respeito à visão da saúde integral dos homens, demarca bem a "feminilização" das ações das políticas públicas de saúde, particularmente no Programa Saúde da Família, conforme um deles se referiu: "somos agentes de saúde, que embora sejamos homens somos treinados e capacitados para "cuidar" das mulheres e das crianças; continuamos sem saber como "cuidar" da saúde dos homens, nem mesmo da nossa".

Dessa discussão emergiu importante crítica a prática do Programa Saúde da Família, sendo apontada pelos integrantes do grupo, além do despreparo técnico dos profissionais das equipes de saúde de não saberem lidar com homens, a inexistência de planejamento de ações de saúde vinculadas às necessidades das

famílias como um todo, uma vez que a prática comum só privilegia ações voltadas às mulheres e crianças, ficando homens jovens e adultos sem oferta de um atendimento preventivo específico, a não ser aqueles casos enquadrados no rol dos hipertensos, diabéticos e/ou tuberculosos.

Por esta razão, os homens que não se enquadram nessas ações programáticas tendem a procurar um determinado tipo de assistência somente em casos de emergência, ou urgência. Um legado da formatação das políticas públicas de saúde no país, que privilegiando atenção à saúde no âmbito materno-infantil tem, historicamente, também, deixado a desejar quanto ao tipo de ações que se desenvolve nessa área.

Houve ainda a identificação no contexto da discussão, de um agravante para os homens, o de o homem, comumente, ser visto e, muitas vezes, ele mesmo se colocar dessa forma, ou seja, como alguém que não tem problemas de saúde, portanto, de alguém que não precisa de proteção. Como refere CUSCHNIR (2002, p.35), tratado como o "todo poderoso... quem protege, se vira, "nunca tem nada", como se costuma propagar".

Nesse sentido, ganha expressão às considerações feitas por SCHRAIBER, GOMES e COUTO (2005, p.8) de que, "incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de que, em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens".

Mas como nossa intenção não era apenas nos deter na saúde do homem, na seqüência da discussão os participantes foram provocados a falarem sobre aonde e com quem costumavam conversar sobre assuntos privados. Informaram que "jogavam conversas fora" quando participavam de encontros sociais ou quando freqüentavam os bares, lugares próprios de sociabilidade masculina. Revelaram que era difícil ter conversas íntimas com seus familiares e, que, geralmente, as conversas informais ocorrem quando participam de algum acontecimento que reúne membros da família, como velórios, festas de aniversários, casamentos, ou mesmo, por exemplo, quando se reúnem para compartilharem um churrasco.

Quando o assunto sobre sexo e sexualidade foi introduzido, foram unânimes em afirmar que "os homens têm muitas dificuldades de falar, de se abrir", (...) só quando o problema é de difícil solução é que se recorre ao amigo, quando o tem". Comentaram que quando o assunto dessa natureza "rola" entre os homens, as conversas giram em torno de contar "vantagens", cada um que fala quer superar o outro nas suas experiências e vivências, quando se trata da prática de sexo.

Essa atitude se repete quando o assunto circula em torno de "conquista" de mulheres, também quando se fala sobre futebol ou pescaria. Foram surpreendidos quando um deles comentou: "ninguém nunca ouviu nenhum homem se referir a outro homem dizendo que "broxou". Ao indagar aos colegas se algum dia de suas vidas foram interpelados a esse respeito, provocou muita risada e respostas todas negativas.

As falas convergiram no sentido da afirmação de que as conversas entre homens têm como base escamotear a "verdade", mentindo; aliás, comportamento muito utilizado como forma de manobra, parecendo para nós, se tratar de um certo código da masculinidade, exemplificado no comentário feito por um deles que "comeu várias mulheres, às vezes até virgens", e como num coro de vozes, em tom de brincadeira, alguns deles ressoavam, "e nós também". Sobressaía nessa discussão, o retrato de uma imagem orgulhosa de homem galanteador, conquistador e todo poderoso.

Asseveraram que quando os homens estão juntos, ao contrário do que as mulheres pensam, de quem menos falam é sobre elas. Afirmaram que nesses espaços "fala-se muito, é verdade, mas de futilidades, apenas para passar o tempo". Nesse sentido, um deles confidenciou dizendo: "o que os homens nunca falam no bar é sobre sua vida íntima, para não servir de chacota, pois sexualidade é assunto particular".

Procuramos explorar um pouco mais suas experiências no campo das relações sexuais. As falas direcionaram-se a apontar queixas e dificuldades nas relações conjugais centrando a "culpa", genericamente, sobre as mulheres, ao afirmarem que "mulheres não têm a mesma necessidade sexual como os homens têm (...) elas podem passar muito tempo sem relação sexual sem lhes causar nenhum problema". Um deles emitiu sua opinião dizendo: "e o pior é que ficam sempre dando desculpas quando não querem ter relações sexuais, usam como arma

o "cansaço", a "enxaqueca" (...) inventam de tudo para não agradar os homens que trabalham fora, que sustentam a família e ainda têm que ser pacientes".

As questões de gênero que emergem de tal discurso ganham ainda maior expressão nas falas carregadas de ressentimentos por parte de quem se coloca como provedor exclusivo da família que, não só quer reconhecimento por isso, mas, e, sobretudo, pelo *status* de quem adquiriu direitos sobre suas esposas/companheiras, porque as sustentam. Também em um outro comentário: "é certo que a mulher trabalha muito dentro de casa, às vezes trabalha até mais que o homem. Mas, para mim, o sexo alivia, então não entendo porque usar a desculpa do cansaço".

Constatamos nessas falas os clichês comumente manipulados por homens quando diante de um desejo sexual não compartilhado com a companheira que, muitas das vezes, utiliza-se dessa estratégia da "indisposição" como uma das formas de se livrar de uma relação sexual que não queira, e/ou de uma possível gravidez não desejada, nos casos em que o parceiro não participa das responsabilidades reprodutivas, ou pela dificuldade de negociação conjugal, conforme BARBOSA (1999); SOUZAS e ALVARENGA (2001).

Nossos interlocutores, ao afirmarem que as mulheres têm menos apetite sexual que os homens, e que podem passar muito tempo sem sentir vontade sem que isso lhes cause nenhum problema, leva-nos a considerar não somente o quanto há de desconhecimento, entre eles, das peculiaridades da sexualidade feminina, uma vez que associam a prática sexual ao alívio de tensões sem mencionarem o aspecto prazeroso da experiência em si, mas também o fato de discutirem a questão dentro de uma visão essencialista, que naturaliza as sexualidades masculina e feminina, atribuindo-lhes identidades polares.

A propósito da crença histórica de que as mulheres não têm apetite sexual LASCH (1999, p.178) adverte que, "declarações mal interpretadas provando que médicos vitorianos negavam a existência de apetite sexual nas mulheres deveriam ser lidas como recomendações para dar apoio a uma nova moralidade, para que, como escreveu uma autoridade médica da época, o homem "não force uma mulher pouco disposta". Como os homens não tinham qualquer interesse específico em reduzir sua atividade sexual, (...) a restrição não deve ser vista como uma

moralidade imposta às mulheres, mas como parte de sua tentativa para se livrar de repetidas gestações”.

As falas dos nossos interlocutores explicitam, pelo que parece indicar, que não são os homens quem apresentam problema no campo da prática sexual, pois, ao que dizem, estão sempre prontos e dispostos a atenderem à vontade das mulheres já que nunca se sabe quando essa se manifesta.

Esta forma estereotipada de pensamento traduz-se igualmente em uma questão de gênero, que pode contribuir negativamente nas relações afetivas e amorosas entre o casal que, muitas vezes, evolui numa ‘inadequação sexual’ pois conforme BARASCH (1997, p.102), existe essa possibilidade, “quando o ritmo e a frequência sexual do homem são maiores que os da mulher e ele quer ter relações sexuais todos os dias e a parceira, não; quando ambos desconhecem o potencial erótico de cada um e o seu próprio. E, esclarece “embora a inadequação sexual por si só não possa ser comparada com uma disfunção, é bastante comum que esta desencadeie tanto no homem como na mulher depois de ambos arrastarem uma vivência sexual ruim durante anos” (p.102).

Na seqüência da discussão, perguntamos sobre o que acontece quando homens “falham” no ato sexual. Responderam quase em coro, “dá é muita vergonha, um grande constrangimento”. Um deles, entretanto, ponderou que, “geralmente é o próprio homem quem tem o preconceito disso, pois cresceu ouvindo falar: homem não pode falhar”. Essas falas parecem revelar que a “falha” no ato sexual, põe em cheque a virilidade dos homens, resultado de uma norma sexual que dita como “verdade” que o homem não pode fracassar nesse campo. Resultando daí uma responsabilização do homem pela boa performance no ato sexual do casal, tendo em vista que “o desempenho sexual é atributo da honra masculina que deve sempre ser vigiada e afirmada” (RIETH 1998, p.131).

Um outro participante chamou a atenção para a questão da ejaculação precoce, alegando ser também um dos problemas de desempenho sexual que afligem homens de todas as idades. Ao terminar de se colocar todos riram descartando o tema e dando a entender que se tratava de assunto corriqueiro e já muito explorado, não fizeram nenhum comentário a esse respeito.

Introduzimos então o tema referente à sexualidade masculina. Nessa discussão, a maioria dos integrantes do grupo demonstrou entendimento das diversas expressões da sexualidade, enquanto preferências sexuais. Entretanto, parece-nos caracterizar-se nos moldes e jargão do "politicamente correto", tendo em vista a ambivalência do discurso trazido em outros momentos.

Mais uma vez, essa temática se reduziu a especificidades de práticas sexuais. Nenhum deles aventurou-se a fazer quaisquer referências, por exemplo, a problemas de doenças típicas de homens que possam afetar sua saúde sexual, o que nos levou a indagar: será que esses homens consideram esse tipo de assunto de foro íntimo, razão pela qual não houve ressonância, quando estimulados a se posicionarem? Ou será que o "desinteresse" nessa discussão tenha se dado por conta da nossa condição de mulher ali presente, deixando-os constrangidos?

Quanto à questão referente à sexualidade feminina, os poucos que se manifestaram a respeito, informaram que não tinham dificuldades em abordar esse tema, profissionalmente, junto às mulheres de sua área de atendimento. Um deles chegou a afirmar que, "até alguns "segredinhos" são confidenciais, depois que o vínculo é consolidado". Contudo, a maioria desses interlocutores, em outros espaços de discussão, referiu dificuldades em abordar esse tipo de assunto com as mulheres, e que recorre à sua equipe, majoritariamente feminina, ou solicita diretamente a colaboração de suas colegas, agentes de saúde. O fato é que nesta questão, tudo leva a crer que a maioria desses agentes de saúde não se sente tão à vontade para o diálogo, particularmente, quando surgem assuntos cuja natureza é a orientação ginecológica junto às mulheres, configurando aí a existência de um fosso nesse tipo de atendimento, já há muito apontado pelo movimento de mulheres pela saúde.

E, finalmente, quando estimulados a falarem sobre sua própria sexualidade e reprodução, inicialmente nossos interlocutores apresentaram dificuldade de se colocarem a partir de suas histórias pessoais, demonstrando certo distanciamento da questão, como se o assunto não lhes dissesse respeito, e pertencesse exclusivamente ao sexo oposto. Todavia, à medida que um deles expôs sua história de esterilidade, notada e investigada 12 anos após o casamento, o grupo aproximou-se do tema em questão, motivando a emergência de outro caso, de um agente casado há seis anos, que relatou ter passado três anos sem ter filhos,

chegando a pensar que tinha algum problema reprodutivo. Diante da dúvida procurou até consulta médica, mas não foi constatado nenhum problema, tendo, depois desse tempo, dois filhos.

Nessa discussão, o que pareceu evidenciar-se foi à falta de envolvimento dos homens na questão reprodutiva das mulheres, como na deles próprios, a não ser quando diante de uma situação em que não conseguem engravidá-las. Tal entendimento ganhou maior expressão quando do comentário de um deles, de que “os homens só se preocupam com sua saúde quando casam, e se por acaso não consegue engravidar a mulher”, pronunciamento corroborado pelos demais integrantes do grupo.

Portanto, de modo geral, os depoimentos sobretudo os últimos permitiu revelar que só a partir de uma vida conjugal estável é que algum aspecto da saúde reprodutiva do homem é investigado, especialmente quando não ocorre a reprodução, marca social da virilidade. Comumente, tal investigação se dá tão somente depois que a mulher se submete aos exames específicos, e se constata que não é dela o problema. Isso porque, é muito raro o casal se dispor de uma investigação simultânea. Parece também ser papel dessas mulheres intermediarem a comprovação, ou não, da esterilidade de seus companheiros, inclusive encaminhando-os aos serviços específicos de reprodução assistida.

Sobre o distanciamento que os homens mantêm da vida reprodutiva das mulheres, os resultados obtidos na auto-apresentação que fizeram adquirem significado especial. No caso dos casados, ou suas esposas se submeteram à laqueadura ou utilizam pílula anticoncepcional. Somente os solteiros referem o uso do preservativo masculino, que representa, dentre os métodos contraceptivos, aquele que envolve maior interlocução, negociação e flexibilização das relações conjugais e de gênero (BARBOSA, 1999; SOUZAS e ALVARENGA, 2001).

Vale ressaltar que a ampliação da discussão a respeito da saúde reprodutiva dos homens em geral, incluindo os homens de suas área de atuação, centralizou-se em quem fez ou deixou de fazer a vasectomia, bem como na informação da laqueadura feita por algumas das esposas desses homens.

Ao final desse encontro, com exceção de um dos participantes (evangélico) que, por considerar que as discussões versaram sobre “sacanagens”, anunciou que

não retornaria aos encontros seguintes, todos os demais, não só nos agradeceram por termos organizado um espaço específico apenas para eles, como também reiteraram a importância da manutenção do mesmo, por reconhecerem que havia muitos assuntos a discutir entre eles sem a presença de suas colegas, as agentes de saúde. Lembraram que todas as capacitações que participaram foram sempre para ambos os sexos e, que, portanto, nunca tiveram uma oportunidade como a que vivenciaram. Queixaram-se de que eram homens que atendiam famílias, mas só eram preparados para orientarem crianças e mulheres, não sabiam como "cuidar" nem de si mesmos, muito menos dos homens de sua comunidade.

2º Encontro:

No segundo encontro o tema previamente pensado para ser discutido entre os nossos interlocutores, 'o que é ser homem', não foi diretamente discutido pelos integrantes do grupo, por conta da dinâmica que se estabeleceu entre eles, caracterizada pelo tom constante de brincadeira e muita risada em decorrência de relatos de piadas imitando fala e trejeito de mulher, muitos dos quais referidos à sexualidade "duvidosa" dos gaúchos, denotando um tipo de 'performatividade', nos termos de BUTLER (2003). Pudemos, pois, observar que se revelava ali uma certa maneira de se brincar com os gêneros através dessas saídas jocosas.

Entendemos que, ao se sentirem à vontade conosco e contarem piadas, cujo tema versava sobre o jeito de ser e de se expressar dos homossexuais de forma jocosa, os participantes pareciam querer manifestar não "o que é ser homem", conforme solicitamos, mas sim "o que não é ser homem", ou seja, expressar-se como homossexual como um dos traços da não masculinidade. Com isso há um ocultamento do próprio sujeito que não se expõe, quando confrontado no grupo, falando a partir de si mesmo, como ocorre com outros temas. Esse tipo de comportamento, parece tipificar uma espécie de código para significar masculinidade entre os homens, apresentando-se de forma naturalizada entre eles, e como algo socialmente próprio do jeito de revelar-se "homem".

Também ser homem, naquele contexto se reduzia a se revelar macho, a exibir uma masculinidade fundamentada numa dada sexualidade, pois, conforme ALMEIDA (1995, p.69), "entre os homens, a masculinidade assenta fortemente nos

aspectos especificamente sexuais (...) e uma das características centrais da masculinidade hegemônica, para além da "inferioridade" das mulheres, é a homofobia"¹⁵.

O tema da homossexualidade trazido pelo grupo através de piadas motivou nossos interlocutores a introduzirem uma tipificação, a de "meio homem". Este fato foi suficiente para evidenciar nesse grupo a supremacia de um padrão masculino - o "hegemônico", conforme CONNELL (1995), à medida do entendimento expressado referido a uma pessoa homossexual colocada em uma situação inferiorizada, designado um "meio homem".

Ao serem indagados a respeito do que é "ser pai", a ressonância, no sentido do interesse pelo tema foi imediata e, no nosso entendimento, as respostas dadas explicitaram, em certo sentido, aspectos ou características definidoras do que era entendido, de maneira agora afirmativa do que é "ser homem". De certo modo, e concordando com SIQUEIRA (1999, p.194), "certamente ser pai não está completamente dissociado de ser homem, embora um não defina o outro necessariamente". Vejamos, então, em que termos a questão foi por eles colocada:

"Ser pai é a auto-afirmação do homem. Eu acredito que todo ser vivo tem que reproduzir a espécie. Então, quando as pessoas ainda não são pais, querem ser".

Identificamos nessa fala uma visão essencializada da masculinidade e da paternidade, à medida que passa a idéia de que estas estão na natureza das coisas. Essa fala vem ao encontro do que constatamos na nossa dissertação de mestrado em que estudamos 'processos de construção de identidades de jovens mães'. As jovens entrevistadas se referiram o "ser mulher" ao ato da maternidade de modo bastante expressivo (SANTOS, 2001). Nossos informantes põem aqui em evidência, de forma valorizada, o fato biológico como destino dos homens, dando um *status* de obrigatoriedade à procriação, ao afirmar que, "todo ser vivo tem que reproduzir a espécie". A esse respeito, nos remetemos a NOLASCO (1995, p.159) que afirma,

¹⁵ A expressão 'homofobia' para ALMEIDA (1995, P.69), "significa ter medo da homossexualidade, dos homossexuais e da própria sexualidade latente, medos esses exorcizados em forma de ação social que excluem, discriminam (e até atacam, fisicamente) aqueles homossexuais que exibem os sinais culturalmente estereotipados como reveladores da sua orientação sexual (efeminização, travestismos, militância)".

“muitos homens têm filhos como se estivessem cumprindo mais uma etapa de suas vidas, reafirmando sua virilidade ou esclarecendo possíveis dúvidas sobre sua identidade sexual”.

Fala como, “ser pai é a consagração”, explicita uma notória exaltação e valorização da paternidade, nos termos acima colocados. Ao comentar: “quando eu era mais jovem me perguntava será que eu vou poder ter filho? Será que vou ser pai?”, um dos entrevistados parece, com essas expressões de dúvida referidas quando da fase jovem, querer evidenciar também a mudança simbólica de *status* de macho no ato de ser pai.

Houve também quem falou, “ser pai é parte da constituição da família, é estar presente na vida do filho, ter participação na sua educação e manter uma relação de amizade”, cujo conteúdo nos leva a ponderar que há nessa fala uma compreensão do exercício da paternidade para além de uma visão reprodutora, explicitando um papel de gênero diferenciado das costumeiras representações referenciadas pelo senso comum. O pai aqui expressado no sentido de “ser parte da constituição da família”, refuta o papel de mero reprodutor da espécie ao focar a importância da ‘paternagem’, no sentido de ser e estar presente no processo da educação do filho.

Na esteira da colocação acima, um outro integrante do grupo comentou: “a gente, quando se torna pai deixa de existir, menos o pai e mais o filho”. Fala que expressa uma associação de ser pai como ato de responsabilidade de quem se “sacrifica” em prol do filho destacando o aspecto da valorização do filho como uma nova vida que se deve priorizar, parecendo traduzir um caminho que se abre para aproximações nas relações afetivas entre pai e filho. Trata-se da expressão de sentimentos bem próximos dos que, historicamente, foram considerados próprios das mães.

No meio a discussão, um dos participantes do grupo, e um dos mais velhos, emitiu a seguinte opinião, “ser pai, é a realização do homem. Como avô, é ser pai duas vezes e é a coisa mais maravilhosa do mundo”. Expressiva constatação de sentimentos afetivos, tão incomuns nas manifestações masculinas, verbalizado na dupla realização obtida tanto na condição de ser pai, quanto na de ser avô.

Este depoimento nos leva a pensar o quanto do modelo tradicional, que coloca a figura de pai ausente e omissa, foi desmontado na vivência paterna desse informante ao externar tão amorosamente sua condição de pai e de avô e de quanto se sente realizado por isso.

Ao terminar de expor sua idéia, uma ponderação se fez ecoar no grupo expressada por um dos participantes ao dizer: "concordo em parte na afirmação do que ser pai é se firmar como homem porque criou uma semente, eu não tive essa semente, mas não deixei de ser pai, e sexualmente minha mulher não se queixa". Acho que pai tem que participar, ajudar, dividir as tarefas e quando o filho fica maior o pai e a mãe tem que reprimir (...) a mãe não pode deixar só pro pai resolver, tem que ser os dois senão a mãe perde a autoridade".

Esse participante, ao ponderar as falas anteriores e enfocar a questão de "ser homem" *versus* "ser infértil" referindo-se a si próprio, chama a atenção para a prática ativa de sua sexualidade como confirmação de sua virilidade, mesmo na condição de homem infértil. Parece querer deixar bem claro para todos que, é estéril, mas não deixou de ser homem, o que aponta, mais uma vez, as relações sexuais heterossexuais como característica considerada fundamental na definição do que é ser homem.

Por outro lado, referenciou e expressou importância à "maternagem compartilhada", termo emprestado de CHODOROW (1978), ao afirmar: "ser pai é também reprimir, é dar as rédeas, o filho vai ter o tempo certo de se soltar". Nesses termos, parece querer identificar o papel de pai como "repressor", no sentido de estabelecer limites, de dar a direção na vida do filho. Nesta questão não existe assimetria entre os gêneros. Mas, também, uma aparente afirmação de uma outra característica da masculinidade, partilhada por alguns desses agentes de saúde.

Isto porque, a questão "reprimir" os filhos para educar provocou uma discussão reflexiva bastante intensa entre os integrantes do grupo. Alguns entendendo que reprimir "é bater para educar"; outros, apontando diferença entre "tapinhas" e "espancamentos" e, ainda, um outro discordando do que foi dito a respeito, entendendo que se pode reprimir sem precisar bater e sugerindo que pode se privar o filho daquilo que ele mais gosta, pois bater não resolve, nem tampouco serve para educar. A discussão foi encerrada e parece com concordância de todos diante da colocação feita por um dos participantes que assim se expressou: "é no

ambiente familiar que a criança aprende o que os adultos lhes ensinam através de seus atos. Temos de olhar nossas falhas para poder corrigir as das crianças”.

Ao serem indagados se existia diferença entre ser pai e ser mãe, só alguns se colocaram, nos seguintes termos:

“Ser pai é ensinar o filho a viver no mundo e a aproveitar a vida”, não fazendo nenhuma menção ao ser mãe, colocando-se no contexto do patriarcado, como aquela figura de pai tradicional, responsável em conduzir o filho para o mundo.

Esta colocação pode levar-nos a compreender que a tarefa atribuída ao pai se dá apenas e tão somente quando a criança é do sexo masculino, pois na medida em que refere “ensinar o filho a viver no mundo e a aproveitar a vida” permite-nos indagar: será que é ensinado também a uma filha a viver no mundo e a aproveitar a vida? Vale lembrar que este depoente tem um casal de filhos.

Um outro se colocou de forma categórica, “ser pai é ter responsabilidade”. Manifestação de discurso pronto e acabado, contendo uma visão reducionista do que é ser pai. Entretanto, por outro lado, explicita a concretude da tarefa de ser pai que procriou e, que, portanto, tem que dar conta da sua criação. Nesse sentido, é possível que a questão da responsabilidade recaia para a idéia de proteção material, mas pode também ser pensada no sentido da responsabilidade moral que tem a ver com o processo da educação e dos cuidados com a constituição de uma família.

Finalmente, surge um outro relato: “minha mulher fica com dó e deixa que eu dê as broncas”. Este depoente enfoca uma ambigüidade do exercício paterno, parecendo indicar o papel de homem provedor e responsável em colocar “ordem” em casa, revelando uma relação hierárquica entre o homem *versus* mulher e pai *versus* filhos numa explícita divisão de papéis entre os gêneros, nos termos refutados por SCOTT (1991).

Ainda no calor da discussão, em que se exaltava a importância e as vantagens afetivas quando o homem se torna pai e/ou avô, foi também explicitado dúvidas a respeito da conduta de algumas mulheres, “atualmente mais livres” no exercício de sua sexualidade, ao se anunciarem grávidas, “têm mulheres que querem se aproveitar; vai saber se não furou a camisinha para poder engravidar e prender o homem”. Discutiram também a respeito da existência de mulheres que,

por não conseguirem efetivar um casamento quando se anunciam grávidas, após o nascimento do filho não deixam o pai conhecer a criança nem reconhecer a paternidade, não permitindo uma aproximação com a criança.

Como saída para esta situação, um dos nossos interlocutores encerrou a discussão apresentando a seguinte sugestão, "deveria se promover um encontro entre o filho e o pai para eles se entenderem". Sugestão esta, prontamente respaldada pelo restante dos integrantes do grupo em clima de muita gozação frente a esse tipo de "esperteza" praticado por algumas mulheres. Nenhum deles fez qualquer menção ao recurso do teste do DNA. Importante esclarecer, que esta observação foi emitida por um dos integrantes da ala dos solteiros que só veio conhecer seu pai aos oito anos de idade.

Quanto à indagação, e se os homens ficassem grávidos como seria, não houve inicialmente nenhuma ressonância no grupo, imperava um silêncio, até que um dos integrantes, possivelmente sentindo-se provocado, em vez de emitir sua opinião a respeito da questão em si, levantou uma outra, "será que a mulher é sempre vítima?". Continuou falando, chamando atenção para o fato de que, "existem muitas leis de proteção para as mulheres e nenhuma para os homens, o homem se defende quando sofre violência da mulher com mais violência, porque não vai procurar uma delegacia para denunciar sua mulher, porque vão rir dele". Mesmo com esta intervenção o estado de silêncio se manteve, a nós sugerindo que houve uma compreensão por parte de todos de que aquela fala apresentava-se muito mais para reflexão do que para provocar outros posicionamentos.

Toda essa discussão, que levou os integrantes do grupo a se colocarem sobre o que entendiam do que é ser homem e do que é ser pai, trouxe elementos que nos pareceram indicar condições e contradições que os integrantes do grupo passaram a vivenciar no exercício da nova profissão de agentes de saúde. As mudanças daí advindas se manifestam nas diversas formas de se afirmarem e se reafirmarem homens que, às vezes, parecem romper com aspectos do modelo tradicional 'hegemônico', mantido orgulhosamente por outros homens.

Analisando, pois, a partir de situações práticas sobre a questão do "ser homem" *versus* "ser pai", os integrantes do grupo trouxeram elementos que permitiram revelar o quanto de sensibilidade vem dissolvendo o lado "machista" de ser de cada um deles; aspectos perceptíveis ao externarem falas do tipo: "ser pai

pode ser até bom pro homem”; “o homem é responsável pelos seus filhos”, “se soubesse como era tão bom ser pai teria sido há muito tempo”; “agora sendo avô percebo o quanto é maravilhoso”. E, também por afirmarem a importância do pai presente na vida e na educação dos filhos.

Todas as falas e narrativas que exaltaram a paternidade como forma inerente do “ser homem”, vem ao encontro do que coloca BORIS (2002 p. 27) sobre o exercício da “paternagem”, ou seja, eficientemente sensível, afetuosa e acolhedora, mas, ainda assim, masculina, contrapondo-se à afirmação de BADINTER (1993) que, questionando o mito do instinto do amor materno, postulou que o pai é tão dotado de sensibilidade, afeto e competência quanto à mãe, desde que mobilize sua feminilidade.

A esse respeito ALMEIDA (1995 p. 60) refere que, na prática cotidiana, as coisas não são tão rígidas: masculinidade e feminilidade são vividas enquanto conjuntos de qualidades que podem verificar-se no campo sexual oposto. Este autor afirma que há reconhecimento que um homem pode ter certos comportamentos, emoções ou atividades “femininas” e vice-versa. E que o fato de um homem nunca ser apenas isso, mas alguém com um papel social específico e uma conduta moral, papel esse que muda na vida, no cotidiano e pode mesmo coexistir com um outro papel. Nestas circunstâncias, “é-se um marido, um pai, um filho, um patrão, um empregado, um rico, um pobre, um desgraçado, etc”.

Ao final dessa discussão, o que foi passado para o grupo para reflexões posteriores e maior entendimento da questão, foi uma das assertivas de PASSOS (1999, p.106), de que “são as relações de gênero que determinam o que é ser homem e ser mulher; relações que envolvem valores, cultura e são construídas, aprendidas e ensinadas socialmente”. Portanto, passíveis de mudanças e de redefinições.

Consideramos, conforme SIQUEIRA (1999, p.194), que “a constituição de novas masculinidades acompanha as novas paternidades, uma vez que o que está em des-construção é o modelo tradicional de gênero, ou seja, de ser homem e mulher (...) É neste contexto extremamente volátil e contraditório que estas “novas formas de ser” estão sendo construídas”. E pareceu-nos que nossos interlocutores encontram-se nesse processo, talvez, até, sem a devida consciência do fato em si.

Ao término da atividade, cada um dos integrantes do grupo, sob a nossa orientação, utilizou-se de uma palavra como forma de avaliação. A manifestação trazida, dentre outras, foi de que valeu a pena, que estavam saindo dali bastante "pensativos", que houve aprendizagem entre eles através da troca de opiniões, que se descobriram a partir das discussões. Enfim demonstraram-se agradecidos pela oportunidade que estavam tendo no espaço oferecido.

3º Encontro:

No terceiro encontro, como sempre, após um tempo de relaxamento e de manifestação das costumeiras brincadeiras entre nossos informantes, tendo em vista um dos objetivos do nosso estudo, um novo tema foi introduzido através da questão, como percebiam seu papel de "cuidador" de famílias. Logo de início observamos que esse tema, a exemplo dos anteriores, também suscitou interesse entre nossos interlocutores. A impressão que tivemos é que todos queriam dizer alguma coisa a esse respeito. Por esta razão, achamos oportuno tomar individualmente as falas e narrativas conforme foram se manifestando.

A questão foi desencadeada com o depoimento de um dos integrantes que quis compartilhar, com todos, seu sentimento ao exercitar a função de "cuidador" de famílias, assim se colocando: "eu fico feliz por poder ajudar as pessoas, o salário não é o mais importante. É gratificante você passar pela sua comunidade e ser reconhecido pelo que você faz. Eu sou reconhecido como o "anjo da guarda" da comunidade. Mas nós não sentimos tão reconhecidos pela equipe da unidade".

Este interlocutor expressou, na sua fala, uma visão sacralizada do seu trabalho, colocando-se como protetor da comunidade ao referir "ser reconhecido como 'anjo da guarda', parecendo indicar que se coloca (ou é colocado) como alguém que está voluntariamente cumprindo uma missão religiosa. A valorização do trabalho é sentida muito mais pelo "reconhecimento da comunidade" do que pelo seu valor monetário e profissional, ao dizer "o salário não é o mais importante".

Por outro lado, a colocação de "ser reconhecido" pode revelar, além de uma auto-afirmação, um *status* adquirido, e/ou uma relação de poder junto a sua comunidade. No espaço institucional a configuração das equipes de saúde reproduz relações hierarquizadas entre os profissionais, o que vem justificar esse tipo de fala

quando afirma: "nós não sentimos tão reconhecidos pela equipe", generalizando essa condição à toda categoria dos agentes comunitários de saúde.

Logo em seguida, outro informante, da ala dos jovens solteiros, assim se expressou: "eu nunca fui pai, mas cuidando da comunidade me sinto um pai de uma criança que está começando andar e tem de cuidar para não acontecer nada de ruim. E quando tem alguém acamado que morre, fica a dúvida: será que fiz alguma coisa errada? Será que poderia fazer mais alguma coisa? Ao ser indagado de como cuida de sua família, no caso da avó com quem estava morando respondeu: "a minha avó é muito independente e não deixa que ninguém tome conta dela".

O que chamou nossa atenção nessa narrativa foi, a condição em que nosso interlocutor colocou a comunidade como necessitando de um "pai que cuide, como uma criança que está começando a andar". Com esta colocação, é possível que esse agente de saúde desconheça a história de vida da comunidade onde mora e atua. Ao completar a fala dizendo que "tem de cuidar para não acontecer nada de ruim", parece indicar que o lugar que estabelece à comunidade, é o de dependente de suas ações.

Esta questão tornou-se ainda mais presente quando nosso informante comenta sobre a independência da avó, como comportamento de alguém adulto que não precisa de quem cuide, mesmo que este cuidado venha do neto que adquiriu conhecimentos básicos de saúde. Esta fala parece indicar que esse agente de saúde coloca os moradores de sua comunidade em um lugar "infantilizado", portanto, "não capaz", como forma de justificar seu papel de "cuidador" de família.

Na seqüência do seu depoimento comentou: "quando tem alguém acamado que morre, fica a dúvida: será que fiz alguma coisa errada? Será que poderia fazer mais alguma coisa?". Esta colocação parece indicar que, há um certo desconhecimento e/ou dissociação desse agente de saúde, das competências e das respectivas responsabilidades dos integrantes de sua equipe de saúde. O que pode, também, estar acontecendo com esse agente de saúde é um certo sentimento de isolamento na execução de suas tarefas, e de novo em relação a sua equipe, dando a entender que seu trabalho está sendo desenvolvido solitariamente em face da complexidade das dinâmicas no interior das famílias por ele assistidas.

Bastante motivado, um outro integrante manifestou sua opinião, "é importante esse trabalho, porque além de conhecer as pessoas passei a ter mais respeito (ser mais respeitado) e, apesar do salário ser pouco, não gastamos com alimentação e transporte. E, também, cuidar da minha família ficou mais fácil, conversei com a minha irmã sobre a sexualidade e com a minha esposa. Sei como cuidar da minha filha, ela ficou com febre eu dei 'dipirona', dei banho".

Esse interlocutor expressa o resultado do seu trabalho na medida em que se reconhece "respeitado pelas pessoas que atende". Por outro lado, traz uma questão concreta de suas condições de trabalho relatando que, embora o pagamento monetário seja baixo, não tem despesas com transporte e alimentação, o que compensa a precariedade do seu salário. Interessante observar que esse agente de saúde está trazendo o resultado da aprendizagem na condição de "cuidador" de famílias, para os cuidados com sua própria família ao colocar que "cuidar da minha família ficou mais fácil (...) Sei cuidar da minha filha, ela ficou com febre eu dei 'dipirona', dei banho". O relato parece indicar que a partir do exercício desse trabalho foi possível ampliar o diálogo sobre questões de gênero com sua irmã e esposa sobre um assunto que antes não era discutido, ou seja, o tema da sexualidade. O que nos remete a indagação: será que este entrevistado, ao trazer sua família como o exemplo da percepção do seu papel de cuidador, estará traduzindo as mudanças que ajudou a operar nas relações com as famílias sob seus cuidados?

Trazendo um outro enfoque e sem mencionar nada a respeito do seu papel de "cuidador", um deles narrou: "eu estava desempregado há três anos, tenho 44 anos, por isso dou valor ao meu trabalho e meu salário, porque o homem precisa de trabalho. Você sabe que um homem sem trabalho não tem dignidade, porque o trabalho é que dignifica o homem. O homem sem trabalho, aí é onde começam as brigas na família".

Essa narrativa sinaliza uma certa valorização do trabalho em si, independente da natureza do mesmo, provavelmente devido à sua condição de desempregado. Com isso, não analisa a função do trabalho de agente de saúde em si, mas o fato de ter saído da condição de desempregado por três anos consecutivos. Este depoimento nos remete a SARTI (1996, p. 73), ao afirmar que "o sentido do trabalho para o homem está na possibilidade de, através dele, cumprir o

papel familiar de provedor". O depoente ao se referir a sua idade, "estou com 44 anos", é possível que esteja querendo dizer, não ser mais nenhum jovem, por isso precisar e valorizar esse trabalho de agente de saúde, pelo fato de ter adquirido uma vida dignificada.

Além do mais, referiu que um homem desempregado provoca discussões no interior de sua família, expressando assim o peso do que significou os anos em que esteve desempregado, o que parece justificar o seu 'dar graças a Deus por ter conseguido este emprego'.

Em uma intervenção bastante destoante do grupo, fomos interpeladas por um dos participantes que assim se expressou: "com a família nunca tive dificuldade, eu é que cuidava da minha filha. Desde pequena, eu que levava ao médico (hoje ela está com 18 anos) e quando dizemos não a ela, explicamos porque o não. Como cuidador acho que está ótimo, mas têm umas pessoas que querem que eu vá buscar remédio, como eu não vou, então dizem que preferiam as outras agentes".

Aqui temos bem explícito um pai que parece consciente do seu papel paterno e que não precisou dos ensinamentos dados aos agentes de saúde para se tornar cuidador de sua família. Seu relato deixa claro que ele sempre foi um pai presente e ativo nas questões de saúde de sua filha. Por outro lado, na relação que faz da sua condição de "cuidador" de famílias, explicitando na sua fala, "têm umas pessoas que querem que eu vá buscar remédio, como eu não vou, então dizem que preferiam as outras agentes", parece referir-se à falta de limites impostos pelo Programa Saúde Família que coloca como um de seus critérios que o agente de saúde deve residir na área de sua atuação, o que pode contribuir para que o exercício da prática profissional se torne sem fronteiras entre o espaço privado e o público. E ao se negar a atender à solicitação feita pela população de sua micro-área, por considerar inadequada, surge a preferência desta pelo trabalho de uma mulher, agente de saúde, o que pode significar uma das questões de gênero presente nesta "função".

Um dos participantes, que parecia não querer se colocar a esse respeito, manifestou-se, em tom de desabafo, nos seguintes termos: "como cuidador me sinto responsável pela parcela da comunidade. Me sinto feliz por poder orientar, ajudar. Me sinto muito feliz como agente comunitário, mas a gente constrói uma

imagem da unidade de saúde e o profissional de lá destrói essa imagem não tratando bem o usuário que chega ao posto procurando um atendimento”.

Nessa colocação, parece estar embutida uma certa idealização expressada no exercício do fazer desse agente de saúde, que não é sustentada pelo funcionamento da unidade de saúde onde trabalha, gerando frustração ao afirmar que nela o usuário que chega não é bem tratado, o que sugere que as contradições inerentes à instituição não são reconhecidas pelas partes. Por outro lado, há que se considerar que as relações constituídas entre os agentes de saúde e as famílias por eles assistidas têm um importante grau de complexidade, pelo fato de serem, em comum, moradores do mesmo território. Junta-se a isso, ainda, o fato dos mesmos representarem uma instituição que estabelece “limites” às atribuições desses profissionais e, ao mesmo tempo, cria os critérios que favorecem essa ambigüidade, por exemplo, ter que residir na área que atua.

Um outro agente de saúde relatou: “como cuidador me sinto muito realizado em poder ajudar e ser ajudado. Porque você passa a ser reconhecido na comunidade. E na minha casa entre minha esposa e filhos passou a ter uma melhor comunicação. Ela trabalha e eu ajudo em casa, levo o filho ao médico, não espero ela chegar. Em casa já começo a fazer prevenção de hipertensão, na minha casa a comida é feita sem sal”.

A percepção de “cuidador”, sentida por este agente de saúde, tem um grau maior de complexidade à medida que expressa o “poder ajudar” e o “ser ajudado”, referindo-se a uma relação construída a partir de uma compreensão de que seu trabalho baseia-se nessa interlocução. A respeito da colocação feita “porque você passa a ser reconhecido na comunidade” - nos leva a pensar que esta referência é própria de quem conquistou um certo *status* nessa comunidade, através do exercício do seu trabalho. Esse interlocutor demonstra, também, que os conhecimentos adquiridos nesta função são transpostos para o interior da própria família quando diz que começou a fazer prevenção de hipertensão em sua casa, numa atitude radical, aboliu o sal da comida de todos seus membros, sem considerar as necessidades individuais das pessoas, tomando a si como exemplo.

Interessante o depoimento trazido por um dos integrantes do grupo da ala dos mais velhos, que assim se colocou: “como cuidador dos outros fico tranqüilo, mas quando se trata da minha família... a gente não sabe de nada. Com a minha

família fico um pouco preocupado, mas aprendi a cuidar melhor da minha família. Meus filhos são adultos, mas meus netos são pequenos e moram comigo. Quando entrei na saúde melhorou a minha visão de saúde e também pra trabalhar com a minha família, a gente aprende muito”.

Esta colocação parece-nos indicar que o nosso interlocutor media a compreensão da dimensão do exercício de sua função na medida em que se vê diante de uma situação de problema de saúde na própria família que o deixa preocupado, daí resultando a percepção da possibilidade do uso dos conhecimentos adquiridos na condição de “cuidador” de famílias.

O comentário trazido por outro agente de saúde não refere ao papel de cuidador, mas de alguém que passou a ter acesso às “intimidades” das famílias, conforme nos revela: “no começo alguns pensavam: esse cara agora trabalha no posto, agora sabe tudo, sabe das minhas intimidades. A maioria deles aceita (referindo-se aos homens). Aqueles que já te conheciam antes passam a confiar mais ainda”.

Neste tipo de comentário, parece estar contido um certo “poder” e, possivelmente, uma demonstração de *status* adquirido pelo nosso interlocutor ao ocupar o lugar de agente de saúde na sua própria comunidade. Manifesta, também, um certo “orgulho” por ter conquistado a confiança das mulheres que passaram a compartilhar suas “intimidades”. Então, pelo que parece, essa questão de saber das intimidades das pessoas pode servir de compensação às vicissitudes que o exercício cotidiano dessa profissão pode causar, ou seja, a rotina que, para todos eles, causa frustração.

Finalizando a discussão, dois dos participantes, que já tinham se colocado, pediram novamente a fala, e se referindo às suas mulheres, assim se expressaram: O primeiro deles, “o nosso serviço como agente comunitário homem... os problemas às vezes surgem na nossa própria casa. Às vezes mulheres vão me procurar em casa, fora do meu horário e minha mulher fica muito enciumada”. E o segundo, “a minha esposa reclamou: você não tem paciência comigo, então você não serve pra ser meu agente”.

Tivemos, assim, duas colocações, ambas trazidas pelas esposas de nossos interlocutores. A primeira retratando que quem procura os agentes de saúde são

mulheres e, nesse caso, provocando ciúmes na esposa, situação que pode trazer certos problemas no relacionamento do casal, por conta da falta de clareza dos limites entre o espaço público e o privado no exercício cotidiano do trabalho, além das questões de gênero, identificada na manifestação de insegurança da esposa, na sua relação conjugal.

A segunda fala, no entanto, nos leva a pensar que é confrontado o comportamento privado do agente de saúde comparado com a sua responsabilidade profissional traduzida em tom de "cobrança" pela esposa, como alguém que não tendo paciência com ela não serve para ser seu agente de saúde. O que pode significar é que a atribuição inerente ao agente de saúde levaria não só, a formação diferenciada do homem que romperia com os padrões tradicionais de masculinidade como, também, a um reconhecimento dessa mudança revelada em nível de suas relações conjugais e familiares.

Procuramos, então, saber como se dava a relação deles como agentes de saúde com os homens de suas áreas de atuação. A esse respeito apenas alguns deles se colocaram:

"Na minha área os homens já estão acostumados quando as mulheres reclamam, eles mandam elas me procurar". Um outro integrante do grupo assim se colocou: "A visão do homem é diferente, mas às vezes o marido não está em casa, mas se ele chega lá e me vê perguntando sobre o *papanicolau*, eles aceitam normalmente". Um terceiro, assim se expressou: "A grande maioria das famílias dos homens da comunidade nos vêem com normalidade, sem restrições. Somente em uma ocasião eu percebi que um homem teve ciúmes de mim. Mas o meu trabalho é muito aceito pelos homens em geral".

Essas colocações parecem sugerir que o grande "trunfo" dos nossos interlocutores, no sentido de ficarem tranquilos no exercício da profissão é, antes de tudo, conquistar a confiança dos maridos das mulheres de suas áreas de atuação. Nenhum dos agentes de saúde levantou questões a respeito de como se sentiam na condição de "cuidadores" desses homens, uma vez que, estes são parte integrante das famílias sob seus cuidados. Enfatizaram apenas que não têm problemas com relação aos maridos, provavelmente no que diz respeito a questões relacionadas à demonstração de ciúmes.

Por outro lado, suas colocações nos levam também a ponderar que tanto na visão desses agentes de saúde, quanto na dos maridos, não existe ameaça a respeito da clareza de quem “manda no pedaço”, revelando que nessa relação intra-gênero existe um código compreendido por todos esses homens. O que fica colocado em questão é o lado profissional da relação dos agentes com suas mulheres.

Outro agente de saúde interveio afirmando: “não vejo diferença em como os homens me vêem: tem os que freqüentam o posto, tem os viciados e os que não querem nem saber... Os homens não são diferentes das mulheres, nessa visão”. Trata-se de um argumento de quem parece ter superado uma visão dicotômica dos gêneros, pois explicita que a conduta e comportamento dos homens não diferem do das mulheres. No entanto, ao se referir a homens que utilizam a unidade de saúde, aos “viciados que estão na sua” e “aos homens que não querem saber de nada”, parece expressar que existem homens e homens, assim como, existem, também, mulheres e mulheres, num reconhecimento da diversidade.

Finalizando o assunto, um deles, de forma bem divertida, fez o seguinte relato: “os homens da minha comunidade falavam: você já ficava na rua o dia inteiro e, agora, você vai ganhar para ficar na rua. Mas quando eles têm uma enfermidade eles vêm me procurar. Nos finais de semana eu vou ao bar tomar cerveja e eles vêm me perguntar coisas de saúde”.

Esse depoimento trás em si duas questões que nos parecem relevantes: a primeira é, sendo nosso depoente um homem que já ficava na rua o dia inteiro, o tornar-se agente de saúde, permitiu-lhe um ganho junto aos homens de sua comunidade no desenvolvimento de suas atribuições, o que parece significar no imaginário masculino como uma vantagem da atribuição dessa profissão. A segunda questão, é a referência feita quando estes o procuram por algum problema de saúde, aproveitando o espaço do bar, lugar habitual de sociabilidade dos homens.

Estas colocações parecem revelar que o cuidado com o homem não se dá nem na assistência à família, nem no posto de saúde, mas pode estar apontando para espaços informais onde esse cuidado vem sendo solicitado sem que a instituição, nem mesmo, através dos agentes de saúde tenha se dado conta desse fato.

Ao término dos trabalhos solicitamos novamente que cada um deles dissesse, em uma palavra, o que significaram as discussões contidas nesse encontro. As palavras se traduziram nos termos "muito legal"; "aprendizado"; "gratificante"; "amadurecimento", "troca"; "crescimento", "divertido". Alguns dos quais, apresentaram frases prontas, do tipo: "valeu porque também pudemos não só avaliar nosso trabalho, como nos vemos nele"; "as horas passaram e nem sentimos" "ser agente de saúde não é fácil, aqui tivemos uma visão maior dessa realidade"; "percebi que pelo menos estou utilizando o aprendizado também na minha família".

4º Encontro:

No quarto encontro, com exceção de um dos integrantes do grupo, a chegada de todos foi marcada pela pontualidade. E, conforme o habitual, em ritmo de muita "folia" e "algazarra". Apenas três deles, como sempre, se mantiveram mais "sérios". Mas, de forma discreta também se divertindo com as brincadeiras que "rolavam".

Nesse encontro, além da presença da nossa convidada socióloga, contamos também com a contribuição da assistente social especialista em família, que trouxe questões relevantes e específicas do universo masculino, provocando aprofundamento nas discussões do assunto colocado para o grupo. A temática explorada foi a de identificar como esses homens se sentiam como "cuidadores" de famílias e sua realização profissional.

O assunto foi introduzido em tom de avaliação, por um dos nossos depoentes que assim se expressou: "quando eu entrei no programa, no começo, estava bom, tinha muita coisa sendo renovada. Hoje não está funcionando tão bem. Quando eu saio da unidade eu me sinto bem porque as pessoas têm estima à minha pessoa, pois sabem que não é culpa do funcionário quando não se resolve o problema. Quando a gente passa a cuidar de gente, ficamos cheios de receios. Eu me sinto gratificado como o que eu faço, tanto que fui me especializar na área, fiz o curso técnico e o de auxiliar de enfermagem. E, também, às vezes as pessoas só querem ser ouvidas, e isso evita muitos males, conflitos em família, doença, morte".

Nosso interlocutor começa fazendo críticas ao Programa Saúde da Família, enfocando as contradições nele existentes e os limites institucionais pela não "resolutividade" de determinados problemas de saúde. No entanto fala de si no lugar de quem é estimado e compreendido no exercício de suas atribuições e, ao mesmo tempo, explicita sua "insegurança" diante de suas tarefas ao dizer: "ficamos cheios de receios (...) por isso fui me especializar na área, fiz o curso técnico e auxiliar de enfermagem".

Identificamos, aqui, uma das saídas que, de modo geral, os agentes de saúde vão buscar como possibilidade de ascensão profissional. Neste caso particular, para dar conta de forma satisfatória do trabalho em si, buscando novos conhecimentos.

Entretanto, a esse respeito, um outro integrante, um dos mais antigos do grupo, e da mesma unidade de saúde deste agente de saúde, entrou na discussão trazendo questões suas, pessoais e profissionais, para relatar o fato deste jovem que, apesar de ter feito os cursos que terminou de mencionar, concorreu a uma vaga correspondente, foi aprovado, mas na hora da escolha preferiram uma mulher para assumir o cargo. E, por conta disso, ele se desestimulou por se sentir injustiçado e passou a acreditar que a preferência é em contratar mulheres, ao invés de homens para o cargo de auxiliar de enfermagem.

Com esta intervenção, podemos identificar uma questão de gênero à medida de possibilidade de inserção na seara da enfermagem, por caracterizar-se uma profissão feminina. Realidade que aponta um impasse, traduzido em uma desvantagem para homens que buscam ascensão profissional nesse campo. Ressaltamos que as considerações acima referidas são pertinentes quando se trata de seleção não oficial, não se aplicando quando do preenchimento de vagas através de concurso público, pois aí não há distinção de sexos.

Na seqüência, alguns dos agentes de saúde se colocaram extravasando descontentamento por estarem exercendo atividades próprias de agentes de saúde, expressando-se nos seguintes depoimentos: "eu estou nessa profissão por necessidade, antes eu gostava, mas agora está sendo tudo igual". Um outro assim se refere: "ninguém está trabalhando porque pegou o jornal e quis ser agente comunitário, foi porque era o que tinha". E, finalmente, um outro relata: "quando

comecei a trabalhar nesse serviço eu gostei, aprendi a gostar, mas estou nele por exclusiva necessidade”.

Essas falas vêm corroborar a situação de desemprego vivida por esses profissionais que, na ausência de escolhas mais próximas às suas experiências anteriores se viram impelidos a ingressarem nesta nova profissão como saída para suas necessidades de sobrevivência e de suas famílias, subjugando-se a uma realidade de trabalho que não os satisfaz. Aqui sobressaindo à existência de uma obrigação moral de trabalhar, seja no que for, para dar conta do sustento próprio e da família, uma questão que também se estende aos homens solteiros. As falas também expressaram críticas às condições do trabalho, agravadas pela precariedade na organização do serviço, decorrendo daí descontentamentos e desânimos frente ao trabalho em si.

Além do mais, alguns deles se viram mais pressionados a se “acomodarem” nesta ocupação, não só pela saturação no mercado de trabalho, como também por conta do problema da idade. Expressam sentimentos de angústias e frustrações porque se vêem desempenhando uma função por mera necessidade, que além de rotineira e burocrática, não lhes aponta perspectivas no sentido de ascensão profissional. Nessa perspectiva, retomamos ALMEIDA (1995 p. 56-57) ao defender que, “se o trabalho e o *status* social são importantes para a definição da identidade social, são-no também para a masculinidade”.

Finalizando essa discussão, outros dois agentes de saúde se colocaram utilizando-se do mesmo tom de insatisfação em relação ao exercício da profissão. Mas pelo fato de serem religiosos praticantes, passaram uma idéia de “sublimação”, aceitando-o como um tipo de missão. Nesse sentido, vejamos o que disseram: o primeiro, “eu estou nesse serviço por necessidade, mas sempre trabalhei com encontro de casais católicos, então...”. E o segundo, de forma bem mais idealista, informou que gosta de falar dos ensinamentos de sua Igreja, começou seu relato expressando um certo orgulho, fazendo um rápido retrospecto de suas ocupações anteriores, marcadamente masculinas, para justificar que gostava de ser agente de saúde: “fui fiscal de ônibus, presidente da comissão de moradores, coordenador da pastoral da saúde de uma Igreja e gosto do trabalho de agente comunitário, mesmo na minha igreja (agora evangélica). Na escola dominical ensinamos sobre saúde, sobre a vida e o casamento”.

Ambas as falas nos levam a pensar que esses interlocutores parecem dar pouco valor a um trabalho que é exercido por necessidade e com características “não masculinas”, acrescentando valor ao mesmo na medida em que o vinculam aos trabalhos voluntários desenvolvidos em suas Igrejas, talvez como uma forma de compensação.

Diante do exposto, procuramos saber deles se existiam profissões mais adequadas às mulheres do que aos homens. As respostas dadas à questão foram objetivas e, ao mesmo tempo, complexas, vejamos em que termos:

O assunto iniciou-se com a explicitação de um deles assim referindo: “acho que venda de cosméticos, *lingerie*, *bijouterias*”. Esse depoente mal terminou de falar foi interpelado por outro colega que, prontamente explicitou sua discordância ao afirmar que já vendeu, e muito bem, esses produtos e, ao mesmo tempo dizendo que: “os homens eram mais preconceituosos, faziam piadinhas como “meio homem”.

Esta intervenção veio de um dos rapazes solteiros que estava sempre a quebrar a rigidez de algumas opiniões, de caráter essencialista, vinda de seus colegas. Suas intervenções de modo geral provocaram reflexões acerca de novas possibilidades dos homens pensarem sua masculinidade dentro de novos padrões mais flexíveis, inclusive, no mundo das profissões.

Outros trouxeram à cena, para discussão, papéis domésticos tradicionais historicamente exercidos exclusivamente por mulheres, mas explicitando de forma mais cautelosa, ao mencionarem: “cuidar de criança (...) a mulher tem mais tato, não que seja exclusividade dela, mas pela própria natureza”. Outro faz uma ressalva, “certo, tem mulher que desempenha melhor pra criança, mas também tem homem que desempenha melhor” e um terceiro que diz: “cuidar de criança mulher faz melhor, já nasceu com esse dom, mas o homem pode ajudar”.

São colocações recorrentes, evidentemente ricas em significados, em que é percebida, de forma cristalizada, a naturalização do papel da mulher no espaço doméstico, mas, ao mesmo tempo, com ressalvas por considerar-se as possibilidades do homem igualmente desempenhar o mesmo papel. Opiniões que flexibilizam o entendimento do que é próprio do homem e da mulher no exercício

profissional e doméstico, o que acreditamos contribui para ampliação de visão sobre os papéis próprios de homens e de mulheres.

Um outro agente interferiu na discussão dizendo: "cuidar da casa, mulher faz melhor". Esta colocação apresenta-se carregada de significados de quem incorporou a divisão social de papéis de gênero como algo dado, estabelecido. Essa questão está tão arraigada nesse interlocutor que, ao discutir sobre profissões, ele define o lugar da mulher na casa, como se esta fosse também uma profissão, confundindo o exercício dos papéis exercidos nesse espaço que podem ser desempenhados por ambos os sexos. Em tom de complementação do tema discutido, um deles comentou: "acho que isso é porque os homens se colocaram assim". Importante lembrar que se trata aqui de afirmações fartamente exploradas pelos estudiosos que investigam esta temática e incorporadas no imaginário da população em geral (SOUZAS e ALVARENGA, 2001).

Deslocando a questão para o campo do trabalho, um deles comenta, "nos recursos humanos a mulher consegue trabalhar melhor, porque homem é mais bruto". Essa fala se apresenta de forma bastante complexa por conta da possibilidade de diversas interpretações, por exemplo, se houve referência aos recursos humanos dirigidos ao universo feminino que exerce a função de agentes de saúde, uma análise possível, seria, talvez, dizer que as mulheres já estivessem preparadas para esse tipo de trabalho, enquanto que os homens necessitariam "burilar" essa "brutalidade". Outra possibilidade de interpretação, se no caso estiverem referindo a um departamento específico (de recursos humanos), então uma análise aproximada seria de que podem ter tido experiências negativas com gerências masculinas que se expressaram de forma autoritária e, nesse caso, afirmar que nesse espaço a mulher consegue trabalhar melhor, talvez entre em cena a referência à questão da sensibilidade, compreensão, bondade, próprias dos estereótipos atribuídos a mulher.

Ainda a esse respeito um deles comentou: "com relação às profissões, acho que o que é melhor é a competência. Mas onde tem que ter sensibilidade, a mulher desempenha melhor". Neste depoimento é explicitado que o centro da discussão está na competência, atributo que se reconhece igualmente em ambos os sexos. Ao alegar que se o tipo de trabalho exigir sensibilidade seja ocupado por

mulher, mais uma vez estamos diante da expressão de um estereótipo do que compete a homens e mulheres, como expressão de uma questão de gênero.

Analisando esta última colocação nos vimos impelidas a levantar uma outra indagação a respeito do exercício da profissão de agente de saúde, a saber: será que nessa fala não estaria implícito um dilema vivido por homens, agentes de saúde? Por um lado, porque a função de "cuidador" de famílias é nova e em construção, o que pode estar causando um certo "desconforto" por estarem desempenhando um papel que, por sua natureza, requer sensibilidade uma vez que na opinião desse agente trata-se de um atributo feminino. Por outro, esses homens têm histórias de desempenho de atividades profissionais marcadamente masculinas e com possibilidades, reais ou não de ascensão profissional, tendo sido a situação de desemprego que os trouxe para esse campo de trabalho.

No curso da discussão, dois dos integrantes do grupo da ala dos mais velhos, referindo ao tempo passado, emitiram os seguintes comentários: o primeiro, "antes, se as mulheres não casassem com um homem ficava largada, elas não tinham oportunidades". E o segundo, "há 35 anos atrás a coisa mais rara era ter um professor homem, hoje tem. Tempos atrás, existia mulher mecânica, era raro, mas existia. Na escola que eu estudava, no primário, tinha um único professor".

Podemos identificar nesses comentários proferidos por esses interlocutores mais velhos do grupo que a mensagem que queriam passar para os mais jovens do grupo, refere-se às mudanças nas relações de gênero e as conquistas das mulheres no campo profissional. Daí falarem a respeito da condição de submissão vivida pelas mulheres (as referidas "mulheres de bem" e de "boa família") em tempos passados, em que não lhes cabia alternativa, senão casar porque era nessa condição que a sociedade lhes atribuía valor. O casamento representava o glorioso reconhecimento para quem nasceu exclusivamente para ser mãe e "rainha do lar", do contrário não lhe restava outra alternativa a não ser se tornar freira ou ter que se submeter ao título pejorativo de "mulher solteirona". Seu "destino" era, fundamentalmente, o espaço privado, da família.

Daí a experiência episódica de mulheres com atividades profissionais, que no passado, parece ser caracterizada como ato de "bravura". Isto pelo fato dessas personagens terem, diante de uma sociedade patriarcal de modelo falocrático, vivenciando possibilidades de relações de gênero aparentemente simétricas no

campo do trabalho, por um ato de coragem pelo enfrentamento dos preconceitos daí advindos.

Na seqüência, com clara referência à flexibilização das relações de gênero no espaço doméstico, dois dos integrantes do grupo, sendo um solteiro e outro casado, assim se expressam: o primeiro, "eu e minha irmã dividimos o trabalho igual, mas eu demoro oito horas pra limpar a casa". E o segundo, "eu ajudo minha mulher a fazer a faxina".

Na dianteira dessa discussão, também fugindo da questão colocada no início do grupo, um outro comentou: "eu aprendi a cozinhar por obrigação, é que eu chegava mais cedo do trabalho em casa, ligava pra ela pra saber o que fazer e cozinhas".

Nesta fala há que se considerar que, por conta da participação da mulher na força de trabalho, as relações de gênero se flexibilizam e o homem passa a participar mais do espaço doméstico, antes "reservado" às mulheres. Além disso, há, também, que se considerar que, pela natureza do trabalho de agentes de saúde, pelos treinamentos recebidos e pelas próprias atividades desenvolvidas, levou esses homens de camadas populares a reverem seus valores e a repensarem suas próprias relações de gênero, ou suas várias dimensões ou aspectos. Isto parece revelar que a profissão facilitou, contrariamente ao que afirmam SOUZAS e ALVARENGA (2001), nas camadas populares as relações de gênero são menos flexíveis que nas camadas médias e mais elevadas.

Em seguida, o tema inicial é retomado com as seguintes colocações: um deles que comenta: "o agente comunitário recebe informações, capacitações de diversos tipos e esse conjunto de informações é que faz um diferencial pra cuidar das famílias. A agente comunitária pode ser que desempenhe melhor por causa de sua sensibilidade". E, um outro, centra a idéia de aprendizado como essencial para o exercício profissional, ao informar: "quando eu entrei no PSF, na minha área, os hipertensos estavam todos descompensados, e eu aprendi a cuidar deles".

Explicitando ainda mais as questões de gênero presentes, para os homens, no exercício profissional, um dos agentes de saúde se auto-referencia, dizendo: "eu, como agente comunitário, desenvolvo muito bem essa função, nenhuma mulher é

melhor que eu. Eu sou solto, depende do jeito de cada um, da desenvoltura de cada um”.

Como podemos perceber, esta fala, embora carregada de personalismo porque nosso interlocutor toma como parâmetro seu próprio desempenho ao mencionar que suas atividades são bem desenvolvidas, e que nenhuma mulher faz melhor do que ele, o conteúdo de sua fala revela um conflito de gênero que o agente de saúde enfrenta, pela tendência em se considerar a função como mais “talhada” à mulher por suas características inatas de “cuidadora” de família. Revela, outrossim, que para assumir tal formação como uma opção de fato, o homem agente de saúde teria que enfrentar tal tipo de conflito representado por um processo de afirmação de sua capacidade não necessariamente como homem, mas como pessoa que se julga preparada para a função porque detentora de outras qualidades, como “ser solto”, “ter desenvoltura”. Nesse sentido, procurava, no que parece, contrapor-se à tendência de outras falas que naturalizavam a sensibilidade, como atributo das mulheres.

Vale observar que este agente de saúde sempre se comportou no grupo de forma alegre e descontraída. Um dos que mais gostava de contar piadas e rir delas. A impressão que passou, é que se trata de uma pessoa que está de bem com a vida e, na medida do possível, satisfeito com o trabalho que executa, apesar de não ser o que gostaria de fazer, pois em outra ocasião deixou isso bem claro.

Na mesma linha de reflexão coloca-se a fala de outro agente de saúde que sempre buscou quebrar a rigidez de algumas opiniões de caráter essencialista e determinista, vindas de seus colegas: “eu acho que se fosse só pela natureza da mulher... mas a relação não se desenvolve pela natureza, mas pelo cuidado. O sexo não interfere no cuidar. Quantos casos, quando a mãe morre e é o pai que toma conta. E quando a criança fica na incubadora? O que mudou na minha vida é que eu fiquei mais perto da minha comunidade. Acho que a gente ainda está despertando para o que é homem e o que é mulher. Pra mim não faz diferença ser agente comunitário homem ou mulher”.

Essa narrativa revela uma postura bastante reflexiva e aprofundada acerca do papel e função profissional do agente de saúde, à medida que desnaturaliza as profissões relacionadas ao “cuidar” ao afirmar que o “o sexo não interfere no cuidar”. Enfatiza, pelo que nos parece, que o que conta é o tipo de relação

estabelecida, exemplificado quando se refere que o que mudou na sua vida profissional foi ter ficado mais perto de sua comunidade. Essa reflexão parece trazer também a percepção de quem está atento ao processo de mudança que vem ocorrendo entre esses profissionais, sejam eles, homens ou mulheres. O que nos faz pensar nas palavras de PASSOS (1999 p.113) quando afirma que, "... o ser humano é um todo, no qual as chamadas características femininas se relacionam com as masculinas de forma natural e holística".

Nesta direção, parece-nos que este agente de saúde ao explicitar o ato do cuidar do outro, independentemente do sexo que se tem, apresenta uma contribuição no sentido de contrapor-se à idéia de que, segundo esta mesma autora (p.116), "as mulheres são naturalmente afeitas a tais ocupações, por serem de natureza mais dócil, pacientes, amorosas, sensíveis, educadas, bondosas, afetivas apresenta uma ruptura ao pensamento do modelo tradicional, herança da sociedade patriarcal".

Revelando, assim, a percepção das transformações nas relações de gênero, das mudanças operadas nos sentidos, tradicionalmente, atribuídas às concepções de masculinidade e feminilidade, afirmação de que "a gente ainda está despertando para o que é homem e o que é mulher" permite revelar a própria flexibilização que está em curso entre os homens, quando de seu reconhecimento enquanto tal.

Nesse processo, uma atividade profissional como o de agente de saúde, possibilita grande contribuição para que os homens passem a se reconhecer não em uma única masculinidade, mas nas várias possibilidades de sua manifestação como vem sendo analisadas por literatura especializada que enfoca a questão das masculinidades (CONNELL,1995; KAUFMAN, 1995; ALMEIDA, 1995; SABO, 2002; WELZER-LANG, 2004).

5º Encontro:

No quinto e último encontro, procuramos saber sobre a percepção das mudanças em suas vidas depois que se tornaram agentes comunitários de saúde, assim se colocaram:

Em tom de entusiasmo e de contentamento um deles iniciou a discussão, afirmando, "minha vida mudou depois que adotei minha filha. E depois disso, me

tornei mais sensível". Com essa fala nosso entrevistado extravasou no grupo uma carga positiva de sua sensibilidade relacionada ao ato de ter se tornado pai. Casado há 12 anos viu-se impossibilitado de tornar-se pai por problema de esterilidade, atribuído ao fato de ter sido duramente agredido por policiais que o tomaram como pessoa suspeita, tendo atingido seus testículos. Acredita que isto aconteceu por ser negro.

A mudança em sua vida, 'tornando-se mais sensível', portanto, não se deu pelo fato de ter se tornado agente de saúde, mas por ter realizado o seu grande sonho, o de ser pai. Assumir em público, no espaço de homens, "ter se tornado mais sensível", parece-nos tratar-se de uma revelação de quem trouxe, para si, uma representação carregada de qualidades que "humaniza" seu papel social e afetivo no contexto da vivência da paternidade, dissolvendo o estereótipo do homem "macho" à medida que se permitiu revelar o lado do homem que se tornou sensível, não se preocupando de "entregar de bandeja a própria cabeça" aos seus colegas, como diria NOLASCO (1991 p. 26).

Para nós, ao se colocar nessa postura, considerando o contexto do grupo, mostrou-nos que novos diálogos podem se travar intra-gêneros a partir de homens que nesse processo dialógico, nos termos de GIDDENS (1993), estejam no exercício da reflexividade acerca dos novos sentidos que cercam sua condição masculina. É possível que, por conta dessa mudança no terreno afetivo, nosso interlocutor tenha ressignificado o exercício de sua prática profissional, tendo em vista ser um dos integrantes do grupo que aparenta ser mais profissionalmente engajado.

Nas mudanças operadas nos agentes de saúde, em decorrência de sua prática profissional apresentam-se de maneira característica em dois tipos de diálogos abaixo:

Um interlocutor explicitou: "passei a valorizar mais os problemas de saúde das famílias por mim visitadas, porque são tão importantes quanto os da minha família". Esta fala revela uma ampliação de visão de mundo traduzido na capacidade de um novo olhar para o outro, no caso a percepção das necessidades das famílias assistidas. A mudança vinda do reconhecimento de que os problemas de saúde das famílias são tão importantes quanto os da sua permitem constatar que nesse processo de transformações se dá de forma dialética numa dupla via onde as experiências oriundas das famílias espelham seu mundo e vice-versa.

Outros dois integrantes do grupo assim se referiram: "passei a valorizar mais a minha família e meus pais, utilizo a experiência junto às famílias na educação das minhas filhas". Seguido por outro agente de saúde que comentou: "ao contatar com outras famílias passei a perceber coisas que não percebia na minha família".

Estes depoimentos nos levam a pensar que as atividades e convivência com as famílias assistidas têm servido de espelho nas vidas domésticas desses homens, contribuindo assim no processo de suas mudanças. A afirmação "passei a perceber coisas que não percebia antes na minha família" parece revelar uma descoberta de quem se deixou tocar por sentimentos de companheirismo e de quem passou a ter mais presença no cotidiano da vida doméstica.

Na seqüência um outro agente de saúde se colocou: "passei a agir de forma diferente na minha casa, compartilhando nos trabalhos domésticos e assumindo tarefas antes realizadas pela minha esposa, por exemplo, levando os filhos quando precisam ir ao médico".

Nesse depoimento podemos perceber o quanto de mudanças ocorreu na vida doméstica deste interlocutor a partir do trabalho assumido como agente de saúde, explicitando uma aproximação do espaço público ao espaço privado. Postura essa que vem alterando a divisão social nas tarefas domésticas na medida em que relata que passou a agir de forma diferente em sua casa, realizando tarefas antes entendidas como sendo de responsabilidade de mulher. Uma visão de quem parece ter superado os limites do que foi internalizado no que competia aos sexos, consagrado pela tradição, numa concepção de masculinidade hegemônica que parece estar sendo reinventada.

A discussão encerrou-se com a intervenção de um deles trazendo uma questão mais individual, revelando estar vivendo conflito de gênero na sua relação conjugal, ao expressar: "tenho que driblar os ciúmes da minha mulher". Como podemos perceber, esta colocação ao revelar uma tensão e conflito de gênero no espaço doméstico parece sugerir que a natureza do exercício da profissão, ao não estabelecer fronteira entre o espaço privado e o público, pode colocar diferentes ordens de desafios para os agentes de saúde, ampliando a discussão da questão de gênero.

Avaliação e Considerações Finais do Processo dos Grupos Focais

Finalizando o processo dos grupos focais, realizamos uma avaliação geral. Vale lembrar que, a presença no processo dos encontros grupais variou de quinze a treze agentes de saúde. As justificativas das ausências foram por razões do trabalho e uma por desistência de permanência no processo (só participou do primeiro encontro).

O primeiro a falar enfocou questões referentes à importância de estar junto brincando, mas ao mesmo tempo construindo e reconstruindo opiniões através da troca que se deu a partir dos temas discutidos. Cita a questão do aprendizado adquirido que precisa ser estendido à comunidade. De modo particular, faz referência à mudança de visão sobre o diferente, referindo-se a discussão feita sobre a homossexualidade, onde a idéia presente era, "em relação às pessoas que optam pelo diferente que saem da normalidade". Nesse aspecto, chama atenção para o sofrimento dessas pessoas que "transgridem as normas sociais" e que, por conta de suas escolhas, são discriminadas referindo-se aos preconceitos dos próprios agentes de saúde.

Um outro agente de saúde, acrescentou que pelo fato de ter gostado de participar desse processo, pretendia continuar com esse tipo de trabalho, fazendo uma referência ao próprio grupo, no sentido de manter o vínculo grupal, como espaço de convivência e reflexão de suas particularidades. As falas seguintes foram recorrentes ao que discorreu esse agente de saúde.

Outros deles, referindo-se à produção dos conteúdos resultantes dos encontros, e por saberem de seu destino acadêmico, comentaram: "só falta fazer o livro, os exemplares, e vir autografar". "Eu acho que o grupo foi muito útil ao seu trabalho, ao que você propôs". No início nos pediu uma colaboração. Eu acho que todos nós viemos de boa vontade e pudemos ajudar da nossa forma. Quanto a mim e acho que os outros também, no que for necessário a gente vai sempre colaborar, pois é válido para você e pra gente também; só temos a aprender". Ao terminar de falar todos os demais, respaldando o que acabaram de ouvir, confirmaram que podíamos contar com eles sempre que houvesse necessidade, "uma mão lava a outra, comentou um deles".

Dando continuidade ao processo de avaliação, um outro integrante se colocou enfatizando a integração facilitada no processo do grupo, alegando que “teve as brincadeiras, mas que todo mundo levou numa boa. Todo mundo ficou se conhecendo, pois a gente trabalha no mesmo serviço e não se conhece. Nesse sentido, eu acho que foi uma boa a soma desses encontros para nós”. A frase “todo mundo ficou se conhecendo” expressada por este agente de saúde, parece-nos que ele está se referindo aos encontros que tiveram exclusivamente com eles, uma vez que já se reuniram nas ocasiões de capacitações, inclusive nas duas que coordenamos, mas, certamente o conhecimento entre eles foi superficial.

Um outro agente entrou na discussão e ressaltou: “esses encontros valeu também pela troca de experiência, os agentes de saúde deveriam se conhecer mais, trocar mais experiências com outras unidades de saúde, pois isso faz a gente aprender mais. Para mim foi importante ter participado desses encontros”.

É possível que as capacitações que esses agentes de saúde tenham participado, além de serem extensivos a ambos sexos, aglutinem um grande número deles, o que não favorece uma maior integração entre eles, como a que puderam vivenciar nesses cinco encontros.

Finalizando as falas, um outro integrante do grupo, que só participou do último encontro, porque acabava de ser admitido no programa e estava participando de uma capacitação específica, lamentou este fato dizendo, “sinto não ter participado dos outros encontros, mas só com esse aprendi muitas coisas. A gente tem uma opinião e ouvindo outras a gente muda”.

Após as colocações de todos que quiseram manifestar-se e expressarmos nossos agradecimentos às colaboradoras que se fizeram presentes no processo dos grupos, um dos agentes de saúde, apelidado de “poeta”, aliás, o único que não havia se colocado a respeito da avaliação dos encontros, anunciou que havia escrito um poema dando-lhe o título, “Golpe de Estado” e, que, portanto, gostaria de ler em público dizendo que, de certa forma, representava sua avaliação e, ao mesmo tempo, sua despedida desse grupo. Evidentemente todos nós o estimulamos para que declamasse sua “criação literária”.

A expressão desta atividade poética nos remeteu a um dos relatos feito por ALMEIDA (1995 p. 59), quando do seu contato com um homem poeta tendo lhe

permitido traçar um quadro de expressividade poética que, se por um lado reforçou seu entendimento do sistema simbólico da masculinidade, por outro permitiu-lhe perceber “como este é fluido, passível de mudança e, no fundo, resultado de um “pacto social” feito com a feminilidade dos homens – canalizada, contida, regularizada por uma retórica poética”.

Ao final da declamação do poema, nosso poeta foi bastante aplaudido, e conforme anunciou antes, foi o jeito que encontrou para expressar a importância de ter participado dos encontros grupais, autorizando-nos a transcrevê-lo. Foi, portanto, em um clima bastante festivo que encerramos as atividades programadas dos focais. A seguir a transcrição do poema.

Golpe de Estado

Minha pele não estava preparada
Não soube defender a minha carne deste golpe
Tão profundo que chegou até a alma
Mudando o seu estado
Parecia que eu não era mais de pele
Dormi sentindo incandescente
Como se meu coração batesse e as artérias pulsassem
Me sinto inserido no presente contexto
Sem pretexto e quando falo, tenho um texto consistente
Lá no fundo tenho alma
E o meu coração bate
E minhas artérias pulsam
Eu grito luz com a minha carcaça
Nas retinas onde quero me abrigar
Fazendo, assim, com o sentido da visão
Ver a minha imagem, existência, presença
A vida floresce e se alastra sobre a minha pele
Num ecossistema muito (...)
Com as melhores emoções
A mais perfeita seleção sentimental
E o meu magma corre energético pelas minhas veias
Sensato a ponto de refrear suas mais violentas hemorragias
(...) ao pôr do sol (...) sua calma
Um lindo contraste o meu sol com meu sangue
Chego a ficar (..) tenho tanta vida
Que eu não sabia que eu tinha
Se eu tinha.

Para nós, que coordenamos esse processo, e considerando as falas de avaliação expressadas por nossos interlocutores em estudo, podemos dizer que esses agentes de saúde saíram desses encontros mais reflexivos; entre eles um pouco mais integrados e, talvez, até mais sensibilizados para o exercício de suas atividades, tendo em vista ter ocorrido no andamento do grupo uma certa diluição de pensamentos fixos, rígidos, estruturados e dissociados a respeito das relações sociais inter e entre gêneros, resultado das discussões feitas.

Contudo, vale ressaltar que, certamente mudanças dessa natureza já deveriam vir ocorrendo, de forma consciente e/ou inconsciente, em decorrência do processo de trabalho exercido por cada um deles, enquanto agentes de saúde. Acreditamos que os encontros grupais facilitaram esse emergir.

Nesta perspectiva, poderíamos interpretar, considerando o estudo de tese que recebeu o título: "Falas de homens: a construção da subjetividade masculina", de autoria de BORIS (2002), que esses homens se caracterizariam, com base em um processo de aproximação à tipificação adotada por este autor, como o de 'homens sensíveis'. Isto porque, também percebemos no processo do trabalho em grupo que desenvolvemos, junto com eles, "... a existência de uma sensibilidade masculina, quer diferenciada, quer equivalente à propalada sensibilidade feminina". Concordando com este autor, esse 'homem sensível' se manifesta de forma ainda bastante sutil, mesmo assim, traços desta 'sensibilidade' foram evidenciados por quase todos eles em vários momentos das discussões grupais estabelecidas. Entretanto, trata-se de um processo em curso, possivelmente, de forma muito mais inconsciente que consciente.

Considerado sob este aspecto, e sem pretender dar o assunto por encerrado, identificamos algumas contribuições do resultado da vivência grupal, contidas nas suas falas, como por exemplo: a importância do espaço criado exclusivamente para eles, onde puderam se abrir para além dos seus próprios limites; e onde tiveram a oportunidade de se confrontarem com temas polêmicos, o que possibilitou trabalharem seus preconceitos e, em decorrência, facilitando mudanças de opiniões entre eles, mesmo enfrentando momentos de pequenos conflitos e tensões no calor da discussão de temas controversos, próprios em vivências grupais.

Nesse sentido, havia entre eles o entendimento de que ninguém estava ali discutindo determinado tema para que se chegasse a uma "verdade absoluta". Fato que constatamos, nas suas próprias falas, ao referirem que participando dos encontros grupais, e ao discutirem determinados temas, tiveram a oportunidade de mudarem de opinião a respeito do que pensavam antes.

Uma outra questão identificada na ocasião da avaliação foi a demonstração de satisfação de todos por estarem participando da construção da tese por nós elaborada, de tal sorte que se sentiam co-autores dessa construção, demonstrando,

assim, que tinham conhecimento de que os encontros grupais corresponderam à primeira modalidade de levantamento de dados da mesma. Por esta razão externaram disponibilidade e compromisso de colaborarem integralmente da segunda parte do trabalho, que se constituiu da realização das entrevistas individuais, em profundidade.

Sob estas circunstâncias, parece-nos oportuno finalizar esta parte do nosso estudo, recorrendo à poesia elaborada pelo poeta do grupo, que tão bem soube expressar falas sobre a vida como algo dinâmico; como que numa 'erupção' de sensibilidades e vida encarnada ao mesmo tempo trouxe, em profundidade, essências da vida. Poesia que para nós conseguiu sintetizar o quanto de 'sensibilidade' esses homens se permitiram "revelar" e "externar", talvez até inconscientemente, cada um a seu modo e, em circunstâncias adversas, em explícita "performance de emoções", palavras tomadas de ALMEIDA (1995). Fato observado na manifestação dos aplausos e elogios, causando um certo *frisson* entre eles.

Ressaltamos que, a maior contribuição que recebemos neste processo vivenciado que constituiu a primeira modalidade de construção do nosso estudo, para além dos conteúdos que serviram de base na fundamentação da nossa tese, esteve na compreensão do 'sentido'¹⁶ trazida da manifestação dos sentimentos afetivos e da disponibilidade expressada por todos integrantes do grupo o que, sem dúvida, representou uma das alavancas ao nos impulsionar para o cumprimento da tarefa de finalização desta tese, como questão de compromisso moral perante eles.

E, assim, os repertórios das falas e narrativas dos nossos sujeitos da pesquisa, trazidos em cada um dos encontros grupais permitiu-nos identificar o entendimento que tinham sobre "ser homem" através da compreensão do que é "ser pai"; o significado de terem assumido a responsabilidade de "cuidar" de famílias, atribuição inerente à prática do agente de saúde e a percepção de mudanças que tinham de si mesmos. Mudanças essas ocorridas a partir do exercício dessa nova profissão.

¹⁶ Nos termos da subjetividade trazida por CASTORIADIS (1999 p.35), "a capacidade de receber o sentido, de fazer algo com ele e de produzir sentido, dar sentido, fazer com que cada vez seja um sentido novo".

Com essas informações, portanto, partimos para o segundo momento de reencontro com estes homens, agora no plano individual para a realização das entrevistas buscando descortinar que novas facetas do problema sob investigação puderam se revelar.

6.3 Desvelando Falas e Narrativas dos Entrevistados

Os núcleos estruturadores ou categorias de análises de nosso discurso sobre as falas e narrativas dos agentes de saúde são identificados por um conjunto de temas explicitadas em formas de perguntas a eles dirigidas. Temas esses representando algumas das dimensões de suas vidas pessoais e profissionais, nas quais aspectos relativos às questões de gênero e marcas de masculinidades podem se manifestar.

Como primeira medida, iniciando a apresentação das categorias de análise, nossa intenção foi identificar como nossos informantes se referiam a si próprios nas entrevistas em resposta à nossa solicitação (fale sobre você); o que, profissionalmente, faziam antes de se tornarem agentes de saúde e em que circunstâncias se incluíram no Programa Saúde da Família. Com este procedimento, conseguimos traçar um panorama que os caracterizaram, como forma de contextualizar suas particularidades no processo da entrada em um "novo" campo de trabalho que, certamente, mesmo que de forma fragmentária, revelaram marcas de suas identidades masculinas.

Em resposta à nossa solicitação, **'fale sobre você'**, vejamos como se expressaram:

Um dos entrevistados iniciou sua fala informando sobre sua origem nordestina e, na seqüência, narrando de forma emocionada um triste acontecimento vivido há quase 14 anos, por conta do falecimento do filho mais velho, vítima de uma queda da cama aos seis meses de idade. Fato que não foi colocado nos encontros grupais, talvez porque não quisesse compartilhar esse tipo de sofrimento em um espaço coletivo. Ao final de sua apresentação referiu sua atual opção religiosa, "sou evangélico". 'Atual', porque por muitos anos, informou

ter sido católico praticante tendo, inclusive, atuado em coordenação da pastoral da saúde em uma cidade de Alagoas, onde nasceu e morava antes de vir para São Paulo e, segundo nos informou, esta experiência se constituiu em um dos motivos de sua admissão como agente de saúde. Observa-se nesta apresentação uma redução à nossa indagação, à medida que nosso depoente focaliza informação a: (1) sua origem nordestina, (2) relato do falecimento prematuro do primeiro filho e (3) sua história religiosa, vinculando sua experiência na pastoral da saúde à sua inserção no Programa Saúde da Família.

Outro agente, por sua vez, de forma pragmática, começou informando seus dados formais de identificação, como nome, idade, estado civil, saindo desse padrão para informar que estava namorando e que era agente de saúde. Padrão de apresentação seguido por mais quatro do conjunto dos informantes, diferenciando apenas nas informações complementares, ou seja, alguns focando maior tempo na descrição de suas origens, outros na vida profissional e familiar.

Como, por exemplo, o caso de um outro agente de saúde que entrevistamos que, após descrever seus dados formais de identificação, complementou sua apresentação narrando com uma certa dose de tristeza e, sem alterar o tom de sua voz, toda sua história de infância, considerada por ele, muito triste por conta da ausência e desconhecimento da figura paterna. Contou que veio a conhecer seu pai quando estava com oito anos de idade, após ter conhecido e mantido uma relação muito próxima com sua 'desconhecida' irmã paterna com idade semelhante à sua. E que a família, receosa dessa aproximação, resolveu revelar o parentesco e apresentá-lo ao pai. A maior parte de sua apresentação foi focada na sua vivência do período da infância e da adolescência, destacando os conflitos familiares e a situação de pobreza. Contou que teve uma infância muito difícil e que foi uma criança muito complicada e, como era muito branquinho, era chamado de "diabo loiro". Ainda na apresentação, narrou que começou a trabalhar quando tinha entre 10 e 11 anos, "catando e revendendo ferro velho", por conta das dificuldades financeiras de sua mãe.

Outro sujeito da pesquisa começou sua apresentação falando de si destacando certas "virtudes", do tipo: "sou uma pessoa tranqüila, bem prestativa, gosto de ajudar as pessoas, falo com limites" e só em seguida informou seu nome,

idade, estado civil e nível de escolaridade, como quem quer ser ouvido e dessa forma ser por nós identificado.

Outro entrevistado complementou sua apresentação referindo-se ao tempo do seu casamento (um ano e seis meses) e com quem havia se casado, uma colega de sua equipe, agente de saúde que já tinha um filho com seis anos de idade, sem, entretanto, referir-se a esta criança como sendo por ele adotado, mas como um dos seus dois filhos. Fato que chamou a nossa atenção, haja vista que, em nenhum momento referiu que um deles não era filho biológico.

Tivemos também o caso de outro agente de saúde, que complementou sua apresentação se auto-identificando como negro e informando sua condição de estudante, cursando o segundo ano do ensino médio. E o de um outro, que acrescentou na sua apresentação, seu apelido, o tempo de casamento e a informação sobre sua filha, dizendo: "tenho uma filha que vai fazer dois anos no próximo final de semana, a Cíntia (nome fictício), que veio por intermédio de adoção, não é filha de gestação da própria esposa". Ao terminar sua apresentação acrescentou, "enfim trabalho como agente de saúde, conheço muitas pessoas com problemas diferentes. Vou realizando as coisas da maneira que posso".

Saindo do padrão mais pragmático, destacamos o caso de outro entrevistado que ao começar sua apresentação fez questão de informar sua origem, dizendo ter vindo da roça. E, a partir desta informação, descreveu minuciosamente toda saga de vida difícil por conta da pobreza, quando criança e adolescente, identificando, sobretudo, as dificuldades no terreno do estudo formal, mas, ao mesmo tempo, afirmando que, "por eu ser homem, minha irmã me estimulava e me encorajava para que eu estudasse, enquanto ela ficava em casa", uma explícita expressão de assimetria de gênero, prática muito comum no período de sua juventude (há aproximadamente 40 anos atrás).

A apresentação que esse mesmo entrevistado fez de si, se transformou em uma narrativa de trajetória de vida, cuja ênfase dada foi no processo do seu aprendizado, adquirido com muito esforço através da prática profissional e de cursos profissionalizantes que conseguiu fazer ao longo dos anos em que se manteve nos empregos adquiridos. Informou que conseguiu concluir o supletivo do segundo grau e que chegou até fazer e ser aprovado no vestibular mas, devido a problema financeiro, não conseguiu levar a termo a faculdade, que tanto quis fazer.

Toda sua explanação de vida foi em tom de muita frustração pelo fato de não ter conseguido terminar seus estudos.

Num outro tipo de relato, o entrevistado inicialmente se apresentou informando sua atual profissão e sua idade. E, em seguida, de forma bastante enfática e com muita satisfação, falou de sua maior conquista, a compra de sua casa adquirida em sociedade com outra colega de trabalho, agente de saúde. Seguindo na sua apresentação assim confidenciou, "antes de trabalhar no Posto, no período de três anos e meio atrás, se hoje eu não tenho tanta certeza de quem eu sou, antes eu tinha menos ainda". Fez também comentário sobre sua infância dizendo, "eu era muito quieto, não brincava na rua, não gostava das brincadeiras dos moleques (...) Gostava de ler, de ficar só, em silêncio". Encerra sua apresentação afirmando, "se antes eu era um velho, hoje sinto que rejuvenesci (...), sou um poeta, um sonhador". Esta forma de se apresentar nos levou a pensar que o fato de estar desenvolvendo este tipo de trabalho, o de agente de saúde, pelo que tudo indica, tem lhe sido útil no enfrentamento de dificuldade que sempre teve, a de manter contato com outras pessoas.

Dois outros agentes se apresentaram como estivesse se estivessem a uma outra pessoa e não a eles próprios, ao assim se colocarem, "... é um pai de família que tem três filhas e está com 45 anos de idade..." E, ".. está com 50 anos, tem segundo grau completo, é um agente de saúde, nasceu em São Paulo, é casado, tem três filhos e já é avô".

Ainda nos referindo à questão identitária dos nossos entrevistados, só dois deles se auto-identificaram como negros; ambos relataram experiências de natureza discriminatória, associadas à sua condição étnica, quando da realização dos grupos focais.

Na ocasião da entrevista o tema racial à tona. Um deles, ao iniciar sua fala assim se referiu, "sou negro e sou morador da periferia, então eu sofro o preconceito mesmo. Bom, o que aconteceu é que um dia quando eu estava voltando para casa, de madrugada, quando fui abordado em frente da minha casa, estava com dificuldade de abrir o portão que só abria por dentro. Estava tentando, o policial estava passando, pensou que eu estava tentando arrombar o portão. Aí em vez de chegar e perguntar o que eu estava fazendo, não, chegou falou um palavrão e deu um tapa na minha cara, me chutou e eu estava no portão da minha

casa. (...) Me pai, que ouviu o barulho, levantou para ver o que estava acontecendo. Aí os policiais foram embora, depois de ter me agredido". Esclareceu que na época que sofreu a violência ainda não era agente de saúde. Terminou sua narração afirmando: "já sofri preconceitos em outros lugares também, em danceteria, bares. Assim, eu e meus colegas estamos sempre tendo esse tipo de experiência de preconceitos contra nós".

Como pudemos perceber, este depoente quando iniciou sua fala fez menção à sua condição de negro e à sua condição de classe social, sofrendo em "dobro" os preconceitos. À medida que foi indagado se participava de espaços próprios que tratam politicamente dessas questões, além de dar uma resposta negativa, assim se posicionou, "não gostaria de participar porque eu penso assim... eu vou criar o dia da consciência negra, então só nesse dia eu vou ser negro? Eu sou negro, tem que me respeitar. Eu acho que isso tem que ser todos os dias. Porque eu nasci assim, então eu vou só ter orgulho de ser negro naquele dia, ou o resto da minha vida? (...) Mas o que eu defendo é que dia de negros, de mulheres, de homossexuais tem que ser todos os dias. Veja um exemplo, tem leis que protegem negros e homossexuais, mas existe lei que protege os brancos? Essa lei não existe. Legal ter essas leis de proteção às pessoas, mas... Então esta é a diferença, eu acho que tratar com igualdade, isso é o que deve acontecer". Nosso entrevistado ao se colocar contra a defesa de grupos específicos, como de mulheres, negros, idosos, etc aponta para a grande controvérsia existente na literatura atual que versa sobre a questão dos direitos humanos universais *versus* direitos humanos de grupos minoritários que historicamente se sentem deles excluídos.

O outro agente narrou, "eu tinha 16 anos quando, junto com meus colegas, íamos jogar bola e eles estavam no poste esperando ônibus, enquanto eu estava a uns 30 metros conversando com duas colegas, mas aí de repente uma perua parou, "operação pólo", os guardas já vieram me agredindo, inclusive eu até tive vontade de reagir, meu irmão mais velho que não deixou. Eu estava de costa e o guarda me chutou nos testículos, me bateram até umas horas. Aí eu não sei se isso agravou algum problema, porque os meus espermatozoides não são normais. Indagamos se considerava que este episódio tinha a ver com o fato de ser negro, ao que respondeu afirmativamente, dizendo, "que até o policial negro, ele vai só em

cima dos negros mesmo". Como exemplo, contou: "quando eu tinha uma Brasília, eu nunca tive problema de ser parado, aí quando eu peguei um carrinho melhorzinho, um golzinho, todo dia era parado, todo dia 'encosta', pega documento, põe a mão na cabeça, revista carro, foi um bom tempo assim".

A esse respeito, nosso entrevistado demonstrou consciência da dimensão desta problemática na nossa sociedade analisando o fato, nos seguintes termos: "o problema é que as pessoas não usam a força que tem. Se todo negro começar a processar, buscar os direitos, o preconceito vai aparecer, porque o racismo aqui no Brasil é muito escondido, por isso eu falo, é melhor o racismo dos EEUU, lá pelo menos o branco não gosta do negro, acabou. Cada um para o seu lado, não tem essa. Aqui não, o preconceito é escondido, isso é muito pior, ele é mais feio e se torna mais sujo, mais hipócrita, não tem sentido". Identificamos, por outro lado, que a consciência do nosso entrevistado para na constatação do problema do racismo, pois ao ser perguntado se participava de algum espaço que tratasse desta questão sob o aspecto político, assim respondeu, "não, eu não participo. Para esse tipo de coisa eu não levo jeito".

Outro aspecto que investigamos, para melhor caracterizá-los foi, **o que faziam antes de se tornarem agentes de saúde**. Ao tratarmos desta questão, como uma das categorias de análise, nossa intenção foi a de averiguar com mais detalhe a vida profissional pregressa dos nossos informantes e, assim, obter algumas pistas do grau de satisfação, ou não, ao ter abraçado este "novo" exercício profissional, tendo em vista que não houve detalhamento desta questão nos grupos focais, enquanto tema de discussão. As informações vieram à tona, a partir dos seguintes depoimentos:

Um dos agentes iniciou sua fala a esse respeito dizendo: "antes de ser agente de saúde era aquela frustração, porque como moro em uma região precária, antes de trabalhar o meu desejo era ser jogador de futebol de salão, estava bem encaminhado pra conseguir ser jogador profissional, ai machuquei o joelho, tive uma torção, justo na fase do teste. Não foi nada grave só que atrapalhou por ter acontecido bem na época do teste, ai perdi a oportunidade. Fui trabalhar em uma gráfica, como ajudante geral, mas logo fui mandado embora". E continuou, "mas como estava fazendo o curso de radiologia logo consegui um estágio e depois um

emprego nesta função por dois anos'. Informou que começou a trabalhar aos 18 anos, fazendo "bicos".

Esta narrativa parece indicar uma boa dose de desencanto, por ver frustrado um ideal, próprio da marca de masculinidade, o desejo não concretizado de "tornar-se um profissional de futebol de salão". A menção feita "morar em uma região precária", talvez seja de quem vislumbrasse uma vida mais abastada economicamente falando em se tornando um jogador profissional, aliás, sonho muito comum de jovens de periferia.

Um outro entrevistado logo de início da sua apresentação afirmou que ser agente de saúde não era a sua profissão. Relatou que seu último emprego antes de ser agente de saúde foi como auxiliar técnico administrativo (contrato de emergência) em uma das unidades de saúde da região, onde mora e trabalha atualmente. Informou que trabalhou como vendedor de peças de automóvel, dizendo: "eu sempre trabalhei na área de profissionais de automóveis, vendendo peças de carro".

Quando indagado sobre o que significava não estar trabalhando no que gostava, respondeu: "pra mim é uma perda, pois era uma coisa que até hoje gosto de fazer, por ser bastante dinâmico, tinha que negociar preços". Ao final, alegou sentir muita falta desse tipo de trabalho. Este agente informou-nos que não estava totalmente desempregado antes de se tornar agente de saúde, pois estava trabalhando por conta própria, junto com um sócio, mas que não estava dando certo, em termos de retorno financeiro, razão pela qual decidiu concorrer à vaga de agente de saúde, deixando claro que não era o que gostaria de estar fazendo.

Outro agente contou ter trabalhado durante nove anos como fiscal de transporte coletivo e que tinha carteira registrada. E que antes trabalhou como auxiliar técnico de agricultura. Ambos empregos foram exercidos no Estado de Alagoas. Ao chegar em São Paulo passou apenas seis meses desempregado, tentando "uma vaga como fiscal de ônibus porque era a minha profissão na época distribuí *curriculum*, mas nada consegui. Aí me falaram que o posto de saúde estava recebendo inscrição. Eu estava há seis meses morando na comunidade. Aí passei na prova escrita, na dinâmica e fui admitido como agente de saúde".

Um dos depoentes contou que começou a trabalhar entre os 10 e 11 anos de idade, "catando e vendendo ferro velho, para arranjar um dinheirinho" e ajudar sua mãe. Relatou, de forma pormenorizada, uma vasta gama de atividades profissionais, dizendo nunca ter parado de trabalhar. Contou ter exercido funções de auxiliar em uma fábrica de doces e que depois trabalhou como ajudante de pedreiro, sendo que nos finais de semana fazia "bicos", como ajudante de caminhão, nas feiras livres. Revendeu roupas femininas e *bijouterias* utilizando-se de revistas de mostruários e ganhava comissão. Relatou ter trabalhado ainda como ajudante em uma gráfica e, também, como vendedor em uma outra firma. E que ultimamente estava trabalhando em uma confecção de roupas femininas, em uma loja no Brás, mas que não tinha vínculo empregatício, quando "caiu nas minhas mãos um papel que comunicava seleção de agente de saúde na área onde moro". Aí fui verificar do que se tratava e me interessei.

Outro entrevistado informou que estava a um "bom tempo" desempregado quando surgiu a oportunidade de se candidatar à vaga de agente de saúde, referindo-se "a uma época brava de desemprego". Antes trabalhou como ajudante de produção em uma metalúrgica, descrevendo a atividade como bastante rotineira. Explicitou que a motivação que o levou a ser agente de saúde foi porque estava desempregado. E que antes desenvolvia voluntariamente atividades comunitárias, inclusive participando de reuniões na própria unidade de Saúde onde passou a trabalhar depois, como agente de saúde. Informou que mantém até hoje os dados cadastrais (CNPJ) da Associação de Moradores que criou e, que pretende um dia reativá-la.

Outro dos entrevistados informou-nos que trabalhou em alguns locais mas, contudo, sem vínculo profissional. Referindo-se ao ano de 1997, contou que durante alguns meses trabalhou como ajudante em uma fábrica de plástico e depois durante um mês trabalhou em uma metalúrgica. E só no ano de 2000 trabalhou como porteiro, também durante um mês. Estava desempregado quando soube da seleção de agente de saúde. Segundo suas informações e, considerando estar com 27 anos de idade, antes de tornar-se agente de saúde passou por três experiências de empregos e permaneceu em cada um deles apenas alguns meses, demonstrando assim grande instabilidade no terreno profissional, tendo adquirido estabilidade quando conseguiu o trabalho de agente de saúde há pouco mais de três anos.

O outro sujeito da pesquisa contou que trabalhou como auxiliar de estoque durante seis anos e quatro anos como vendedor nas Casas Bahia. Informou que houve um corte de pessoal, tendo sido demitido, ficando durante um ano e sete meses desempregado e, relatou: "eu entrei nesse Programa a procura de emprego, nem sabia direito qual seria a minha função nele, apenas que estava havendo uma seleção pra agente de saúde".

Um outro entrevistado relatou que trabalhou durante 27 anos em uma seguradora, tendo sido promovido a sub gerente de um departamento da empresa e que se tratava de uma multinacional japonesa. Alegou que nesta época tinha adquirido um certo padrão de qualidade de vida, pois ganhava bem. Entretanto, nos anos 90 ficou desempregado, perdendo conseqüentemente o *status* que ao longo dos anos havia conquistado, assim comentando, "passei de executivo de empresa de seguro para vendedor autônomo". Relatou ter comprado, na época, uma franquia de venda de biscoitos e bolachas. Esta iniciativa se deu por pensar que poderia deixar de ser 'empregado', mas que por conta da inexperiência só teve prejuízos, inclusive tendo que dispor de bens numa tentativa de quitar compromissos financeiros assumidos. Depois desta experiência, trabalhou como vendedor de seguros por seis meses. Ficou desempregado por um tempo, até que conseguiu uma colocação como motorista de uma empresa de engenharia, sentindo-se nesse tipo de trabalho muito explorado, sentindo, inclusive, que estava prejudicando sua saúde física e mental. E, por reclamar das precárias condições do trabalho a que estava submetido, foi demitido. "Estava desempregado há três anos, quando surgiu a oportunidade de me candidatar à vaga de agente de saúde".

Outro entrevistado informou ter trabalhado como ajudante de pedreiro e como motorista, aliás, a profissão que gostaria de ainda estar exercitando, aí a sua frustração no terreno profissional. Estava desempregado há dois anos quando soube, através de sua sogra que já era agente de saúde, da seleção de agente de saúde na sua comunidade. Contou, em tom de desabafo, que no período em que esteve desempregado sofreu bastante discriminação da família de sua esposa pelo fato de ficar em casa, mesmo fazendo todos os afazeres domésticos, levando de carro sua mulher ao trabalho e procurando trabalho. Por conta disso, não mantém boa relação com uma de suas cunhadas. Era considerado um aproveitador, um folgado porque a mulher trabalhava e ele ficava em casa. Nesta ocasião, a família

era constituída do casal sem filhos, a adoção da filha só aconteceu depois que estava trabalhando como agente de saúde.

Um dos depoentes iniciou a sua apresentação narrando ter trabalhado como vendedor, em loja de discos, e que havia trabalhado em uma transportadora. Depois trabalhou como distribuidor de jornais do Estado de São Paulo, caracterizando-se em um trabalho terceirizado. Após estas experiências informou ter trabalhado por conta própria no comércio de gêneros alimentícios, atividade que não dando certo, segundo sua avaliação por conta da globalização que "foi engolindo os pequenos comerciantes, só quem tem vez hoje em dia são os donos dos grandes supermercados e atacadistas". Por conta dessa triste realidade assim se expressou, "tive que fechar as portas e ficou por quatro anos desempregado vivendo só de bicos. E aí foi quando surgiu esta porta para trabalhar como agente de saúde".

Finalmente, um último agente narrou ter trabalhado durante oito anos como metalúrgico. E que trabalhou, também, durante nove anos no Jornal Estado de São Paulo, nos Correios e Telégrafos e como *Office Boy*. Informou que as saídas desses empregos ocorreram a partir de solicitações feitas por ele mesmo, através de acordos bi-lateral, como forma de receber o FGTS. Nosso entrevistado lamentou-se da saída do seu último emprego, o de metalurgia, por ter constatado que já não era tão fácil conseguir novo trabalho, época em que mantinha a família com um bom padrão de vida. Ficou desempregado durante um ano (1997-1998). Trabalhava por conta própria, quando soube da seleção de agente de saúde.

E, assim, pudemos constatar, a partir das falas e narrativas dos nossos informantes, que todos estiveram envolvidos com estilos de trabalhos marcadamente masculinos, antes de se tornarem agentes de saúde, com exceção de dois deles, com ressalvas. Um deles que, além do exercício profissional na marca de trabalho masculino, também desenvolveu, na sua opinião, atividades mais adequadas a serem executadas por mulheres, quando se referiu ter trabalhado revendendo *bijouterias* e roupas íntimas de mulheres. E outro, que mesmo tendo passado seis meses trabalhando na área da saúde, como auxiliar administrativo, demonstrou insatisfação por não estar exercendo atividade profissional na área de automóveis, considerada sua profissão e o que gostaria de exercer.

Com essas considerações, pudemos descrever, em linhas gerais, quem são e de onde vieram os homens, sujeitos de nosso estudo, que estão no exercício da profissão de agente comunitário de saúde. De modo geral, as exposições dos motivos que os levaram a este tipo de serviço, revelou uma certa dose de frustração, certamente pela impossibilidade de ascensão profissional e, sobretudo, pela ausência de *status* no sentido de conquista em carreiras profissionais. Segundo BOTTON (2005 p.119), ter o *status* negado – por exemplo, porque não se consegue atingir certas metas profissionais, “é tão doloroso para quem não o atinge quanto o era para os membros de uma comunidade tradicional que sofriam da perda de honra...”

Aprofundando nesta caracterização, procuramos saber dos nossos entrevistados, **como se deu sua inserção no Programa Saúde da Família**, obtendo as seguintes narrativas:

Um dos agentes de saúde, que nasceu e se criou na comunidade onde trabalha, contou que sua história de inserção de no Programa Saúde da Família se deu em duas etapas: a primeira, no ano de 1998, época em este Programa se implementava, quando participou da primeira seleção de agente de saúde, não tendo sido aprovado. E a segunda, em 2002, quando ocorreu uma outra seleção para preencher uma vaga temporária. Assumiu a substituição de um agente de saúde que estava afastado por problema de saúde. Foi efetivado por conta da demissão dada ao seu antecessor. Nesta micro-área, as famílias assistidas pelo Programa só tiveram experiência de atendimento com agentes de saúde do sexo masculino. Encontrava-se desempregado.

Outro depoente que estava desempregado e vinha de uma experiência na área da saúde, como auxiliar administrativo temporário durante seis meses, em uma das unidades de saúde da região informou-nos que não teve nenhuma dificuldade de concorrer à vaga de agentes de saúde em um grupo com mais quatorze mulheres, mesmo “sendo pessoas inteligentes”. Segundo nos informou, o que prevaleceu para sua aprovação, foi por conta de sua experiência anterior na área da saúde.

Outro entrevistado que na ocasião estava trabalhando em uma confecção de roupas femininas, mas sem vínculo empregatício, contou-nos que tomou conhecimento da seleção de agente de saúde, porque percebeu que o seu vizinho

jogou fora um papel que havia sido distribuído na sua comunidade. Curioso leu a comunicação e sabendo do que se tratava se interessou em fazer a inscrição para concorrer a uma vaga em uma nova micro-área, tendo sido aprovado. Alegou que inicialmente não sabia do que se tratava.

Outro agente de saúde que há seis meses havia chegado de um dos estados do nordeste e encontrava-se desempregado, tomou conhecimento na própria Unidade de Saúde que estava recebendo inscrições para seleção de agentes de saúde, fez a sua inscrição tendo sido aprovado. Foi admitido mesmo não preenchendo um dos critérios para seleção, o de morar na comunidade há pelo menos dois anos.

Justificou o fato por conta do conhecimento que já tinha do programa e de ter trabalhado em uma coordenação da pastoral da saúde no seu Estado. Assim referiu: "essa situação foi percebida pelas pessoas que coordenaram a seleção, então me perguntaram se eu conhecia bem a comunidade, respondi que bem não conhecia, mas que conhecia o PSF (...), as médicas viram que eu tinha experiência junto ao público, que eu tinha o manejo de me aproximar da população, pois na entrevista eu passei a experiência do que eu tinha aprendido lá em Alagoas. O trabalho de lá é bem diferente do daqui; lá os agentes de saúde trabalham com menos famílias, são eles que controlam o cartão de vacina das crianças e quem pesam as gestantes e as crianças. E o atendimento é dentro da comunidade, não no posto de saúde".

Um outro agente, que também se encontrava desempregado e atuava como voluntário através da unidade de saúde de sua comunidade, tomou conhecimento da seleção de agente em uma reunião quando a coordenadora do distrito de saúde e a diretora da unidade de saúde informaram a esse respeito. Participou da seleção e foi selecionado, encontrando-se há quase quatro anos trabalhando nessa profissão.

Outro sujeito da pesquisa, na época também desempregado, soube da seleção através de sua prima e fez a inscrição apesar, segundo ele, "não saber do que se tratava". Ao perceber que não residia na área de abrangência da vaga específica mudou-se para a casa de sua avó, permanecendo na mesma somente durante os dias úteis de trabalho e nos finais de semana ficava em sua casa. Ele avalia sua admissão no programa se deu, graças ao apoio recebido da diretora da

unidade de saúde, assim relatando, "apesar de ter passado no 1º lugar na prova escrita fui mal na dinâmica por conta da minha timidez, mas depois teve a parte do debate de um tema aí achei que fui um pouquinho melhor, fiquei sabendo depois que a diretora do Posto daquela época havia gostado muito da minha prova foi ela quem me deu muita força".

Para este agente de saúde, ter conseguido este trabalho parece ter um significado muito especial e uma peculiar importância, aspectos observados em conformidade com suas próprias palavras, "como na minha vida só havia trabalhado fazendo "bicos", ser admitido como agente de saúde do PSF significou o meu primeiro emprego com vínculo empregatício, aí passei a ter conta bancária, um salário fixo e ganhar uma cesta básica todo mês". Esta fala é reforçada quando ele relata as conquistas materiais adquiridas como, a compra de um som, de um computador, de roupas, ter conseguido ajudar a mãe na compra de móveis de cozinha e, também, ajudado a avó nas prestações de uma geladeira e complementando despesas com alimentação. A sua maior conquista, no campo material, foi à aquisição de uma casa, adquirida em sociedade com outra colega de trabalho, agente de saúde, através de empréstimo bancário, o que contribuiu para sua emancipação.

Outro entrevistado que havia sido demitido depois de 16 anos de trabalho em uma mesma empresa, estava desempregado há quase dois anos, soube da seleção de agente de saúde e concorreu à vaga entre doze candidatos (dois homens e dez mulheres), tendo sido aprovado. Ponderou que foi escolhido "por conta da história de vida que teve". Nas suas colocações demonstrou que a vida das pessoas de sua comunidade é muito semelhante a sua, assim se expressando: "então vira um espelho, e acho que não tem problema nisso porque o sofrimento da vida da gente já tem, só que aí também a gente vai aprendendo mais com a vida dos outros".

Um outro depoente, que vinha de um longo período de desemprego, soube da existência de seleção de vaga para agente de saúde na Igreja aonde trabalha como voluntário. Tratava-se de uma segunda comunicação, uma vez que na primeira chamada ninguém da sua micro-área se candidatou. O PSF estava sendo implementado na região (1998). A comunicação dava conta de um chamado para participar de uma reunião na unidade de saúde. Informou-se que foi à reunião,

tomou conhecimento do PSF e se colocou como um dos voluntários para fazer a contagem das casas para o futuro cadastramento. Participou desta experiência e depois, quando surgiu a seleção, concorreu à vaga de agente de saúde, tendo sido aprovado. Está trabalhando nesta função há mais de sete anos. Considera que foi aprovado, primeiro por conta de seu trabalho junto a Igreja Católica e depois por ter saído bem na prova escrita, cujo conteúdo apontado por ele referiu-se a problemas de saúde vivenciados na sua comunidade e assim, abordou os temas da violência e do tráfico de drogas.

Outro agente apresentou, conforme já descrito, uma história de desemprego de dois anos e que vinha sofrendo discriminação de gênero da família de sua esposa porque ela estava trabalhando e ele não, mesmo executando as tarefas domésticas. Soube da seleção de agente de saúde através de uma pessoa da família que vinha exercendo esta profissão em uma das unidades de saúde. Submeteu-se às provas de seleção e foi admitido, permanecendo neste trabalho há um pouco mais de três anos.

Um outro sujeito da pesquisa, também vinha de uma situação de desemprego há quatro anos, vivendo de "bicos". Na entrevista que fizemos com sua esposa soubemos que foi através dela que ele tomou conhecimento da seleção de agente de saúde. Ela relatou que ia fazer sua inscrição, mas conversando com ele que estava desempregado há muitos anos disse, "se você não for eu vou, e você fica cuidando da menina (com agravos sérios de saúde), porque com ela não tem como trabalhar (...), é preferível que você vá, porque eu tenho mais condições de cuidar dela". Ele concordou e se submeteu à seleção tendo sido aprovado.

Finalmente, um outro agente de saúde que estava desempregado há um ano, ficou sabendo da seleção de agente através de sua sobrinha, que também concorreu à vaga. Alegou que não conhecia nada a respeito desse tipo de trabalho, assim como os outros concorrentes, assim se expressando: "ninguém estava ali sabendo o que iria fazer, tanto é que na dinâmica a gente falava o que achava o que era e falava o que sentia, não conhecia este serviço".

O que chamou nossa atenção, a partir das narrativas acima descritas, foi o fato do desemprego ter sido a razão central que os conduziram a este tipo de trabalho. Constatamos que todos os nossos depoentes, na ocasião da seleção não tinham conhecimento do Programa Saúde da Família, muito menos do que era

esperado da atribuição de agente comunitário de saúde; salvo, a informação trazida por um dos deles, que adquiriu este conhecimento em Alagoas, na cidade onde morava, o que foi fator decisivo na sua admissão, mesmo sem ter atuado neste campo.

Quanto ao fato da natureza do trabalho de agente de saúde, na condição de "cuidador", ser considerado e identificado como sendo do universo feminino, não houve por parte dos nossos entrevistados nenhuma menção de constrangimento de terem participado do processo da seleção e muito mesmo, de se sentirem intimidados ao competir junto com mulheres.

Destacamos apenas a fala de um dos agentes, ao nos referir que teve dúvidas na ocasião da seleção, por um lado, porque "havia lido um artigo no 'Jornal da Cantareira', escrito por um padre do Sul que tratava dos benefícios trazidos do PSF", daí surgindo a motivação, e, por outro lado, por ter tido conhecimento de um pronunciamento do então Secretário Municipal de Saúde de São Paulo (Dr. Eduardo Jorge), considerando que o trabalho de agente de saúde, "segundo ele, seria mais adequado se exercido por mulheres", o que "caiu como um balde de água fria sobre a minha cabeça", surgindo a dúvida se deveria ou não se inscrever. Mas, apesar da dúvida, resolveu arriscar indagando das médicas se tinha problema se candidatar à vaga por ele ser homem, o que lhes foi dito que não havia nenhuma restrição a esse respeito.

Para nós, o importante a considerar nestes aspectos trazidos por nossos entrevistados e que os caracterizaram é o fato de atentarmos para o grau de satisfação e/ou de insatisfação no exercício desta prática profissional, pois, pelo que pudemos constatar, foram às circunstâncias vivenciadas pelo desemprego que os impeliram a esse trabalho, não resultado de um desejo impulsionador de "abraçar", por exemplo, a causa da saúde pública.

Procuramos então saber dos nossos entrevistados, **como se viam na condição de homens exercendo a função de agentes de saúde**. Atentemos às suas "opiniões":

Um dos nossos entrevistados, referindo-se a atual situação de relacionamento profissional, começou dizendo não ver muita diferença pelo fato de ser homem e relatou: "eu acho que vai de cada pessoa, pois cada pessoa tem uma

dificuldade para um certo serviço, no caso, eu tenho um exemplo aqui mesmo, trata-se de Berenice (nome fictício de sua colega agente de saúde), eu sou péssimo para fazer serviço braçal, quando querem (referindo-se as mulheres) que eu pegue alguma coisa pesada, nunca foi a minha praia. Então "Berenice", como é mais forte, ela vem e pega. Então, por isso eu não acho que há diferença". E continuou: "cada pessoa tem a sua dificuldade, independente do seu sexo, até você apresentar qual é a sua e demonstrar sua fraqueza a outra pessoa, já ficam pensando coisas... Então, ainda acham que porque tem homem a ele compete pegar peso".

Sobre sua atuação profissional junto às mulheres sob seus "cuidados", quando diante de problemas ditos da esfera da "intimidade", informou: "quando tem problema assim... íntimo, a parte ginecológica é que tem maior problema; aia gente explica pra elas: 'estou em condições de ouvir, a gente foi preparado para dar todo tipo de orientação, qualquer tipo de assunto. Se caso ache que não tenho competência tem que levar pra alguém, porque não dá para agendar uma consulta, um exame, se a gente não souber do que se trata". E nos explica, "não teria como antecipar, encaixar uma consulta sem passar por mim antes".

Indagamos se é ele quem agenda as consultas das pessoas de sua área de atuação. Respondeu negativamente explicando: "nós não agendamos, mas fica ruim com a equipe, a paciente chegar, no caso, para a médica, tipo, estou com uma coceira, aí ela vai dizer, porque não falou isso com o seu agente de saúde (...) A pessoa tem que está a fim de se abrir com a gente". E continuou, "isto no começo foi mais difícil pela minha aparência jovem, porque querendo ou não essas mães que estão ali para eu cuidar me viram desde pequenininho, já namorei com filhas delas, então era meio complicado. Mas consegui separar, procurando desenvolver minha função, consegui fazer toda essa parte. Quando tem um problema assim, costumo levar para a equipe e apresentar o problema, principalmente o ginecológico".

Ainda a este respeito continuou explicando: "geralmente eu divido a área com uma agente de saúde de outra equipe. Então, quando aparece alguma coisa que não dá para levar, às vezes até a própria pessoa procura a agente. Às vezes, as agentes não gostam (referindo-se às solicitações feitas quando diante de algum tipo de dificuldade de foro "íntimo" das mulheres sob seus cuidados). Mas, alegou que não abria mão desse tipo de "ajuda paralela". "Porque isso é muito importante

porque facilita, e porque a comunidade é a mesma só muda a área do agente de saúde”.

Nosso entrevistado respondeu à nossa indagação num primeiro momento expressando suas limitações em relação, por exemplo, “não ser sua praia” pegar peso, solicitação muito comum quando tem homem presente. Relatou a experiência pessoal a partir de sua relação com colegas de trabalho, “porque é homem tem que pegar peso”. Esclareceu “sou péssimo em serviço braçal”. Identificamos, a partir desse relato, uma exemplificação específica de estereótipo de gênero. À medida que, dado ao fato do que, historicamente, se convencionou atribuir ao homem, por exemplo, força, valentia, dentre outros qualificativos, se tornou habitual “exigir” do homem esse tipo de comportamento. A visão trazida por nosso entrevistado apresenta um significado de desconstrução da visão determinista, cujos atributos são definidos a partir do que é próprio ao homem e a mulher, em função da natureza humana. A idéia considerada, pela sociedade, de que os homens são naturalmente afeitos a tal comportamento, por serem de natureza “agressiva”, “forte”, etc., é dissolvida, conseqüentemente, descaracterizando, neste exemplo, a supremacia física do homem sobre a mulher.

Outro momento colocou-se no terreno do trabalho, explicitando as limitações encontradas tanto pelo fato de ser homem, como por ser jovem, apontando como maior dificuldade quando o assunto a ser tratado, com as mulheres de sua área de atuação, é de natureza ginecológica. O que entendemos ser realmente uma questão que merece, no contexto operacional do Programa Saúde da Família, ser objeto de reflexão para a ação do “cuidar” desse agente de saúde.

Ao lado das questões de gênero presentes nas falas deste nosso entrevistado, estas permitem, igualmente, identificar a natureza e especificidades que assumem a denominada “função” do agente de saúde e as características de que se reveste que propiciam um encontro entre “cuidador” e pessoa cuidada, em que as intersubjetividades ganham um sentido especial. Isto porque, para este tipo de cuidado o agente tem que construir uma relação que se ancora em dois aspectos: precisa estar “habilitado”, ou seja, estar em “condições de ouvir”, “estar preparado para todo tipo de orientação, qualquer tipo de assunto”; precisa criar uma relação em que a pessoa a ser cuidada “tem que estar a fim de se abrir” com

o mesmo. Isto faz da escuta e da confiança duas características importantes do cuidado, porque qualificam a relação agente de saúde *versus* pessoa da família, agente de saúde *versus* família, agente de saúde *versus* comunidade, apresentando o agente de saúde numa relação de alteridade.

Essas questões podem ser observadas nas falas dos demais agentes de saúde, em seus desdobramentos.

Um dos entrevistados começou sua fala, em tom de brincadeira dizendo: "estou num harém de mulheres", pelo fato de ser o único homem de sua equipe. Informou que não tem tido nenhum tipo de problema relacionado ao desenvolvimento do seu trabalho, pois quando surgem dúvidas específicas da "intimidade de mulher" recorre as suas colegas agentes de saúde. O fato de estar há pouco tempo (dois meses) neste trabalho e as suas colegas já terem entre quatro a cinco anos de experiência, vê isto como uma vantagem, porque suas dúvidas no campo acima descritas são equacionadas. Em meio à sua fala afirmou que, "todo dia é um aprendizado".

Um outro depoente avaliou que embora não tenha ocorrido nenhuma distinção de sexo quando fizeram o anúncio da seleção, informa que sabe que nesta área não só aos olhos dos profissionais, mas também de muitas pessoas da comunidade, trata-se de um serviço para mulheres. Apesar de estar a três anos neste trabalho alega que "ainda hoje eles (referindo-se aos profissionais e a população de sua comunidade) não vêem os homens como profissionais; vêem primeiro o homem (referindo-se ao sexo) e depois o profissional. Sua colocação vai além da sua condição de agente de saúde, ao trazer um exemplo de relação entre médico (sexo masculino) e a população feminina, dizendo existir preconceito por parte das mulheres. Aponta para o preconceito, mas também para questões de gênero, ao dizer que as mulheres têm vergonha e receio de passarem por médicos. O que parece causar-lhe um certo problema, é o fato constatado da existência de um número considerável de mulheres na sua área de atuação dada esta questão. Quando se vê defronte de um problema específico de mulheres afirma que não recorre, por conta do "senso ético", especificamente a uma agente de saúde, mas a sua equipe.

Nosso entrevistado levanta uma questão que representa um desafio para o Programa Saúde da Família. Isto porque os programas e/ou as ações de saúde

sempre foram tradicionalmente voltadas às mulheres e crianças, ficando os homens à margem do sistema, sobretudo, desempenhando atribuições de "cuidadores". Outra questão que se coloca, relaciona-se com as especificidades do cuidado à saúde das mulheres, que envolve uma visão integral das mesmas em seus aspectos bio-psico-sociais, em que questões de gênero adquirem particularidades e se constituem em desafios para o trabalho do agente de saúde, por se constituir ele uma porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), que o Programa Saúde da Família deve estar atento para não se constituir como um programa à parte.

Um outro entrevistado assim se referiu, "eu acho que alguns homens, inclusive Arnaldo (nome fictício) são muito tímidos e eu acho que isto prejudica muito o trabalho. Eu também sou tímido, mas tenho uma postura. Chego na casa e digo: estou aqui para ser o cuidador de vocês, para ajudar a família (...), se estou ali por um bom objetivo, então eu vou quebrando a minha timidez". Fez uma ressalva, a respeito da questão da timidez, explicitando que no caso da timidez ser de uma mulher, agente de saúde, ocorrerá o mesmo prejuízo na execução do trabalho. A ressalva feita nos leva a considerar que para este entrevistado o exercício desta profissão não se caracteriza pela assimetria entre os gêneros, mas pela capacidade de construir uma relação de confiança.

Outro sujeito da pesquisa respondeu que não via problema algum no desempenho deste trabalho pelo fato de ser homem, assim se colocando, "acho que consegui me adaptar muito bem; sei que meu trabalho não é nenhum 'supra sumo', mas faço o básico, como todos fazem". Disse-nos pretender continuar no trabalho, comentando: "mais do que nunca preciso deste trabalho", porque contraiu dívidas com a compra de sua casa.

Ao se referir à necessidade de algum atendimento específico que envolve "intimidades" das mulheres afirma: "eu recorro ao profissionalismo, visto o máximo possível uma máscara de profissional, recorro a um texto mais ou mesmo decorado e vou em frente". Este depoente revela, com isso, que a questão do profissionalismo deve nortear as atividades do agente de saúde, ser objeto de um aprendizado num processo de treinamento, que transcende a questão de gênero.

Ao final de suas colocações afirmou que quando necessitou de ajuda contou com a colaboração das agentes de saúde, esclarecendo que

ultimamente não tem tido mais este tipo de necessidade, ao informar que, “esta questão está mais tranqüila, cada um de nós já tem condições de levar o trabalho”.

A questão da necessidade do agente de saúde encarar sua atividade como profissional e a importância de que sua formação deve contemplar a questão das relações familiares, com destaque para as questões de gênero, se explicita na fala de outro agente de saúde abaixo descrita.

Segundo este agente “trabalhar nas outras funções a gente trabalha com pessoas do mesmo jeito. Vamos supor, na entrega do gás eu entrava em muitos motéis e muitas *boites*, então eu conhecia muitas pessoas diferentes. E como agente de saúde, não, a gente já entra na intimidade da família, já é uma coisa mais aprofundada que nem, por exemplo, eu sou agente de saúde homem, mas às vezes consigo arrancar coisas das mulheres que uma agente de saúde feminina não arrancaria”. Exemplificando a esse respeito, relatou detalhadamente um caso por ele vivenciado, “eu fui visitar uma família e a mulher estava com um problema no “ânus” e problema vaginal. Ela fazia o “papa” e sempre dava alterado, aí eu fui orientando ela para evitar que o marido deixasse de fazer sexo anal. Aí uma vez, ela me pediu para eu conversar com o marido né, mas como ele é uma pessoa bem ignorante, eu não consegui. A única maneira que eu tive foi a de orientar ela, porque se eu fosse abordar isso, de repente, como ele é um cara violento, ele poderia começar a agredir ela, né. Falando que ela estava falando a intimidade deles, que não era certo e poderia causar um grande problema. Isto às vezes pesa muito”.

Nessa narrativa pudemos observar que as questões de gênero que o nosso depoente enfrenta são de duas ordens. Isto porque, o agente de saúde enfrenta tais questões na equipe, quando suas atividades são identificadas como feminina, tendo que elaborá-las e, de preferência, superá-las. Por outro lado, tais questões emergem no seu processo de trabalho, sobretudo no caso da saúde das mulheres que envolvem, muitas vezes, aspectos das relações de gênero diretamente ligados à intimidade do casal.

Esse tipo de atuação relatado por este agente de saúde, coloca a questão dos limites e possibilidades por envolver, sobretudo, o risco do viés de cunho moralista ao focar, unilateralmente, um tipo de orientação como “solução para o problema” que interfere na prática da sexualidade do casal. Isso porque, para

entrar no terreno da intimidade das pessoas se faz necessário criar vínculos de confiança, que parece não ser prerrogativa específica de nenhum profissional de sexo determinado. A relação de confiança é processo que se constrói cotidianamente e, que, às vezes, a condição de gênero pode facilitar a criação do vínculo para os que se encontram no processo relacional.

As falas de dois dos entrevistados a seguir, apontam para a dinâmica das relações de gênero que o agente de saúde vivencia com suas colegas de trabalho em constante re-elaboração.

O primeiro deles, assim se colocou: "por eu ser homem até que consegui me adaptar muito bem". E continuou narrando: "no início era um pouco complicado, porque 20 mulheres... (referindo-se ao grupo de agentes de saúde da unidade de saúde onde trabalha). Geralmente mulher já fala mais que o homem, né. Então, no início era um pouco complicado. E hoje em dia a gente se dá bem, sendo que de vez em quando sempre tem alguma coisinha, né. No geral, a gente se dá bem (...) Assim, sempre tem um "departamento", porque mulher fica melhor com mulher, né. Na idade, na divisão das coisas, mas a gente (os homens) não se envolve nas coisas delas. Quando solicitado, a gente tenta ajudar da melhor maneira possível ou se a gente não tiver condições de ajudar, também não atrapalha. E aí a gente vai levando."

Neste depoimento, carregado de significados, é possível perceber uma desconstrução de visão inicialmente machista, trazida nas expressões, "por eu ser homem até consegui me adaptar" e "geralmente a mulher fala mais que o homem", "mulher fica melhor com mulher (colocada em departamento)". Ao tomarmos, como exemplo, a seguinte fala: "com o tempo a gente foi se aperfeiçoando; um foi conhecendo o outro, aprendendo a respeitar a maneira do outro", em que indica a importância do processo de aprendizagem, parece esse agente de saúde ter valorizado o aperfeiçoamento nas relações intra-gêneros. Percebemos, assim, que houve uma certa relativização do pensamento único, anteriormente apresentado.

O segundo, por sua vez, assim se colocou: "penso o seguinte, acho que essa atividade (a de agente de saúde) é, melhor desenvolvida por mulheres dada a sua natureza, mais tranqüila e paciente. Mas, no meu caso, não tenho tido dificuldade, talvez pelo fato de ser muito conhecido na minha área e ter facilidade de fazer amizade. Aqui se explicita de forma imanente uma visão essencializada,

idealizada e generalizada da mulher reificada nos termos por ele trazidos "dada a sua natureza, é mais tranqüila e paciente".

Mas, logo nosso interlocutor redirecionou sua fala relativa a tais qualificativos femininos, colocando-se em condições de "igualdade", ao dizer que não tem tido dificuldades na condução do seu trabalho, "graças ao fato de ser bastante conhecido na área e ter facilidade de fazer amizade". Sem dúvida, prerrogativas imprescindíveis para o exercício e bom desempenho das funções de agente de saúde.

Finalmente a fala de um outro agente de saúde, a seguir, permite reter o fato de que as questões de gênero envolvem não somente relações entre homens e mulheres mas, muitas vezes, entre os próprios homens, dada a questão das masculinidades nelas presentes.

Um outro agente de saúde comentou: "só eu de homem no meio de 24 mulheres (grupo de agentes de saúde); a gente se dá bem. A equipe é boa, me dou bem com o médico de minha equipe. Deixa eu te falar uma coisa, quando a gente fala em desigualdade nas relações entre as pessoas, existem também desigualdades entre os homens, entendeu? (...) Agora, o problema é que o homem às vezes não consegue abrir seu coração como a mulher". Nosso entrevistado apresenta uma questão que destacamos como de grande importância no terreno das desigualdades intragênero, ao dizer: "quando a gente fala em desigualdades nas relações entre as pessoas, existem também entre os homens".

Tal afirmação nos remete a CONNELL (1995) que destaca os padrões de masculinidades nomeando-as de cúmplice, marginalizada, subordinada e hegemônica. Considerando a observação feita por nosso depoente, sua fala parece querer destacar a supremacia do modelo-padrão da masculinidade hegemônica sobre as masculinidades marginalizada e/ou subordinada. Esse fato constitui-se em uma explícita indicação de processo relacional intra-gênero, com característica assimétrica, no contexto em que se revela diferentes masculinidades.

No desenrolar das entrevistas introduzimos, de forma estratégica devido à dificuldade de sua introdução já indicada na discussão do grupo focal, a questão "**o que é ser homem**", por constituir-se em uma das categorias de análise do presente trabalho.

No processo de análise, consideramos a seguinte afirmação feita por DUQUE-ARRAZOLA (1997, p.351): "como identidade subjetiva, o gênero expressa-se em um conjunto de traços de personalidade, comportamentos, sentimentos, valores, atividades, desejos, necessidades e carências que se traduzem em modos de ser, ou seja, em modos de ver, pensar, falar, sentir e agir, diferentes para homens e mulheres que nem por isso expressam a "naturezas diferentes".

Importante lembrar que nas discussões desencadeadas nos grupos focais, a temática "o que é ser homem" não teve ressonância. Nossos interlocutores "brincaram" entre si ao serem indagados sobre esta questão. Ao contrário, por ocasião das entrevistas, esta questão foi respondida com naturalidade, trazendo nos seus conteúdos significados diversificados. O que aponta para as dificuldades dos homens assumirem diferentes masculinidades uns perante outros. Vejamos, então, como responderam a esta questão e se inscrevem em diferentes categorias de análise.

Um dos entrevistados respondeu a essa questão com o seguinte relato: "na minha casa a gente se conversa, embora sabendo que o homem é quem é o esteio da casa. Todos têm que saber que o homem é o esteio da casa. Não que ele seja melhor do que a mulher, mas a última palavra em casa quem dá é o homem. (...) Ser homem, no meu ponto de vista, é ter mais liberdade, ser mais liberal". E traz um exemplo, "o homem muitas vezes está assim... com 14 anos; a mãe até se preocupa, mas ele sai (referindo-se ao ir para a rua) e não lhe causa muita preocupação do que a parte feminina. A parte feminina já traz preocupação. Quando eu disse que como homem eu sou o esteio da minha casa é porque esta orientação está na Bíblia. Então, a própria Bíblia ensina isso pra gente. Ela diz: 'o homem é a cabeça; é a cabeça na Igreja e também a cabeça na sua casa'. Isto quer dizer que ele manda mais do que a mulher. Quer dizer assim, 'que é ele o responsável'. E responsável em primeiro lugar. Então, ser homem é ser responsável pela família".

Ao final da sua exposição indagamos: e no caso de um homem solteiro, o que o faz "ser homem"? A primeira reação do nosso interlocutor frente à nossa indagação foi rir, depois ficou pensativo. Em seguida respondeu, "eu penso assim, que o homem solteiro tem que saber que ele tem uma responsabilidade, porque ele vai realizar seu casamento, vai ter filhos. Aí ele já tem um conhecimento dentro

dele, que ele é o responsável, pois vai procriar e formar sua família". E termina sua fala afirmando, "a marca do homem é ser pai".

Nesta fala destaca-se como características de ser homem (1) identifica o padrão da masculinidade tradicional e hegemônica, (2) destaca que esta concepção tradicional se reafirma com a concepção religiosa e (3) procriação como marca, uma característica definidora de ser homem.

Outro depoente assim se expressou: "eu sou homem porque eu gosto do sexo oposto". E referindo-se aos homossexuais disse: "eles gostam de pessoas do mesmo sexo". E continuou, "isso define ser homem e o que deixa de ser".

Um outro entrevistado assim se expressou: "na minha opinião, ser homem é cumprir com as suas responsabilidades em tudo, seja profissionalmente, seja pessoalmente falando. Na minha vida foi sempre assim, sempre trabalhando, ajudando minha família. Até hoje ajudo, principalmente depois que meu pai faleceu. Então eu tenho uma responsabilidade tremenda. Muitos colegas, até amigas também falam que eu tinha que pensar mais em mim do que na minha família, mas eu não me arrependo, pois acho que estou fazendo o que acho certo. Então, eu acho que ser homem é cumprir com seus deveres, por exemplo, se eu tivesse filhos e me casasse e depois o casamento acabasse, eu teria a ex-mulher, é lógico, agora ex-filho não existe. Então eu tenho que está cumprindo com o meu dever de pai. Eu acho que ser homem para mim é isso, ta cumprindo com seus deveres". Neste relato podemos identificar como uma das características definidoras de "ser homem", o homem como provedor.

Outro agente de saúde, por sua vez, seguindo esse mesmo raciocínio respondeu de forma bem categórica, "ser homem é ser responsável, é trabalhar e ajudar a família".

Um outro entrevistado a exemplo de muitos outros entrevistados, reafirmou que "ser homem é ser responsável, é cuidar de sua família, é ter palavra e é saber ser respeitado". E contrapondo a questão definiu o que entende o que é "ser mulher", afirmando, "é ser companheira, ser boa mãe e ter opinião própria". Nosso entrevistado aponta para uma flexibilização das relações de gênero ao definir como característica de ser mulher "ter opinião própria".

Ao dirigir nossa questão "o que é ser homem" a um outro entrevistado, ele assim respondeu: "ser homem é difícil, não é fácil não, porque o homem tem que ter responsabilidade, o homem tem que assumir responsabilidades, não basta só ter, tem que assumir. Tem que trabalhar; casou, tem que assumir o sustento da família; tem que participar da educação dos filhos. Na necessidade, levar o filho ao médico. Tem que assumir as despesas da casa. Às vezes, a gente quer participar mais, mas não tem como, porque alguém tem que pôr o arroz e o feijão na casa". Em outra parte da entrevista, retomou esta mesma questão, dizendo, "ser homem é como já falei, é muito difícil, mas tem como conciliar a pessoa ser homem; ser honesta, ter responsabilidade, ter família e ser fiel a ela, eu sou feliz como homem".

Um outro entrevistado respondeu: "homem é você saber pedir as coisas, homem também é tudo, como se fosse a mulher também. E estou contente em ser homem, se quisesse (provavelmente se referindo a Deus) me colocar como mulher, eu acho que ficaria contente como sendo mulher, mas a minha parte de homem está ótima. Eu nasci homem, tenho que ser homem. Ser homem não é só pelo fato dele ter força, mas pela sociedade o homem é colocado como aquele que tem força, que tem coragem. A mulher é inteligente, a mulher usa desta capacidade... Eu acho que ela não é tão frágil assim".

Ao ser indagado se homem também é frágil, respondeu afirmativamente dizendo, "ele sente as coisas, só que ele não pode soltar para fora o que ele está sentindo. O homem se segura, não sei porque ele se segura, não sei como explicar porque as pessoas se seguram para chorar, sendo uma coisa tão assim, normal, tá chorando, vai chora à vontade, porque você está se soltando".

Outro entrevistado assim se referiu: "para ser homem a primeira coisa é ter atitude de homem, se comportar como tal. Às vezes a pessoa ter o sexo masculino e usar uma calça não quer dizer que é homem. Porque o homem se qualifica nas atitudes, saber fazer as coisas. O homem tem suas responsabilidades, tem suas obrigações. Da minha parte, ser homem é tudo, desde de ajudar. Eu digo ajudar, porque sempre foi assim entre eu e minha mulher. Eu não mando, nem ela manda. Os dois mandam igual quer dizer, um ajuda o outro. Então não tem esse negócio, se for pra lavar a louça, eu lavo; se for pra passar, eu passo; se for pra limpar, eu limpo. Então, nessa parte as obrigações são iguais., isso desde que casei sempre foi assim, o primeiro que chegar faz. Eu mesmo sempre cozinhei".

Procuramos saber do nosso depoente, se entre seus colegas de trabalho e entre as famílias que "assiste" ele identificou algum casal com esse tipo de estilo de vida marcada pelo companheirismo. Respondeu negativamente, dizendo, "ao contrário, os homens que conheço falam que essa obrigação é da mulher. A mulher tem que fazer isso e aquilo é que dizem e pensam aqueles homens de estilo machista né. Ele é quem é o dono do pedaço. Homem que é homem não faz essas coisas de trabalho de mulher".

Outro sujeito da pesquisa afirmou que, "homem é a pessoa que nasce homem, o cara que nasceu homem, do sexo masculino. Homem é aquele que cumpre suas funções de homem para com a sociedade, que respeita os outros, que desenvolve suas atividades, que sabe viver em sociedade, talvez isso seja o homem, eu me considero um homem. Tem o homem macho, o machista, aquele que se acha um pouquinho superior ou muito superior, ou o único bom na face da terra, em que as mulheres e os "meio homens" não têm valor pra ele"

Ao ser indagado sobre o que entendia por "meio homem", respondeu dando uma definição, "alguém que procura sua felicidade fora do padrão, do modelo da sociedade. Que é levado pelo amor. Imagino que, pelo amor por algum tipo de prazer que seja mais importante do que a "vidinha" besta que a sociedade impõe pra gente. Apesar de que me considero muito satisfeito em gostar de mulher".

E, finalmente um outro entrevistado iniciou sua fala dizendo: "primeiro assim... eu sempre ouvia da parte dos meus amigos que ser homem é ser arrimo da casa, tomar conta de tudo. Mas depois que adquiri consciência entendi que ser homem é ser tudo; companheiro, amigo, saber ouvir, ficar (referindo-se a um tipo moderno de namoro), dividir. Não ser aquela coisa, 'eu trago dinheiro pra casa, eu mando e você faz o que eu quero'". E continuou, "eu tinha essa visão quando era menor e via às vezes na minha casa. Mas fui crescendo e tendo a minha própria opinião. (...) Aí tem outra coisa, se é homem e você ver ele muito delicadinho demais, aí você já vê aquela coisa assim... porque homem tem que ser forte, sujo e mal educado. Então, se isso foi ser homem, eu não sou. Se disser 'mal educado' até sou, mas no caso de temperamento e limite, pois tem coisa que você não agüenta".

Percebemos nesta narrativa um processo de ampliação da visão de mundo, uma vez que nosso interlocutor referiu fases da vida que o levou a uma

compreensão mais ampla do que é "ser homem". Primeiramente pontuando a seguinte referência, "eu tinha essa visão quando era menor". Visão que parece ter sido internalizada a partir da referência dos valores familiares, ao dizer, "via às vezes na minha casa". E à medida que foi crescendo, construiu sua própria opinião a respeito do que vem a ser homem, ou seja, "ser homem é ser tudo; companheiro, amigo, saber ouvir, ficar (referindo-se a um tipo moderno de namoro), dividir".

Vê-se, em suma, como um ser integral negando relações tradicionais de gênero e a concepção tradicional de masculinidade. Isto porque, ao trazer à tona, o protótipo de homem considerado pelo senso comum como expressão da masculinidade, "homem tem que ser forte, sujo e mal educado", nosso depoente se contrapõe afirmando que se esses atributos é o que designa o "ser homem", então esse homem ele não o é, com ressalva a designação 'ser mal educado' no sentido de temperamento e no dar limite, como um dos atributos do que vem a ser homem, aí se enquadrando, ao dizer, "pois tem coisa que você não agüenta".

Considerando que a classificação das concepções do "ser homem", com base em tipologia, caracteriza-se como uma tentativa de aproximação da realidade da condição do homem contemporâneo, o fato a destacar é que não existem "tipos puros", como classicamente afirmava Max Weber que desenvolveu essa modalidade de método de interpretação na Sociologia. Neste sentido, é importante frisar que os homens aqui classificados como masculinidade hegemônica ou flexível não significa que os mesmos a estas únicas características se reduzam.

Para uma exemplificação da complexidade de características que envolvem tentativas de tipificação podemos apresentar a proposta de BORIS (2002 p 126-140) quando toma como objeto de análise de sua tese de doutorado a construção da subjetividade masculina através das falas de homens. Este autor apresenta-nos nove tipologias de homens, a saber: "o homem natural; o homem moral; o homem universal; o homem forte; o homem trabalhador; o homem produto de sua cultura; o diferenciado da mulher; o homem macho; e o homem sensível".

Para uma breve compreensão das definições tipológicas de homens trazidas por este autor apresentamos a seguir, uma síntese de suas características básicas e a aproximação dos nossos, nos diferentes tipos.

'Homem natural', entendido como um produto originário da natureza, em que descreve o gênero masculino como "normal", pauta-se em critérios sexuais ou em atributos corporais, físicos, biológicos ou orgânicos. Nesse sentido, é homem considerado "como um reprodutor, um ser genital sexuado e desejante que tem prazer com a mulher" (p. 126).

'Homem moral', "centra-se em questões relativas às qualidades éticas – do caráter moral do gênero masculino".

'Homem Universal', aquele que se apresenta "como modelo de atributos universais, como se essas qualidades dissessem respeito apenas aos indivíduos do gênero masculino". Em suma, 'homem universal' caracterizado indistintamente como todos os seres humanos.

'Homem forte', quando a força física masculina, ou a "fortaleza" do macho, apresenta-se como atributos do ser homem.

'Homem trabalhador': aqui se destaca o trabalho profissional e a conseqüente capacidade de manter a própria família como parecendo serem "pré-requisitos fundamentais ao reconhecimento pessoal e sociocultural de muitos homens".

'Homem produto de sua cultura', quando há manifestações de reconhecimento do papel da cultura e da sociedade na construção do que é ser homem".

'Homem diferenciado da mulher', quando há contraponto à figura feminina.

'Homem macho', diferenciação sociocultural entre qualidades atribuídas ao que é ser homem e as características da denominação de ser macho. Conclui BORIS (p.135), "o termo apresenta conotações diversas (...) geralmente associado ao machismo – com que significa ser homem".

'Homem sensível', podendo ser analisado como reação ao estereótipo do macho. Quando se apresenta, mesmo de forma sutil, a existência de uma sensibilidade masculina, "quer diferenciada, quer equivalente à propalada sensibilidade feminina". Da mesma forma, segundo o autor, ainda quando revelam "opiniões" confusas a respeito, por exemplo, da homossexualidade. Nesse caso, a tendência é uma demonstração contraditória de atitudes homofóbicas ou discriminatórias quanto aos indivíduos de orientação homoerótica. Um dos sujeitos

do estudo de BORIS (2002, p.140-141), em uma das suas falas, admitiu que escamoteava sua sensibilidade através de manobras elaboradas por acreditar que sua manifestação podia fragilizá-lo diante de outras pessoas.

A partir definições, identificamos as seguintes aproximações nos sujeitos da nossa pesquisa. Por exemplo, do total dos entrevistados, dois deles enquadraram suas concepções sobre "ser homem" no tipo de 'homem natural' e, também, nos tipos de homem 'moral'; 'sensível' e 'produto de sua cultura'. Sobre o tipo 'homem macho', identificamos duas falas que nos pareceram se aproximar desta tipologia, sendo que a fala trazida por um deles apontou também características dos tipos de homem 'moral' e 'sensível'. Na tipologia de homem 'moral', pudemos identificar, além dos acima explicitados; mais cinco dos entrevistados.

Quanto ao tipo de homem 'diferenciado da mulher' localizamos dois dos nossos depoentes. Do tipo 'homem sensível', identificamos em três do conjunto dos entrevistados. E, finalmente, o 'homem trabalhador' aparece em seis, do total dos entrevistados como característica do que é ser homem.

Além das identificações tipológicas acima descritas, explicitadas por nós em um sentido aproximado ao apresentado por BORIS (2002), surgiram falas e narrativas proferidas por alguns dos nossos entrevistados, apontando outras características definidores do que é "ser homem". Uma delas, bastante explícita, refere-se a uma tipologia identificada pelos próprios entrevistados desde os grupos focais que é a nomeada por eles, 'meio homem', referindo aos homossexuais. No entendimento de CONNELL (1995), ao apresentar os principais padrões de modelo de ordenação de gênero nas sociedades ocidentais, os homossexuais se enquadram na esfera da 'subordinação', em contraposição ao padrão 'hegemônico', de 'cumplicidade' e de 'marginalização'.

Nessa linha de interpretação caberia acrescentar uma outra tipologia, que denominamos, 'homem companheiro', esse entendido como aquele que divide e compartilha das tarefas domésticas, ultrapassando o sentido de "ajuda", e que participa ativamente da educação dos filhos, como "direito" a paternagem, o que se constituiria numa expressão de relações conjugais marcadas pela flexibilidade de gênero.

Em linhas gerais, considerando aspectos do 'modelo de ordenação de gênero', segundo CONNELL (1995), identificamos no nosso estudo, homens que parecem estar mais abertos e mais flexíveis às mudanças, que estão desconstruindo formas fixadas e arraigadas do masculino no mundo, que socialmente vem se despontando como um novo estilo do "ser homem", o que foi igualmente observado na análise dos grupos focais.

Nessa perspectiva remetemos-nos a ALMEIDA (1995 p. 242), que assim se coloca, "... as pessoas não se deixam levar por um maniqueísmo absoluto, de "bons" e "maus" e a sua experiência social é justamente um diálogo por vezes difícil entre a complexidade polimorfa dos seus sentimentos e o simplismo dos padrões. Os sentidos reinventam-se". Reconhecer que o modelo hegemônico (de masculinidade) é um tigre de papel pode ser o primeiro passo para inventar novas relações sociais e novas identidades" (p.243).

A categoria "**ser pai**", conforme pode ser observado, foi amplamente discutida nos grupos focais e, talvez, por conta disso, na ocasião das entrevistas tenha emergido circunstancialmente, a depender do contexto em que as mesmas se desenvolveram. Vejamos como alguns dos nossos entrevistados se colocaram:

Um dos nossos entrevistados, de forma essencializada e determinística, afirmou: "a marca do homem é ser pai", querendo com isso dizer que o homem naturalmente nasce para ser pai, conforme discurso recorrente em vários estudos de mulheres como, por exemplo nossa dissertação de mestrado (SANTOS, 2001).

Revelando uma outra forma de entendimento, um outro entrevistado, solteiro e morando com seus pais afirma que, mesmo tendo namorada não pretende casar-se e ter filhos no momento dizendo: "ser pai, constituir uma família eu não me vejo ainda assim. Não estou preparado. É assim, foi uma coisa que aprendi pela minha própria criação, pois sou fruto de uma gravidez indesejada. Minha mãe ficou grávida aos 16 anos, então eu fui criado assim... com medo de ser pai". O que mais se destaca nesse discurso é o seguinte: para esse depoente, diferentemente da fala do agente de saúde acima citado, a questão da paternidade, assim como da maternidade, não é sempre colocada de forma naturalizada encontrando-se, o "desejo" ou não de ser pai, relacionado à própria história de vida das pessoas.

Outro entrevistado, também solteiro, mora com sua mãe (viúva) irmãs e sobrinhas e é arrimo de família, disse-nos: "tenho uma pessoa na minha vida, estamos namorando há quase dois anos, e agora acho que está chegando a hora de casar e constituir a minha família".

Um outro depoente também solteiro e que mora com sua mãe e irmã ao ser indagado se pensava constituir família respondeu positivamente informando, "no momento estou namorando uma menina que não mora neste bairro, vamos ver se vai dar certo, ainda não sei, pois o namoro é recente".

Por sua vez, um outro entrevistado que está casado há menos de dois anos, tem um filho biológico e um outro que é filho de sua mulher, com outro parceiro. Em uma conversa informal, expressou que estava curtindo a paternidade, mesmo que às vezes se sentindo "meio" preso, por conta da divisão das tarefas domésticas. A respeito dos afazeres domésticos, sua mulher assim falou: "não temos tido problemas, saímos juntos para o trabalho. Meu filho mais velho vai para a escola e o neném para uma creche. Os afazeres domésticos geralmente são feitos por mim, nos sábados lavo, passo e limpo a casa. Ele (o marido) ajuda tomando conta do neném, já é uma ajuda, né. Também quando está faltando alguma coisa em casa, ele sai para providenciar". Aqui temos uma representação explícita de divisão tradicional de tarefas entre o casal, constituindo-se em uma flexibilização das relações de gênero.

Um outro entrevistado, também solteiro, ao responder sobre esta questão declarou: "eu acho que ainda não estou em condições e, aí, se vou falar isso com alguém, ela vai dizer, como você mais de 30 anos, como é que não tem condições de ser pai? Mas, não é só idade, não é ter um emprego para ter uma família quer dizer, é meio difícil para uma pessoa viver na sociedade que impõe este modelo, por exemplo, ter um pai distante. Então, talvez eu deixasse a desejar caso fosse pai, não sei... e acho que o pai tem o dever de também trocar a fralda, de dar banho na criança, de acordar de madrugada. E se caso eu fosse pai, eu gostaria de ser assim. Só sei que hoje eu não sei se seria assim, então eu prefiro não ser pai". Essa fala parece enfatizar o peso da "responsabilidade" do que é tornar-se pai que não depende, segundo esse agente de saúde, ter atingindo uma certa idade e dispor de um emprego. O dia a dia do cuidado com o filho, é aqui encarado, por este

entrevistado, como uma responsabilidade também paterna. Assim sendo, identifica-se nesse discurso, também, uma flexibilização das relações de gênero.

Outro depoente, por ser casado e tendo filhos foi indagado como era para ele ser pai, assim se posicionou: "eu como pai eu sou meio chato, chato que pega no pé, mas eu não sou um cara ignorante. Tem o cara liberal e tem o cara que pega no pé, não deixo nenhum nem outro fluir". A questão foi desmembrada à medida que nosso depoente esclareceu que aprendeu com a vida porque foi criado sem pai. Então lhe perguntamos: Como pai você não quer que a vida ensine a seus filhos, você mesmo quer ensinar, é isso mesmo? Respondeu: "na medida do possível o que eu puder ensinar, vou ensinar. O que eu puder passar para eles vou passar o que for mais importante, porque hoje em dia você não sabe quem você vai trazer pra dentro de casa, quem é a pessoa como seu genro. Terminou sua fala esclarecendo que tem duas filhas e um filho, mas fica mais no pé das meninas "por causa dessa coisa de namorado".

Aqui temos uma fala de um pai que se coloca como responsável pela educação dos filhos, à medida do interesse em passar, para eles, conhecimentos considerados mais importantes. Explicita uma questão de gênero nesse processo, ao estabelecer uma diferenciação nas relações os filhos, à medida que refere que a filha precisa ser mais 'vigilada', para nós caracterizando-se uma reprodução de educação tradicional, dicotômica e hierarquizada entre os sexos, próprio de sociedade de modelo sexista e machista.

Outro entrevistado que é casado há 32 anos, é também avô. Tem três filhas (uma das quais casada, tendo filhos). Tratou do exercício da paternidade através de um relato, emocionado, sobre uma família monoparental sob seus cuidados, composta do pai e duas filhas que parece estar com sete e oito anos de idade, respectivamente. Afirmou: "este caso é muito pesado, porque é muito triste a situação das meninas. Fico muito triste com este caso (chorou bastante). Não é por abuso sexual, eu desconheço que ele faça isso com as crianças. Ele é violento com as meninas". Por conta do problema de maus tratos que constatou, acionou o Conselho Tutelar da região que convocou o pai. Também conseguiu colocar a menina mais velha na Escola.

Na conversa que tivemos com sua esposa, esta se referiu ao marido como sendo seu "esposo e professor" dizendo ainda, "ele sempre foi uma pessoa muito paciente, sempre teve muita paciência comigo e com minhas filhas".

Sua filha (Raissa, nome fictício) alegou que, "falar do meu pai me enche de orgulho. Eu sempre que tenho a oportunidade de conversar com alguém a respeito do meu pai, sempre gosto de me referir à história dele, que foi enfrentada com muita garra e muita coragem. Ele é um batalhador, já trabalhou muito, ganhou e perdeu dinheiro, mas não entregou os pontos. Meu pai é muito alegre, muito divertido, e esse jeito faz com que a gente perceba que as pessoas gostam dele. Quando eu vou lá no Posto as pessoas falam bem dele e é bom lutar pelas pessoas, né. Tem gente que trabalha melhor com papel, tem gente trabalha melhor com bicho, mas eu acho que ele tem jeito pra coisa".

Por sua vez, Clarissa (nome fictício) assim se referiu, "sou a filha caçula mais encrenqueira de todas, então eu posso dizer que ele tem muita paciência mesmo. (...) Eu acho que tanto meu pai, como minha mãe, pela forma como eles foram criados, pois saíram da roça e, por isso, não tiveram muita chance na vida. Meu pai estudou um pouco mais, enquanto a minha mãe não estudou quase nada, mas mesmo assim eles têm a mente muito aberta, bem à frente do tempo deles. Meu pai como profissional é verdade, acho que ele está realizado agora como agente de saúde, porque quando trabalhava como executivo ele era muito ausente (...) Hoje eu tenho mais orgulho do meu pai, ele até me ensinou a jogar xadrez, me sinto mais preparada para enfrentar os desafios que aparecem na vida da gente. Veja como meu pai é importante, até xadrez ele sabe jogar".

Um outro depoente, que é casado há 13 anos e, por conta da sua esterilidade, adotou uma menina, a respeito desta decisão comentou: "quero uma menina porque a mulher geralmente é mais caseira, enquanto menino, quando ele faz 13 anos ele fica na rua, só quer sair com os colegas e já não tem aquele respeito como tem a filha mulher (...) o menino é mais difícil de se criar porque ele quer jogar bola, ir pra gandaia com os amiguinhos, entendeu? Então isso é uma coisa que vai levando ele para o mau caminho". E continuou, a filha mulher não, a gente orientando com sabedoria, porque na verdade hoje em dia não adiante prender, porque tudo que é proibido é bom. Porque na verdade é orientar".

Ah! ser pai é uma experiência gostosa porque é diferente, é uma vida no meio da gente. Porque antes era só eu e a nêga (referindo-se a sua mulher) e a gente era muito apegado aos nossos sobrinhos e afilhados. Mas, depois que Berenice (nome fictício), entrou na nossa vida, as coisas mudaram. Agora a gente tem com o que se preocupar. É muito gostoso. Eu cuido dela, dou banho, troco fralda, boto pra dormir, mas quando ela crescer esse trabalho quem vai fazer é a mãe dela, porque é o seguinte, esse limite é porque eu sou homem e a minha filha é mulher. Então vai chegar uma certa idade, vamos supor, quando ela estiver com quatro aninhos é aquele negócio, ou eu peço a minha mulher para dar banho ou a mãe dela ensina a ela tomar banho sozinha. Porque se eu continuar dando banho nela, e fazendo tudo que faço hoje, ela vai crescer achando que é natural ficar nua na frente de homem. De repente isso aí vai prejudicar ela no futuro, vai ficar pelada na frente dos meninos, vai chegar a hora que ela vai aprender que isso aí não é correto, isso é por limite pra ela mesma, saber que não pode ficar sem roupa, pelada na frente de meninos porque do contrário ela vai achar que tudo é natural, então a gente tem que começar a mostrar o outro lado, né. Eu não fico nu na frente da minha filha”.

E se fosse um menino, indagamos. Ele respondeu: “se fosse menino é aquele negócio, eu dava banho, a mãe dava banho. Para falar a verdade eu desde pequeno vi sempre minha mãe nua e sempre achei uma coisa muito natural. Contou que quando seu pai era vivo, às vezes, tomavam banhos juntos, seus pais, ele e os outros dois irmãos, sendo que, a única irmã não entrava, “porque ela é mulher, ela tem o lado feminino”.

Referindo ainda à educação dada a sua irmã, comentou: “ela nunca foi criada presa, as mesmas obrigações que minha irmã tinha, a gente tinha também. E a mesma educação que ela tinha, a gente tinha também”. Esta parte da narração nos leva a pensar que o cuidado dispensado à sua filha tem a ver com sua própria história de vida na infância e adolescência, em que meninos e meninas tinham os mesmos direitos e obrigações, mas havia uma precaução no terreno da sexualidade, ao dizer que sua irmã não compartilhava dos banhos “coletivos”, em que a presença admitida de mulher só cabia a sua mãe.

Há nesse depoimento uma demonstração explícita do prazer de ser pai , descoberto a partir da própria experiência de se perceber ‘pai presente’ na vida da

filha. O que nos remete a GADOTTI (1989, p.24) que diz: "o pai só é pai quando cria seu filho na sua presença, de olhar para olhar, no contato epidérmico, na unidade e na oposição dos corpos, no tempo e no espaço da vida".

Nosso depoente relata com muita naturalidade o processo prazeroso do cuidar da filha, o que parece indicar que foi no contato direto com a mesma que descobriu o prazer de ser pai. Nesse depoimento, é perceptível uma concepção de paternidade não biológica, construída sócio-culturalmente. E, ao mesmo tempo, uma desmistificação histórica de responsabilização da maternagem como de, exclusividade, das mulheres.

Um outro entrevistado casado há 16 anos, pai de três filhas, a respeito de sua experiência sobre a paternidade, assim se colocou: "eu até brinco que, na minha casa o único homem sou eu, porque até a cachorra é fêmea. Eu, como pai, procuro ter autoridade. Quando eu vejo coisa errada eu reclamo, às vezes não está nem errado, mas na minha cabeça eu acho que tá, então reclamo. Eu já tenho uma voz excessiva e autoritária, mas jamais eu encosto as mãos nelas (referindo-se as filhas), não uso de agressão. Sou duro. Eu tenho três filhas já adolescentes, a mais nova é especial, é autista, tem dez anos de idade. Mas mesmo com ela, se precisar eu chamo atenção também (...) Na primeira gravidez eu imaginar chegar um filho homem, mas veio mulher e eu fiquei feliz da mesma forma. Tudo que faço, tudo que consigo é sempre em prol da minha família. Além do trabalho de agente de saúde, eu me viro fazendo alguma coisinha, quando aparece algum "bico" eu faço e estou sempre negociando alguma coisinha na feirinha do "rolo". Tudo é revertido para a minha família, além da alimentação que a gente tem que por dentro de casa, pagar água, luz, telefone e outras despesas".

Esta narrativa revela um pai essencialmente provedor que, como ele mesmo diz, "vive exclusivamente para a família". Assim sendo, o trabalho, tanto o formal como o informal, assume significado fundamental na vida desse depoente, revelado no comportamento altruísta de quem assume, integralmente, a manutenção da família. O sentido do trabalho aqui explicitado, "está na possibilidade de, através dele, cumprir o papel familiar de provedor", conforme SARTI (1996, p.73). Portanto, dedicar-se ao trabalho, dá duro para garantir o sustento da família, constitui-se parte da definição do que significa ser homem bom

e responsável: prova cabal do quanto ama a família e o quanto está disposto a sacrificar-se por ela.

E, finalmente um outro entrevistado, que é casado há 30 anos, pai de três filhos e avô, menciona o papel de pai informando que nunca bateu em nenhum dos filhos, muito menos nos netos, alegando não suportar violência.

A categoria **'família'** foi introduzida com a indagação aos nossos entrevistados, sobre o entendimento do seu significado. As respostas dadas versaram sobre as seguintes concepções:

Inicialmente, um dos entrevistados define família como aquela formada por "pai, mãe, irmão, filhos e algum parente mais próximo". Na seqüência de sua fala acrescentou, "mas não é só isso, pois mesmo morando três pessoas juntas sem laço de sangue é considerada uma família, porque estão dividindo tarefas e estão partilhando dos bens". Assim sendo, amplia sua visão para além da concepção tradicional de família à medida desenvolve seu pensamento. Terminou agregando um outro elemento que se traduziu na concepção de que "família é lugar de cuidados". Nestes termos, parece-nos que nosso entrevistado baseou-se na sua experiência pessoal, ao enfatizar no seu conceito a questão da divisão das tarefas domésticas e o partilhamento dos bens, além da experiência profissional, ao emitir seu entendimento sobre 'família'.

Um outro depoente, já de início, definiu 'família' de forma mais abrangente ultrapassando a esfera doméstica e os laços sanguíneos ao dizer: "família é um conjunto de pessoas", entendendo também que quando a comunidade se junta ela também passa a ser uma família. Continuou sua fala dizendo: "agora com referência à 'família do lar', entendo-a como aquela composta por "marido, mulher e filhos. Esses membros é que formam uma 'família do lar'. E, ao final, informou: "hoje eu atendo 260 famílias".

Tendo em vista essa última informação foi indagado se a composição dessas famílias correspondia à sua definição, ao que nos respondeu negativamente, afirmando: "é aí que a gente encontra as barreiras em que a família que não tem marido, quer dizer, a mulher não tem marido e aí a gente ajuda com uma cesta básica (...) Agora, na minha comunidade não tem homem morando com homem, nem mulher com mulher".

Analisando esse relato podemos observar o quanto o conteúdo da fala do nosso entrevistado está norteadado por valores morais advindos, ao que parece, sobretudo devido à sua inserção religiosa (evangélico), a ponto de considerar uma família monoparental, no caso aqui, chefiada por mulher, como aquela que necessita de ajuda externa, de "uma cesta básica". Daí explicitar-se outra ordem de "barreiras" no processo de trabalho do agente de saúde quando diante de uma realidade familiar fora dos seus padrões pessoais, o que o leva a atuar de forma discriminatória. Sua informação de que na sua comunidade não existiam famílias compostas de casais homossexuais, talvez o seja por não considerar que esse tipo de formação familiar se enquadre no seu *script*.

Outro depoente emitiu seu conceito sobre família partindo da sua própria realidade familiar, nos seguintes termos: "família para mim significa, por exemplo, na minha casa; a minha família seria eu, minha mãe, duas irmãs e a minha sobrinha, aí seria uma família. O meu pai faleceu em 1993, depois que meu pai faleceu eu assumi tudo, então eu sou o chefe da casa". E à medida que avançou nas colocações a respeito da composição de sua família, introduziu mais um sobrinho que também é por ele mantido. Informou que a sobrinha o chamava de pai quando era pequena, e que atualmente está com doze anos de idade.

E referindo-se às famílias que atende narrou, "na minha área, nas 267 famílias cadastradas, mais da metade que eu já conheço são todas de modelo tradicional, pois tem o marido, a esposa e os filhos. Mas eu não peguei nenhum caso de mulher separada, só ela e os filhos ou, então, só o marido e os filhos".

Nosso entrevistado passa a idéia de família ampliada tomando a sua realidade familiar como exemplo, e ao situar as famílias que estão sob seus cuidados demonstrou compreensão do que seja família tradicional do tipo nuclear, além do seu entendimento do que seja família monoparental.

Por sua vez, um outro entrevistado definiu família "como um conjunto de várias pessoas que têm diversas opiniões". Ao se referir às famílias que atende, enfatizou as diferenças existentes entre e intra os membros familiares, oferecendo os seguintes exemplos, "nas famílias, têm diferenças de posturas sociais; de problemas econômicos entre vizinhos; de educação de uma pessoa para outra, diferenças nos gênios entre as pessoas de uma mesma família (referindo-se aos temperamentos). Tem famílias dominadas por alguém de gênio forte que é difícil de

se lidar porque, ao mesmo tempo, que uma precisa da outra se distancia por causa de conflitos”.

Ao ser questionado sobre a composição das famílias que atende informou: “elas são compostas pelo chefe, que é o homem ou a mulher da casa que, no caso é o pai e a mãe e os ‘inchados’ (referindo-se aos agregados), como no caso, a presença do meu tio em casa”. Na seqüência de sua fala, incluiu cunhado, pessoas que vem do norte, de outra região, pessoas que vão morar juntas, caracterizando os agregados.

Esta colocação leva-nos a considerar que este entrevistado apresentou uma visão dinâmica do que vem a ser ‘famílias’, pois conseguiu elaborar uma descrição destas, tomando como referência a sua própria realidade e as das famílias que atende expressando, talvez, sem se dar conta, a diversidade nelas existente.

A respeito da dinâmica familiar ele assim se colocou, “teve uma época que a minha mãe era a chefe da família, ela foi o pai e a mãe. Agora sou eu. Nunca é o mesmo contexto, sempre acontece alguma coisa, sempre muda; as pessoas vão e vem”. Para este agente de saúde, a condição de “ser chefe de família” tem a ver com o papel de provedor, e que esse lugar pode se alternar entre os elementos de determinadas famílias, a depender das circunstâncias.

Outro depoente, de forma bastante pedagógica, falou: “eu defino família, as pessoas que residem no mesmo domicílio, foi o que passaram pra gente, pode ser um casal, uma sogra, um cunhado, um tio distante e até empregada”. Neste caso, nosso entrevistado se limitou a definir família respaldando-se no conhecimento adquirido nas capacitações em que é considerado, para efeito de cadastramento das ‘famílias’, as unidades domiciliares e quem nelas habitam. Pareceu-nos uma definição convencional, técnica, em consonância com os ditames institucionais.

Um outro entrevistado, também se baseando na sua própria família, começou sua fala, referindo-se aos elementos que a constitui, ou seja, “tenho dois irmãos, um com 27 anos e o outro vai fazer 20 anos de idade, eu sou o mais velho e os meus pais, sendo que faz dois anos que meu pai faleceu. Trata-se de uma família normal”. Indagado, então, sobre o que entendia por ‘família normal’

respondeu, "família que todo mundo deseja ter, por ser considerada o padrão, isto é, composta de pai, mãe e filhos. Este é o modelo de família".

Sua colocação a respeito do modelo de "família normal", como padrão, parece externar uma certa visão crítica a este modelo familiar, vale esclarecer que este interlocutor, logo que adquiriu uma certa independência financeira deixou a casa de sua avó onde residia e foi morar com uma colega do trabalho, numa casa financiada por ambos, rompendo com o esperado pela sua família por ele considerada, 'normal'.

Outro agente de saúde, começou sua fala assim se expressando, "família é tudo na vida de uma pessoa. Se existe a mãe, o pai e o filho, é uma família; se existir a mãe, a filha e outro filho, trata-se também de uma família". Por sua vez, refere que quem assume financeiramente a família é quem a chefia, uma fala recorrente. Nessa direção, exemplificou, "quando se trata de assunto de dinheiro, ela fala (referindo-se a sua esposa), eu vou falar com meu marido porque quem trabalha aqui é ele, o dinheiro é dele". Finalizou sua colocação dizendo, "na minha casa não posso falar assim que eu sou o chefe, porque quando eu não estou presente e a minha mulher toma atitude e é feito, o que ela falar tá falado".

Nosso entrevistado enriquece seu relato com um caso, de uma das famílias que atende discorrendo que, "o homem é uma pessoa que pode jogar bola, mas tem aquele problema de ataque epilético, então, por isso, prefere não sair de casa, leva a vida normal, só que quem sustenta a casa é a mulher. O trabalho dele é tomar conta da casa. Eu acho até engraçado. Ele não trabalha, mas continua dando a opinião dele, mesmo não sendo chefe. Assim, em conjunto, você não pode ter uma idéia do que penso sobre famílias (referindo-se a variedade, no sentido das possibilidades de quem exerce a chefia familiar). A impressão que passou foi a de que, este dilema para ele fica resolvido quando afirma: "eu sou o chefe quando o assunto é coisa para comprar ou pagar".

Ao se reportar às 250 famílias que atende, informou que, dentre estas, "tinha uma diferente, que é composta por duas mulheres; sendo que a que faz a parte da mulher tem duas filhas e a outra que não faz esse papel não tem filhos (...) Aquela que tem mais presença de homem é quem atende a gente. E comentou, "eu não aceito bem esse tipo de relação. Não posso negar que a gente não tenha

um lado preconceituoso porque a gente tem, então é o seguinte: a gente é obrigado a aceitar, mas elas lá e a gente aqui. Eu não aceito esse tipo de família, mas eu estou ali para atender todo mundo”.

Esse entrevistado não nos pareceu à vontade ao trazer sua posição de não aceitação a respeito da existência de casais homossexuais, deixando claro que atende essas pessoas porque tem que “atender todo mundo”, apontando para a idéia de que procura, como profissional, não deixar que seus valores, visão de mundo interfira na sua prática profissional.

Contraopondo-se às suas colocações iniciais sobre o que entende por famílias e, ainda, referindo-se às famílias sob seus cuidados, afirma que muitas delas se apresentam desestruturadas e as define como, “quando você vê que falta a presença do pai, falta alguma coisa na casa. Você vê que a família está precisando de algumas coisas”. Nosso entrevistado, por um lado, enaltece a família ao afirmar que ela “é tudo na vida de uma pessoa”, por outro, considera que esta se fragiliza à medida que não conta com a presença da figura do pai como provedor”. Esta fala nos remete a SARTI (1996, p.37-38) que, ao fazer referência a estudos recentes sobre os pobres urbanos afirma, a força simbólica desses padrões ainda hoje reafirmando a autoridade masculina pelo papel central do homem como mediação com o mundo externo, fragiliza socialmente a família onde não há um homem “provedor” de teto, alimento e respeito.

Um outro depoente assim se colocou: “a gente tem o conceito primário de família de que é, a esposa, o esposo e o filho (...) Mas a gente sabe que, dentro do conhecimento geral, podem existir muitos tipos de famílias; a família dos elefantes, dos animais na selva, grupos de animais. E também temos grupo de profissionais ou de convivência. Eu acho que têm famílias de uma classe profissional, junta toda aquela classe que pode ser considerado uma família”.

Seguindo seu raciocínio lembrou-nos do último conceito incorporado sobre ‘família’ (obtido a partir das capacitações), que é o de famílias cadastradas como sendo “o conjunto de pessoas que mora sob o mesmo teto, porque aí, independente de parentesco, forma uma família no nosso conceito (referindo-se ao grupo de agentes de saúde)”. E esclareceu, “no Programa Saúde da Família pode ter parentesco ou não, pode ter relações conjugais ou não”.

Dentre as famílias monoparentais cadastradas, referiu-se a uma chefiada pelo pai e que tem duas filhas menores de idades. A respeito deste caso nosso entrevistado relatou uma situação de violência doméstica sofrida pelas crianças, motivo que o levou a se descompensar emocionalmente. No relato sobre conceito de 'famílias', identificamos que o mesmo demonstra ter uma compreensão ampliada do que seja essa instituição, traduzida na fala referida ao último conceito que incorporou.

Um outro entrevistado referiu-se às famílias sob seus cuidados declarando: "minhas famílias são normais. Só tem um casal de mulheres, mas você olha assim, é normal. Eu não vejo nenhum comportamento anormal delas. Meu contato é só com uma delas, e quando ela precisa de alguma coisa me procura lá no Posto, aí ela tem lá o seu cadastro bonitinho. É uma família que não me dá problema".

Este entrevistado explicitou seu entendimento de 'famílias', baseando-se em uma certa escala de valores, muito presente na sociedade brasileira. A medida que atribui normalidade às famílias que atende, destacou um casal de mulheres lésbicas, mas que também havia uma normalidade, na medida em que refere ao 'comportamento normal' das mesmas, e que não lhe causa problema (referindo-se ao contato).

Outro entrevistado assim definiu: "família para mim é constituída de avó, mãe, pai, tios, filhos. Morou no mesmo local com laços sanguíneos, é família. Sem laços sanguíneos a gente pode até falar que é família, mas, na verdade mesmo, não é. Por exemplo, uma casa que mora várias amigas pode ser considerada família, mas não é. Eu tenho um casal de mulheres, uma delas opta por ser homem e vive com outra mulher, mas ela se passa como se fosse homem. Quando é casal de homens é a mesma coisa, um deles assume o papel de mulher, nesses casos não é família".

Esse agente de saúde, em sua fala, se coloca de forma radicalmente divergente à opinião do que o antecedeu, à medida que só considera 'família', "aquela constituída por pessoas ligadas por laços sanguíneos". Revela, assim, uma concepção reducionista do que venha a ser família no sentido contemporâneo deste conceito.

E, ainda, um outro entrevistado que, sem referir o que entende sobre família, trouxe-nos a realidade das famílias que atende, assim relatando, “tenho famílias constituídas por pessoas viúvas homens e mulheres; têm famílias apenas com a presença da mãe e filhos; nenhuma de pai e filhos. Têm algumas mães solteiras, a maioria é adolescente”. E continuou, “localizei duas famílias que tem homossexuais masculinos. Agora, na minha área, mulher morando com mulher, sinceramente, eu desconheço. Na verdade a maioria das famílias é estável e normal, formada por pai, mãe e filhos”.

Como podemos constatar a partir das falas trazidas por nossos interlocutores, não há entre eles, como era de se esperar, uma uniformidade na compreensão do que seja ‘família’, e, que, enquanto termo, foi referido sempre no singular. Embora a maioria tenha trazido o conceito tradicional de família nuclear como a principal referência, também trouxeram, mesmo que de forma fragmentária, aspectos da diversidade do que seja família na modernidade.

Por outro lado, os relatos permitem revelar que alguns dos nossos entrevistados apresentaram dificuldades em saber lidar com ‘famílias’ (ou, não famílias?) constituídas fora dos padrões tradicionais. Tal postura, alicerçada em valores ainda predominantes na sociedade brasileira – o que pode levar a preconceitos e discriminações no processo de trabalho do agente de saúde – levanta, mais uma vez, os desafios que o processo de capacitação desse profissional envolve.

Pela experiência vivida nos grupos focais, os agentes de saúde participantes puderam indicar, em suas avaliações, que uma estratégia frutífera para a formação continuada dessa categoria profissional seria a da troca de experiências com a re-introdução de novos conceitos que progressivamente poderiam ser incorporados de forma reflexiva. Nesse particular destacam-se temas não somente sobre a concepção de família hoje, mas igualmente sobre a questão da intimidade familiar, dentre outros.

Sobre o que tinham a dizer a respeito do Programa Saúde da Família e do exercício da profissão de agente de saúde, as respostas dadas foram as seguintes:

Um dos agentes de saúde iniciou sua fala pontuando que se trata de um trabalho que não possibilita ascensão profissional, "além de tudo tem a rotina". Com relação ao exercício da profissão, relatou, "no dia a dia o que acontece é assim... , você vai orientar as pessoas, passa uma idéia sobre conquistas, oferece, mas na hora de concretizar o que você falou não tem a oferta. No nosso caso, a equipe está desfalcada de médico e de agente de saúde. Então, a gente faz o seguinte, pede para as pessoas se prevenirem, o que é difícil, pois as pessoas só procuram quando tem uma enfermidade, e aí até a pessoa conseguir uma consulta... (...) Então às vezes me sinto como fazendo propaganda enganosa". Finalizou sua colocação explicitando sua frustração no desenvolvimento de suas atribuições.

Um outro entrevistado assim se referiu: "eu gosto do que faço, mas não me acomodei. Estou estudando e esperando uma oportunidade. Claro que se a gente está estudando é porque quer o melhor, quer ganhar mais, quer ascensão. Mas, tem uma coisa, mesmo que eu mudasse de profissão, eu não iria deixar de ajudar as famílias, eu não ia esquecer delas, mesmo porque estou envolvido com os trabalhos sociais da minha Igreja (é evangélico). Agora são sete anos de trabalho como agente de saúde que também tem frustração, tem vários problemas entre o que prega o Programa e o que acontece no dia a dia. Para mim falta alguma coisa, pra começar há falta de profissionais na equipe, como médico e, às vezes, auxiliar de enfermagem. No caso de encaminhamento para especialidades o problema é ainda mais sério, demora até seis meses numa lista de espera para dermatologista, por exemplo. Então isso me deixa muito desanimado".

Outro agente de saúde que só recentemente vinculou-se ao trabalho assim se colocou: "todo dia é um aprendizado. Todas as coisas novas que aparecem procuro discutir com minha equipe. Vou absorvendo as informações e a cada dia tentando me aperfeiçoar mais. Indagado sobre se surgisse outra oportunidade de trabalho o que faria, assim se expressou: "é lógico não vou dizer que quero ficar nesse trabalho toda a minha vida, se disser isto estarei mentindo. Então se aparecer alguma coisa boa pra mim, que vá fazer com que eu progrida, com certeza eu vou atrás. Agora como nada apareceu, por enquanto, vou fazer cursos, quero me aperfeiçoar mais na área de informática. Estou querendo fazer letras".

Terminou sua colocação, afirmando: "a gente tem que pensar grande, se aparecer uma oportunidade que tenha progressão eu não vou perder mais tempo".

Pois, trabalhar como agente comunitário é uma coisa rotineira, você chega, por exemplo, segunda feira, você já sabe, tem que ir nessa e naquela casa, só isso. E as pessoas pedem consultas, exames. Então geralmente são sempre os mesmos casos.” E continuou, “e para nós o mais burocrático, é você ter que preencher muito papel, fico o maior tempo das visitas preenchendo fichas em vez de conversar”.

Um outro entrevistado, assim se expressou: “este trabalho é bem significativo, só que não é muito reconhecido pelos demais trabalhadores de saúde, a gente é muito cobrado, tem uma série de tarefas e as pessoas pensam que é brincadeira realizar todas as tarefas. É uma coisa que desgasta muito o ser humano porque tem que andar no sol e na chuva. Essa categoria não é reconhecida como deveria, eu acho que eles não sabem ainda a nossa importância. E usam a importância do nosso trabalho para fins de cabo eleitoral, para se promover, pra se candidatar. É uma profissão muito mal tratada pelos colegas do trabalho e isso faz com que a gente mesmo não valorize o nosso trabalho. (...) Há por um lado, uma relação ideal que é colocada no programa e a relação real que tem a ver com esta desvalorização, com a nossa tarefa de facilitar a relação entre a unidade e a comunidade e o limite do nosso trabalho”.

Outro agente de saúde, por sua vez, comentou: “o trabalho é difícil organizar, porque já vem desorganizado lá de cima. Outra coisa, a gente não tem autonomia no trabalho, se queremos fazer um grupo, por exemplo, não dá pra fazer, porque temos que atender as demandas da direção do Posto. Quem trabalha na iniciativa privada nunca é assim, existe um cronograma de atividades e a pessoa segue uma determinada organização, mas no serviço público não se organiza nada. Eu estranho isso até hoje, aliás, todo fim de ano eles pedem uma programação da equipe que eu não sei pra que aquilo, porque não serve pra nada. É só mera burocracia, porque a própria prefeitura atrapalha, a gente nunca sabe se é pra fazer um trabalho de prevenção de dengue, ou, se busca ativa de tuberculoso. Aí fica eu, como agente de saúde dizer que sou organizado”.

Um outro entrevistado assim relatou: “a rotina vai destruindo os sonhos. Agora para não me deixar engolir por essa rotina procuro me manter sonhando, mesmo que para a maioria das pessoas possa parecer ilusão. Mas, é parte também do trabalho de manter o equilíbrio. A tendência é me acomodar nesse serviço,

principalmente porque assumi dívidas. Profissionalmente não me sinto realizado, embora esteja comendo, morando na minha casa, tendo comprado minha casa”.

Outro entrevistado, respondendo sobre o Programa Saúde da Família disse-nos que, “um dos pontos cruciais do PSF é a descontinuidade de suas ações, é a falta de integração entre os diversos órgãos de saúde e entre os diversos níveis de complexidade de atendimento, não há uma harmonia que integre os serviços e as pessoas têm uma certa dificuldade para ter acesso a um atendimento básico; não existem vagas para as pessoas que procuram atendimento médico. (...) Então, essa é minha decepção sendo agente de saúde, por conta da falta de continuidade das ações. Chegaram a colocar nas nossas cabeças que o agente de saúde era a pessoa mais importante do PSF, e eu sempre discordei disso, acho que o agente de saúde é o diferencial do sistema tradicional, o PSF é diferente do atendimento tradicional, mas não que o agente de saúde seja o mais importante. Isso é uma bobagem”.

E ainda sobre o trabalho do agente de saúde, comentou: “ao longo desses anos, o agente de saúde vem perdendo o prestígio que chegou a ter no início do PSF (...) A coordenação vinha com freqüência na unidade, ela própria coordenou a nossa capacitação. Depois que aquela coordenação foi demitida, hoje nem sabemos quem é a nova coordenação, não temos mais contato com ninguém. Antigamente a gente podia reclamar, tinha reunião geral, e o agente de saúde podia se manifestar. Hoje não tem mais, acabou, a gente virou uma peça mecânica, sabe que nem uma engrenagem que você liga de manhã e ela fica rodando o dia inteiro e de tarde você desliga. O trabalho no Programa perdeu aquele entusiasmo inicial”. E continuou sua avaliação, “mas devagar a gente vai perdendo o entusiasmo e o trabalho vai ficando enfadonho, pesado. E você tem vontade de reclamar da equipe, mas a gente acaba ficando em silêncio e ficando naquele serviço burocrático”.

Outro entrevistado, iniciou sua fala assim se colocando: “não me sinto realizado neste serviço, pois na verdade o que eu gosto mesmo é de dirigir, mas como não dei sorte com o serviço de motorista. Então, o que aparecer eu faço. Agora eu não gosto de ficar só num tipo de trabalho, eu não gosto de ficar estacionado naquilo que estou fazendo. Agora não sei se vou me aposentar nesse tipo de trabalho, mas o problema é a minha idade. Mesmo com quase 40 anos de idade e tendo o segundo grau completo, emprego não está fácil. Então o que acontece, se continuar este emprego, eu vou mantendo”.

E continuou: "eu me acomodo a ele porque as vantagens: não pego condução, ganho bem, trabalho na rua de casa e venho almoçar em casa, só gasto sapato e pneu, porque faço as visitas de carro, porque eu não tenho como subir e descer escadas, duas ou três vezes no dia, minhas pernas não agüentam. Tem horas que as pernas cansam (tem varizes e uma das pernas já passou por cirurgia). Então eu não tenho porque achar esse emprego ruim".

Agora, as desvantagens é que tem muita 'encheção de saco', porque depois que inventaram o agente de saúde, a unidade passou a ter um meio de defesa, pois, às vezes, é problema que não é a nosso respeito, a pessoa manda procurar o agente de saúde, apenas para se livrar do usuário. Jogam a peteca pra cima da gente e a gente tem que resolver. No mais, eu não tenho queixa não, eu gosto de ser agente de saúde, não que me satisfaça, mas eu gosto".

Um outro entrevistado começa a sua fala em tom de justificativa ao dizer: "não dá para agradar todo mundo, muitas vezes a gente briga no posto para melhorar o atendimento. Pois, a gente quando é procurado por uma pessoa que a gente cuida, quer solucionar o problema daquela pessoa. Às vezes a gente é chamado até de ansioso demais.

Sobre o trabalho de agente de saúde falou: "hoje eu sou um cuidador, nunca disse um 'não', atendo a qualquer das pessoas que cuido. Quantas vezes a minha campainha toca fora do horário do trabalho, geralmente as pessoas não respeitam os meus fins de semana, a minha privacidade. Mas não destrato ninguém, eu nunca falei 'não'. Como tenho o segundo grau completo, estou fazendo o curso de auxiliar de enfermagem, com os meus próprios custos. Não sei se serei aproveitado em uma nova função. Caso apareça alguma oportunidade vou atrás dela. Eu não tenho mais vinte anos de idade, mas tenho fé em Deus que alguma porta vai se abrir para mim, pois esse tipo de trabalho cansa".

Enfim, um outro entrevistado iniciou sua fala com as seguintes ponderações: "bom, em termos salariais considero que a gente ganhe uma ajuda de custo. Volto a falar que estou neste trabalho por não ter outra opção, simplesmente por causa da minha idade, mas apesar dessa insatisfação procuro fazer meu trabalho direitinho".

Considerando as falas e narrativas trazidas por nossos depoentes, pudemos perceber o quanto há de frustrações, desânimos, cansaço advindo do processo de trabalho. Ao mesmo tempo foi acentuado um certo descrédito no programa, por constatarem ambigüidades entre suas diretrizes e o desenvolvimento das ações cotidianas, que não vêm ao encontro às necessidades da população, que dele necessita. Na maioria das falas identificamos uma reafirmação do fato de estarem neste tipo de trabalho por falta de outras opções, uns apontando os limites da idade; outros pela falta de experiências de trabalho em consonância com as exigências do mercado formal; outro ainda por questão de limitação física.

Além disso, quase todos eles pareceram não estar tão identificados com este tipo de trabalho, apontando como problemas causadores da insatisfação, a burocracia, a rotina do trabalho e o não reconhecimento, por parte da Instituição e da própria equipe, do esforço que fazem para realizar um bom trabalho. E, finalmente, por não ser dada oportunidade de ascensão profissional aos que investiram em cursos como, auxiliar e técnico de enfermagem.

Situados que estão, esses homens na classe popular, o valor moral atribuído ao trabalho e ao papel de provedor (SARTI, 1997), são questões que se apresentam como fundamentais em suas vidas. É possível que o fato de estarem inseridos em um trabalho que não lhes propicia salário adequado para manutenção de suas famílias e nem a possibilidade de ascensão profissional explique, em parte, as frustrações, os desânimos e o cansaço por eles expressados.

O conteúdo das falas permite também considerar que, possivelmente, estes profissionais devam estar enfrentando um certo estresse no seu trabalho cotidiano, por estarem permanentemente expostos à avaliação dos seus "assistidos", tendo em vista morarem na área de abrangência das unidades de saúde onde trabalham e exercerem um trabalho que parece se apresentar sem fronteiras entre o público e o privado, além de se submeterem a "críticas" e "cobranças" diárias advindas de suas equipes de trabalho, uma vez que fazem parte da base da pirâmide que representa a hierarquia profissional. Assim, na condição de homens, revelaram-se insatisfeitos, por estarem submetidos, acima de tudo, a exercerem um tipo de trabalho que não lhes oferece possibilidades de ascenderem social e profissionalmente.

Buscamos identificar a partir da percepção de nossos interlocutores, se ocorreram **mudanças em suas vidas após terem se tornado agente de saúde**. As respostas assim se processaram:

Um dos entrevistados iniciou sua fala relatando que foi no decorrer de sua vida profissional que adquiriu 'responsabilidade' e que, a partir daí, teve condições de adquirir suas "próprias coisas" (referindo-se a conquistas materiais). Informou que já se sentia um pouco responsável pela sua vida por "saber administrar o dinheiro quando fazia alguns 'bicos'". E que, como agente de saúde, depois que fez um curso técnico na área da saúde, foi ampliando um pouco mais o número de pessoas conhecidas dizendo também, "e assim, aprendi a ver a situação das pessoas". Então a minha maior mudança foi o fato de saber olhar; de cuidar das pessoas.

Continuou relatando, "eu sempre morei no bairro, mas nunca tive contato com as pessoas, assim, na condição de profissional. Eu conhecia as pessoas, mas não sabia sobre sua saúde, não sabia de suas aflições, daqueles sentimentos que elas tinham e que precisavam conversar e desabafar. Eu não tinha esse tato de ouvir. Como agente de saúde aprendi a ouvir as pessoas, aprendi que a doença não é doença e cura, não é só física, tem a mental e a espiritual. E isso eu só aprendi depois que me tornei agente de saúde".

Nosso entrevistado, reconhecendo que ocorreram mudanças em sua vida, focalizou o fato no processo da aprendizagem e da experiência adquirida, tanto na ocasião em que fez o curso e trabalhou como técnico, como na própria atuação como agente de saúde. Tudo indica que, ao inserir-se em profissão próprias do campo da saúde, tenha o conduziu ao contato com o público, possivelmente, levando-o a 'olhar vendo', e a 'escutar ouvindo', conforme suas colocações. Nesse sentido, podemos considerar que o processo do trabalho por ele desenvolvido foi o fator preponderante de suas mudanças.

Um outro entrevistado explicou: "a mudança que percebi é que adquiri muitas experiências no trabalho da comunidade, em saber o que as famílias precisam. Muitas das vezes trabalhar famílias não só é passar no médico, muitas das vezes é o diálogo com as famílias. É você ouvir também os problemas e ajudar. Referindo-se à sua pessoa, no contexto familiar, falou: "passei até a saber lutar com a minha família, antes eu pensava de uma maneira e depois que comecei a

trabalhar como agente de saúde eu comecei a agir de outra forma, por exemplo, em orientar mais minha esposa que ela tinha que fazer o *'papanicolaú'*, que ela tinha que passar no médico, as crianças tinham que estar com a vacina em dia e eu mesmo precisava cuidar de mim. Antes eu dizia assim, eu não preciso passar no médico, eu não estou doente, mas aí comecei a dizer, a gente tem primeiro que cuidar da gente para poder cuidar dos outros. Eu comecei a me prevenir”.

Em relação às mudanças ocorridas no seio da família nos informou: “antes eu achava assim, eu como homem, quem tem que fazer as coisas dentro de casa era ela (referindo-se a esposa) e eu só fazia trabalhar e trazer as coisas pra dentro de casa, e depois o que eu tinha que fazer era jogar bola e sair para conversar com meus amigos, então ela quem tinha que fazer os serviços da casa. Hoje eu não penso mais assim, aprendi que eu tinha que ajudar a ela, fazer as coisas como, lavar pratos, arrumar, e varrer a casa. E ainda, lavo roupas se precisar, ajudo ela a fazer a faxina da casa nos sábados, os meninos também ajudam. Essa foi a grande mudança depois que me tornei agente de saúde. Hoje também aprendi a cozinhar, faço um almoço, faço uma janta, faço café. Eu não me sinto diminuído fazendo esse tipo de trabalho, ao contrário eu passo essa experiência quando faço visitas às famílias e, também, às pessoas da Igreja.”

Outro depoente assim se colocou: “para mim, nesses dois meses (tempo em que se encontra trabalhando como agente de saúde) nossa!... mudou muita coisa, principalmente dentro de mim, não que não me importasse muito com os problemas das pessoas, mas para esse tipo de trabalho que a gente desenvolve como agente de saúde eu acho que torna você uma pessoa melhor. Para mim é assim, porque você acaba se envolvendo com os problemas das pessoas, você se torna mais humano”.

Ao referir-se ao seu contexto familiar assim se colocou, “até hoje eu sou muito preocupado com a minha família. A minha mãe quando ela está tossindo eu já falo pra ela, vamos ao médico amanhã; com minhas irmãs, a mesma coisa, sempre fui assim. (...) Acho que fiquei mais cuidadoso com a família, a gente está aprendendo muita coisa, e vai passando para elas se conscientizarem de tudo”. Afirmou ao final de sua narração que sua saúde é ótima e, que, portanto, não tem com que se preocupar.

Ao indagamos a um dos entrevistados se depois que tornou-nos agente de saúde percebeu alguma mudança em sua vida. Respondeu: "sim, comecei a ver a vida de forma diferente; aprendi a respeitar mais o próximo. Acho isso muito gratificante".

A um dos entrevistados não foi indagado sobre mudanças ocorridas em sua vida depois que se tornou agente de saúde. Entretanto, a esse respeito, sua esposa (que é também agente de saúde), em outra ocasião quando foi entrevistada, informou-nos que não houve mudanças, pois ele já realizava trabalhos com a comunidade. Tendo em vista ambos trabalharem na mesma função indagamos como era que conciliavam o trabalho e os afazeres domésticos sobre o que respondeu, "não temos tido problemas, saímos juntos para o trabalho. Meu filho mais velho para a escola e o neném para a creche. Os afazeres domésticos, geralmente são feitos por mim; nos sábados lavo, passo e limpo a casa. Ele ajuda tomando conta do neném, já é uma ajuda, né. Também quando está faltando alguma coisa em casa, ele sai para providenciar".

Um outro depoente assim se expressou: "olha vou dizer uma coisa, não só depois que me tornei agente de saúde, mas esta experiência da casa (financiou uma casa junto com outra colega agente de saúde), me abriu bastante os olhos para algumas coisas. Agora no trabalho de agente de saúde... quando comecei a trabalhar, passei a gostar do lugar aonde morava, passei a ter interesse no lugar que morava. É como se eu estivesse conhecendo naquele momento, descobrindo meu bairro, passei a me relacionar com as pessoas. Fiquei conhecido na rua".

Outro entrevistado ao ser indagado se percebeu alguma mudança em sua vida depois que se tornou agente de saúde, respondeu positivamente alegando, "estou mais caseiro. Estou mais presente na minha casa. Às vezes até ajudo fazendo alguma comida, as pessoas (referindo aos familiares) gostaram e ficaram pedindo para repetir. Tenho dividido as tarefas em casa com minha mulher. Tenho conversado mais com minha mulher".

Enquanto mudanças percebidas na vida de um outro agente de saúde foram colocadas por sua esposa (Aparecida, nome fictício) que assim se referiu: "a mudança é que ele trabalha nos arredores da nossa casa, então, qualquer necessidade ele está por perto. Isso é muito bom pra gente". Comunicou-nos também que divide os afazeres domésticos com ele, particularmente, na limpeza da

casa, isto porque as filhas trabalham fora. Contou-nos que nos sábados "ele pega o balde e lhe pergunta, por onde começo?" Aparecida fez questão de ressaltar que o trabalho de agente de saúde desenvolvido por seu esposo, "não está a altura do dele, pelo que ele já estudou na vida; pelo seu conhecimento". (...) Mas eu acho que cada pessoa na vida tem uma missão a cumprir, acho que Deus dá uma missão para cada um de nós realizar aqui na terra. Então ele está ajudando as pessoas...".

Um outro entrevistado assim se colocou: "percebo diferença em mim sim, porque anteriormente eu passava mais tempo fora de casa, o trabalho não era nas proximidades da minha casa, era distante. Atualmente eu trabalho próximo, posso estar mais em casa. Eu trabalho na rua da minha casa. Na verdade comecei a conviver com doenças, e, lidar com doenças é muito difícil e, comecei a ver, que há muitos tipos de doenças e muitos sofrimentos (nesse momento chorou). Percebi que o ser humano não é nada, não adianta a gente achar que é melhor do que alguém, porque não é. Porque na hora da doença somos todos iguais, vamos parar no mesmo lugar. Comecei a ver a vida de uma maneira diferente".

Por outro lado, sua esposa (Vera, nome fictício) ao ser indagada sobre esta questão, colocou: "ele mudou muito; mudou mais o comportamento dele, não é que era assim... bravo. Depois que ele se tornou agente de saúde ele melhorou cem por cento para a família. Ele não era de conversar com as filhas, ainda mais que a gente tem uma filha com problema mental. Ele não aceitava muito. Depois que se tornou agente de saúde e começou a participar de reuniões de saúde mental, aí nossa!... Aí é que ele mudou mais e mais mesmo. Antes era só eu como mãe que saía com ela, agora ele não, não procurava sair, não procurava entender o problema dela, depois que se tornou agente de saúde mudou mesmo. Hoje ele chega em casa falando, explicando o problema dela, coisa que era difícil ele fazer (...) Até na nossa vida de marido e mulher mudou tudo. A gente conversa mais, ele conversa muito comigo. Eu mesmo falo pra ele, depois que você começou a trabalhar como agente de saúde, estou vivendo a "lua de mel". Eu acho que mexeu com o lado do sentimento que ele não deixava aparecer".

Pudemos perceber no conjunto das falas dos nossos entrevistados que houve mudanças significativas em suas vidas, particularmente, no espaço doméstico, onde alguns dos casados passaram a dividir com suas esposas as responsabilidades dos afazeres domésticos. Um dos casados, que não mencionou

quaisquer mudanças depois que se tornou agente de saúde, mantém uma relação conjugal nos moldes tradicionais, ou seja, com explícita divisão sexual do trabalho doméstico. Questão esta trazida por sua esposa ao informar, "ele ajuda tomando conta do neném, já é uma ajuda, né. Também quando está faltando alguma coisa em casa, ele sai para providenciar".

De maneira geral também percebemos que esses homens, à medida que foram tomando conhecimento dos problemas das famílias sob seus cuidados e testemunhando os sofrimentos vividos por estas famílias, parece que se tornaram mais "abertos" e "sensíveis" às necessidades das pessoas que atendem. Referiram ter desenvolvido sua escuta; seu olhar e o "cuidado" junto às pessoas que necessitam. Por outro lado, a maioria revelou-nos que os conhecimentos adquiridos nas capacitações passaram a ser, também, incorporado no cuidado de suas próprias famílias.

Foi quase unanimidade, entre os casados, a referência feita à vantagem de estar trabalhando nas proximidades de suas casas, falas corroboradas pelas três esposas entrevistadas. Ao mesmo tempo, houve entre os agentes de saúde também queixas por trabalharem no próprio bairro onde residem, alguns deles trabalhando na mesma rua de suas moradias, o que faz com que eles se sintam invadidos na sua privacidade, além de se sentirem vigiados pela comunidade

Vale ressaltar que os homens solteiros, além de estarem contemplados nas colocações acima, trouxeram outros elementos de mudanças mais focados nas conquistas materiais, tais como, condição de adquirir "suas coisas"; aquisição da casa própria; aprender administrar melhor seu dinheiro; ter adquirido responsabilidade, dentre outras.

Procuramos saber **quais eram seus sonhos**, alguns deles responderam nos seguintes termos:

"Meu sonho é continuar trabalhando na área da saúde mesmo, e gostaria de estudar para ser professor de educação física. Mas assim, eu já acho que tem muita dificuldade em ser professor no nosso país, está meio complicada a profissão de professor. Então vou pensar melhor, talvez eu faça jornalismo, por enquanto eu não sei em que área, talvez para a área do esporte ou então de documentário".

“Meu projeto de vida é trabalhar na missão; ser missionário da minha Igreja. É trabalhar para a Igreja, para resgatar pessoas que estão lá fora, assim a gente resgata essas almas e pra isso a gente trabalha as famílias. A Igreja hoje ensina como trabalhar as famílias, ela não é só mais um ponto de oração”.

“Meu sonho é o que já estou fazendo, do segundo para o terceiro ano de trabalho como agente de saúde já me formei como auxiliar e técnico de enfermagem. Não estou conseguindo estudar agora porque estou investindo em outra coisa na minha vida pessoal. Tenho interesse de progredir nesta área, mesmo sabendo que ser agente de saúde não tem progressão...”.

“Este atual trabalho para mim significa uma ponte para alçar outros vôos, pois vou botar meu bloco na rua. O bloco da poesia e da música, esse é o meu objetivo, pois se for ver bem a fundo, pensando de uma maneira bem radical, praticamente a única coisa que sei fazer nessa vida, é fazer poesias. E o que me deixa feliz é fazendo poesia. (...) Se eu pudesse moraria no meio do mato, mexendo com a internet, somente de vez em quando vindo à cidade porque é preciso, né”.

Um dos depoentes, referindo-se à sua condição de trabalho como agente de saúde, referiu, “gosto mesmo é de organizar, de controlar. Meu sonho, adquirindo essa experiência, é fazer um curso de técnico de informática, porque apesar de gostar de realizar esse tipo de trabalho junto às pessoas, gosto muito de números”.

Como podemos constatar, apenas cinco dos nossos entrevistados expressaram seus sonhos, como era de se esperar, de forma variada. O fato dos outros não trazerem esta questão, é provável que esteja relacionado com os próprios limites que a realidade se lhes impõe. Mesmo os que trouxeram seus sonhos, parece estarem atrelados à necessidade de buscarem melhorias de vida, seja entrando em uma universidade, seja se promovendo como auxiliar e/ou técnico de enfermagem, seja freqüentando cursos em outras áreas, do tipo, informática.

No nosso entendimento, só um destacou-se como o único que relacionou a sua felicidade ao fato de fazer poesia e ‘letras’ de música. Ele amplia, dá asas a sua imaginação, dizendo de algo que está no campo da sua utopia ao afirmar: “se eu pudesse, moraria no meio do mato, mexendo com a internet, somente de vez em quando vindo à cidade porque é preciso”. Não é de estranhar, portanto, que no

início da sua fala tenha pontuado que, “este atual trabalho para mim significa uma ponte para alçar outros vôos, pois vou botar meu bloco na rua”.

E, também, nos interessamos em saber **quais eram os divertimentos dos nossos entrevistados**, só alguns nos informaram, a saber:

“É freqüentar barzinho, namorar, danceteria, cinema e jogo, como diversão (futebol de salão), depois tomar uma cervejinha mais tarde”. A respeito do passatempo utilizado no jogo de futebol de salão nosso entrevistado assim comentou, “o que eu não consegui foi ser profissional de futebol de salão, mas continuei jogando como divertimento. Já não gosto de jogar o futebol de campo”. Nessa fala, observamos o quanto esse entrevistado consegue diversificar as opções de lazer e divertimento, dando a entender que concilia, satisfatoriamente, as responsabilidades com o trabalho e sua vida social.

“Eu gosto mesmo é de passear, inclusive a gente da Igreja tem um passeio marcado. A gente vai passear no parque ecológico do Tietê, vão várias famílias da nossa comunidade, a gente já alugou um ônibus. Eu, minha esposa e meus filhos vamos passar o dia inteiro lá com as outras crianças. Assim, eu gosto muito de passear. Mas para cinema, barzinho, noitada, esses lugares, eu não freqüento. E quando falo passeio é só com a família”. Fala de quem, parece muito satisfeito em dedicar a vida à família, às atividades da igreja e, evidentemente, ao trabalho.

“É participar de churrasco junto com a família de minha mulher, aqui mesmo no nosso bairro”. Esse agente de saúde, fora do espaço da entrevista e em tom de brincadeira, confidenciou-nos que mesmo que quisesse sair com os amigos e ter um outro tipo de divertimento, no caso jogar uma “peladinha”, sua esposa não permitiria. Mesmo assim, comentou que estava feliz com a vida de casado (menos de dois anos).

“Gosto de música, vou pro lugares para ouvir música. Gosto também de freqüentar os barzinhos e tomar minha cervejinha. Nunca fumei, nunca me viciiei em nada. Eu não danço, mas gosto de chacoalhar o esqueleto, gosto de equilibrar o trabalho com o lazer, pois tudo na vida precisa de equilíbrio, apesar de ter cinco dias para o trabalho e só dois para o divertimento”.

Um outro entrevistado respondeu: “é o futebol, gosto de assistir um joguinho, aqui mesmo no bairro estou sempre indo assistir o jogo. Já joguei muito,

mas por conta de uma queda tive complicações no joelho e aí não consigo mais jogar, então me resta assistir”.

Revelando a mesma preferência, um outro entrevistado, de forma entusiasta, respondeu: “gosto de assistir futebol e administrar um grupo de homens (entre 18 e 45 anos de idade) que formou um time de futebol. Tem até uniforme e um professor de educação física”. No desdobramento da fala desse agente de saúde, procuramos saber se ele aproveitava esse tipo de contato com homens de sua comunidade para também realizar alguma atividade de saúde com fins educativo, ao que respondeu negativamente, alegando que não havia pensado sobre isto, mas que agora iria pensar sobre essa possibilidade.

“Quando dá, gosto de assistir *show* de música caipira e sertaneja, são as minhas raízes”. Fala de quem parece ter orgulho de suas origens.

“Eu tomo minha cervejinha por aqui mesmo. Eu adoro jogar bilhar, se pudesse jogava o dia inteiro. O engraçado é quando casei eu era caseiro não gostava de sair e minha mulher vivia me falando pra eu sair, arranjar amigos, ela dizia, precisa se distrair. Aí um mercadinho aqui perto abriu uma mesinha de bilhar, aí eu disse, pronto, eu já tenho para onde ir, hoje ela reclama. Hoje ela quer que eu fique mais em casa, mas eu me viciiei no bilhar, tem vez que vou durante a semana, no fim do expediente e nos sábados. Hoje estou evitando um pouco porque gasto minhas economias, bilhar é pago. Esse é o meu divertimento. Eu falo pra ela, eu nunca chego bêbado em casa, nunca chego te batendo, te agredindo.”

Na seqüência da entrevista procuramos saber qual era o divertimento do casal, ao que respondeu: “é cinema; quando eu não posso ir ela vai com a irmã (minha cunhada), mas ela gosta mais de ir comigo. Hoje a gente não vai mais para o baile por causa da nossa filha (a que adotaram). Antes quando não era cinema era baile, a gente chegava em casa quatro ou cinco horas da manhã, e não era problema, agora não dá mais”. Nesse aspecto, esse entrevistado expressa os limites em sua vida com a chegada da filha, não em tom de reclamação, mas de quem ‘preencheu’ a vida de sentido, o que parece já se traduzir por si só em um tipo de divertimento.

E, finalmente, um outro entrevistado que, já de início da sua entrevista identificou-se como uma pessoa que não bebe e que, raramente, toma uma cerveja

(em festinhas de aniversários), utiliza-se das horas vagas, particularmente nos finais de semana, para negociar nas feiras de "rolo".

De modo geral os relatos sobre os divertimentos estão de acordo com os 'gostos' marcadamente masculinos, sobressaindo o futebol entre as preferências. Destacamos a fala trazida por um deles que por ter se revelado tão arraigado ao papel de provedor, mesmo porque sua mulher não tem condições de sair para trabalhar (uma das filhas é, mentalmente dependente), ocupa seu tempo "vago" negociando nas feiras de "rolo". Entretanto, é possível que esse espaço, reconhecidamente, masculino seja também o *locus* de seu divertimento e, que, portanto, de sociabilidade.

Procuramos, finalmente, saber **se gostariam de emitir alguma mensagem para seus colegas de profissão**, só alguns se colocaram, a saber:

"Os homens... que eles acreditem no que estão fazendo, porque vocês podem mudar vidas de muitas pessoas. Esse poder nós temos, de fornecer uma orientação bem feita, buscar outras realizações e procurar se informar mais. Adquirir conhecimentos e traçar outros objetivos, porque ser agente de saúde não é bom negócio não. Se vocês ficarem paradinhos aí não vão progredir em nada, vão cair numa rotina e vocês não vão ter condições de obter mais nada. Vejam esse trabalho de agente de saúde como um estágio nas suas vidas".

"O recado que passo para eles (os homens) é trabalhar com dignidade, ser sincero e honesto naquilo que está fazendo, e também assim, tentando crescer né. Se eles puderem, devem estar sempre fazendo cursos de auxiliar e técnico de enfermagem. Assim, não parar, não se acomodar. Ele pode ser um presidente de associação. Eles podem trabalhar na Igreja deles e continuar ajudando sua comunidade".

"Para eles trabalharem direitinho, e cuidarem da saúde nas comunidades em que eles estão inseridos".

"Para eles continuarem fazendo o trabalho deles, se aprofundar mais porque hoje em dia tem muitas coisas que a gente ainda não conhece e muita coisa a gente aprende com a própria população".

A respeito desta questão entre os que se pronunciaram, todos enfatizaram, por um lado, os valores morais que conferem dignidade ao trabalho dos agentes de

saúde. Por outro lado, explicitaram recomendação para que não ficassem estagnados no que estavam fazendo, buscassem aprimoramento e outros cursos. Para, assim, tornarem-se mais aptos a galgarem outros postos e ascenderem profissionalmente. Fato que nos remete mais uma vez a SARTI (1996 p.85) que assim afirmou: "a ascensão através do trabalho tem sentido moral quando o indivíduo merece, pelo seu esforço, portanto, como recompensa".

Para nós, essas 'recomendações' se apresentaram coerentes com as falas e narrativas anteriores em que nossos entrevistados evidenciaram os limites que esse tipo de trabalho traz às suas vidas, seja por conta da idade de alguns deles (considerada avançada para as exigências do mercado formal no mundo do trabalho), seja devido à precariedade de oferta de vagas no setor da saúde, ainda, preferencialmente, ofertado às mulheres.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho possibilitou-nos, antes de tudo, rever nosso olhar de feminista “desconfiada” diante desses ‘homens cuidadores’, na medida em que, o processo de realização do levantamento dos dados empíricos permitiu a desconstrução desse olhar estereotipado, dando lugar a um ‘olhar compreensivo’ às questões dos homens trabalhando no cuidado à saúde, particularmente, junto às mulheres.

Remetendo-nos aos objetivos delineados na presente investigação, constatamos que os sujeitos participantes da pesquisa, agentes de saúde homens, revelaram percepções de questões de gênero focadas na condição de “cuidadores” de famílias, por estarem desenvolvendo atividades, historicamente, exercidas por mulheres e, socialmente a elas atribuídas.

Os sujeitos da pesquisa, descreveram as relações de gênero em várias dimensões como, em relação à “subalternidade” vivenciada na instituição, parecendo-nos submeter-se a essa condição, para se manter no trabalho. A questão da ‘subalternidade’, talvez, relacione-se com o fato de estarem situados na base da pirâmide institucional e, por se encaixarem em relações de trabalho em que os postos de comando, via de regra, serem exercidos por mulheres. Nesse sentido, ao apresentarem-se deslocados do ‘modelo de masculinidade’ que, segundo ALMEIDA (1995), é competitivo e hierarquizante, revelaram, em certa medida, descontentamentos e frustrações na condição de “cuidadores” de famílias.

Soma-se a isto, o enfrentamento da rotina do trabalho, a burocracia que se instalou e a impossibilidade de ascender profissionalmente. A esse respeito, destacamos a fala de um dos sujeitos da pesquisa que retrata essa realidade: “eu gosto do que faço, mas não me acomodei. Estou estudando e esperando uma oportunidade. Claro que se a gente está estudando é porque quer o melhor, quer ganhar mais, quer ascensão”. Questões que se apresentam, de modo geral, importantes para os homens, mas que não são de sua exclusividade, embora através de suas falas e narrativas tenham ganhado significados especiais. Chamou nossa atenção os relatos de cansaço, de desânimo em tom desesperança de quem deixou de acreditar na possibilidade de mudanças do *status quo* da dinâmica em que o Programa Saúde da Família, segundo suas falas, transformou-se, uma

referência à falta de respostas às demandas das famílias. Nesse sentido, observamos que esse quadro de desgaste emocional pode estar contribuindo em processo de adoecimento silencioso. A propósito, tivemos o caso de um dos participantes da pesquisa que, alguns meses depois de sua participação no nosso estudo, sofreu um colapso nervoso, chegando a tentar suicídio. Após o internamento em hospital psiquiátrico, no retorno ao trabalho, demitiu-se do trabalho.

O trabalho dos agentes de saúde também traz um signo de distinção, eleva-os a um lugar de destaque na sua comunidade, advindo dos conhecimentos adquiridos, através das capacitações e dos treinamentos, e da relação que se estabelece com os moradores atravessados pelo exercício de "poder". Nestes termos, houve, por parte de alguns dos entrevistados, manifestações de "orgulho" por terem conquistado a confiança, no caso particular, das mulheres por eles assistidas que passaram a lhes compartilhar suas "intimidades". O que nos leva a ponderar que o fato de terem conquistado esse lugar, sendo homens, pode estar servindo de compensação às vicissitudes causadas pelo exercício cotidiano dessa profissão. Outros, porém, reconhecendo a existência de um certo poder, dado o lugar do agente de saúde, não encontrava nele, motivo de contentamento, por conta do trabalho não ser devidamente reconhecido na instituição, expressado na fala de um deles, "esse poder, para quê"?

Constatamos a partir das falas trazidas pelos sujeitos da pesquisa que, o fato de estarem exercendo atividades como "cuidadores" de famílias e vivenciando relações profissionais junto a um grupo majoritariamente feminino, tem possibilitado confrontar valores "machistas" internalizados no processo de suas vidas.

Pelo que pudemos observar, o exercício da profissão vem, paradoxalmente, contribuindo de forma decisiva no processo de mudanças nas vidas desses homens, conforme apontam seus relatos. Daí considerar que uma das possibilidades para uma abertura, no sentido de ruptura nas relações assimétricas entre gêneros seja, talvez, valorizar esse tipo de inserção em um campo de trabalho, historicamente, feminino.

As falas e narrativas que focaram o que é ser homem, trouxeram elementos que nos pareceram indicar condições e contradições que os participantes da nossa pesquisa passaram a experimentar no exercício da nova profissão de

agentes de saúde. As mudanças daí advindas vêm se manifestando nas distintas formas de se afirmarem e se reafirmarem homens que, às vezes, parecem romper com aspectos do modelo tradicional 'hegemônico', mantido orgulhosamente por outros homens. A prática profissional, portanto, vem influenciando de forma bastante significativa em suas vidas privadas.

Cada um dos quais, a seu modo, revelou-se e, em certo sentido, foi permitindo-se revelar à medida que as discussões temáticas introduzidas nos grupos focais foram se desenvolvendo e, também, à medida das indagações a eles dirigidas na ocasião das entrevistas. Alguns recuando no processo, outros indo em frente, como quem quisesse compreender o que se passava consigo, atravessados que são pelas convenções de gênero.

Outro índice dessas mudanças pode ser observado nas práticas cotidianas e na divisão de atribuições familiares, realizando no terreno do privado algumas tarefas, como trocar fraldas e dar banho em crianças, lavar, cozinhar, passar roupas. Tarefas que se vistas como exclusivas das mulheres, feitas no âmbito da casa também não os expunham diretamente ao olhar de outros homens. Entretanto chegaram a expressar falas como a de "não se sentir diminuído", "não se sentir com vergonha" em realizar essas atividades. Talvez o jogo entre a valorização do cuidar como trabalho feito publicamente como agente de saúde – papel feminino – também tenha tido um peso na valorização do cuidar doméstico.

Constatamos também mudanças na esfera da discussão das questões reprodutivas e até certo ponto na consideração da sexualidade como um tema de discussão, o que leva necessariamente a relativizar também o reprodutivo como concernente às mulheres e o exercício sexual como inerente ao homem. Nessa direção, também determinados estereótipos de gênero, por força da discussão e dos treinamentos recebidos foram flexibilizados.

Temos a considerar que os treinamentos subvertem uma questão estratégica da construção tradicional do masculino, a interdição à exposição pública das questões da sexualidade e do corpo, e as perspectivas dos fracassos e fragilidades. Quando um deles narra a sua infertilidade, quando outro fala na dificuldade em fazer sexo, as falhas, etc. esses fatos narrados expõem as fissuras do próprio comportamento e se contrapõe a idéia de que o homem foi forjado para não fracassar nem se expor.

Através das falas e das expressões manifestadas no grupo, pudemos verificar que, se por um lado encontramos de maneira bastante nítida aspectos que reproduzem a construção tradicional do masculino entre esses homens das camadas populares, encontramos também idéias que remetem à mudança e à diversidade, melhor dizendo, situações que se articulam a diferentes contextos, em que pese o fato da idade, da presença e participação em instituições diversas e movimentos sociais. A presença da fala religiosa – evangélica – apareceu como uma das referências conservadoras e radicais, até porque, antes de se manifestar em relação aos temas discutidos, se expressou aqui fechada à discussão. Deve-se relativizar o fato de ser expressa também por jovem (SANTOS et al, 2005 p.293).

Com base em nossa investigação, concluímos que a inserção dos homens, e em especial na condição das classes populares, na condição de cuidadores de famílias é um fato que contribui para, enquanto processo, e dentro de uma política deliberada que coteje a discussão da reprodução, da sexualidade, das questões das dinâmicas familiares, pode democratizar as relações entre homens e mulheres e contribuir para a equidade das relações de gênero, considerando que a incorporação, ela mesma, já subverte a idéia da exclusividade do cuidado como inerente ao gênero feminino.

Pois, “se a questão de gênero é complexa para homens, o é também para as mulheres, pois afirma não só uma divisão de poder nas relações profissionais, como também uma resistência em romper com paradigmas que são mantidos e recriados na prática de um serviço. A quantidade de homens nas equipes de saúde revela a continuidade de uma valorização do cuidado feminino como poder” (SANTOS et al, 2005 p.293).

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adorno, R. de CF e Castro, ALO exercício da sensibilidade: pesquisa qualitativa e a saúde como qualidade. In: **Rev Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da USP/Associação Paulista de Saúde Pública. São Paulo: vol 3 – nº 2, 1994; p. 172-185

Arilha, M; Ridenti, SGU e Medrado, B **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed.34, 1998

Arilha, M **Masculinidades e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução** São Paulo, 1999 [Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica – PUC]

Almeida, MV de **Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade**, Lisboa – Portugal, Editora: Fim de Século Edições, LDA, 1995

Alves Sobrinho, EJM Saúde em São Paulo: dificuldades e esperança. In: **Revista USP** - Coordenadoria de Comunicação Social, Universidade de São Paulo: nº 1 (mar./maio, 1989), São Paulo, USP, 1989

Badinter, E **XY sobre a identidade masculina**. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993

Barasch, M Sexo e afeto no cotidiano do homem. In: **Homens**. Dario Caldas (org.). São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 1997

Barbosa, RM Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: Regina Maria Barbosa e Richard Parker (organizadores) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro/São Paulo: UERJ-Editora 34, 1999

Bardin, L **Análise de Conteúdo**, São Paulo. Edições 70 – Persona, 1977

Becker, H **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. Tradução de M. Estevão e R. Aguiar, São Paulo: Hucitec, 1997

Boris, GDJB **Falas de homens: a construção da subjetividade masculina**, São Paulo, Editora Annablume, 2002

Botton, A. de **Desejos de status**. Tradução de Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Rocco, 2005

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Programa de Agentes comunitários de Saúde**, Brasília, 1993

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Promoção da Saúde**. Brasília, 2001

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**, Brasília-DF, 2004

Butler, J **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar – Rio de Janeiro, civilização Brasileira, 2003

Caleman G, Moreira, ML e Sanchez, MC **Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde**, vol. 5 – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania)

Cardoso, RCL Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: Ruth Cardoso (organizadora) **A aventura antropológica: teoria e pesquisa**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986

Carvalho, MdoCB de Famílias e Políticas Públicas. In: Ana Rojas Acosta e Maria Amalia Faller Vitale (organizadoras) **Família: redes, laços e políticas públicas**, São Paulo: IEE/PUC-SP; CEPAM; Fundação Konrad Adenauer; CENPEC e UNICSUL, 2003

Carvalho, VLM de **A prática do agente comunitário de saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no Município de Itapeverica da Serra**. São Paulo, 2002 [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública/USP]

Castoriadis, C Para si e subjetividade. Tradução de Paulina Wacht e Ari Roitman. In: Alfredo Pena-Veja e Elimar Pinheiro do Nascimento (orgs.) **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999

Cecchetto, FR **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004

Chodorow, N **Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos Ltda., 1978

Connell, RW **Masculinities**. Berkeley: University of California Press, 1995

Constituição – República Federativa do Brasil, Brasília. Senado Federal, 1988; Seção II da Saúde

Cruz, EF Quem leva o nenê e a bolsa?: o masculino na creche. In: Margareth Arilha, Sandra G. Unbehaum Ridenti e Benedito Medrado (organizadores) **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: ECOS/Ed.34, 1998

Cuschnir, L **Homens sem máscaras: paixões e segredos dos homens**, Rio de Janeiro, Editora Campus, 2002

DaMatta, R Tem pente aí? Reflexões sobre a identidade masculina. In: **Homens**. Dario Caldas (org.). São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 1997

Duque-Arazola, LSD O cotidiano sexuado de meninos e meninas em situação de pobreza. In: **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e Adolescentes**, Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997

Eluf, LN + 3 questões sobre feminismo. In: **Folha de São Paulo**. São Paulo: Caderno MAIS, 15 out.2000

Fonseca, C. **Caminhos da adoção**, São Paulo: Cortez, 1995

Fonseca, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**, Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2000

Foucault, M **Microfísica do poder**. Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

Gadotti, M **Dialética do amor paterno: do amor pelos meus filhos ao amor por todas as crianças**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1989 (Coleção polêmicas do nosso tempo nº 15)

Giddens, A **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Tradução de Magda Lopes – São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993

Giffin, K A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva** – ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, volume 10 nº 1, janeiro/março, 2005

Goldman, M **Alguma antropologia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo da Antropologia da Política, 1999

Gouveia, R **Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde**, São Paulo: Mandacaru, 2000

Gouveia, R e Palma, JLL da O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. In: Roberto Gouveia **Saúde Pública, Suprema Lei: a nova legislação para a conquista da saúde**, São Paulo: Mandacaru, 2000

Gouveia T e Camurça S **O que é gênero**. Caderno SOS Corpo, Gênero e Cidadania, vol. 1, Recife: maio de 1999

Heilborn, MLO Gênero, Sexualidade e Saúde. In: **Saúde, sexualidade e reprodução: compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1997

Heimann, LS; Cortizo, CT; Castro, IEN et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2000

Isquierdo, MJ Uso y abuso del concepto de género. In: Mercedes Vilanova (comp) **Pensar las diferencias**, Universitat de Barcelona. Institut Catalá de la Dona, Barcelona, 1994

Junqueira, V **Construção de parâmetros alternativos para avaliação da gestão local de saúde**. São Paulo, 2004 [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]

Kaufman, M Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. In: Arango, LG; León Magdalena e Viveros, Mara (compiladores). **Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino**. Bogotá: T. M./Uniandes/UN., 1995

Keijzer, B de Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: C. Cáceres, M. Cueto, M. Ramose S. Vallens (coordenadores) **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuesta desde America Latina**. Faculdade de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida: Lima, 2003

Kimmell, M **La producción teórica sobre la masculinid: nuevos aportes**. Isis Internacional – Ediciones de las mujeres, 1992

Kosminsky, E. Pesquisas qualitativas: a utilização da técnica de história de vida e de depoimentos pessoais em sociologia. In: **Ciência e cultura** 38 (1), Rio de Janeiro, 1986

Lasch, C **A mulher e a vida cotidiana: amor, casamento e feminismo**; organizado por Elisabeth Lasch-Quinn; tradução de Heloísa Martins Costa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999

Lauretis, T de A Tecnologia do Gênero (tradução de Suzana Funck). In: Organização de Heloísa Buarque de Hollanda. **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994

Louro, GL Sexualidades contemporâneas: políticas de identidade e de pós-identidade. In: Anna Paula Uziel, Luis Felipe Rios e Richard Parker (orgs) **Construções da sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS**, Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004

Machado, R Introdução - Por uma genealogia do poder. In: Foucault, M **Microfísica do Poder**. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal, 1979

Matos, MIS de Outras histórias: as mulheres e estudos dos gêneros – percursos e possibilidades. In: Eni de Mesquita Samara, Rachel Soihet e Maria Izilda S. de Matos (organizadoras) **Gênero em debate: trajetória e perspectivas na historiografia contemporânea**. São Paulo: EDUC, 1997

- Mattos, SM de Gênero, uma possibilidade de interpretação. In: **Caderno Espaço Feminino** – vol. 10 – Nº 12/13. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de História, Centro de Documentação e Pesquisa em História (CDHIS) NEGUEM. EDUFU, 2003.
- Medina C de A **Entrevista: o diálogo possível**. São Paulo: Editora Ática, 1995 (série Princípios)
- Meihy JCSB **Manual da história oral**. São Paulo: Edições Loyola, 1996
- Mendes, EV **Os grandes dilemas do SUS**: tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001
- Morin, E **Le paradigme perdu: la nature humaine**. Seuil, Paris, 1973
- Negri, B A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. In: Barjas Negri e Ana Luiza d'Ávila Viana (organizadores) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002
- Nolasco, S **O mito das masculinidades**, Rio de Janeiro, Editora Rocco, 1995
- Oliveira, EM de **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Editora Hucitec/CUT, 1999
- Oliveira, MC e Rocha, MIB da (organizadoras) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001
- Oliveira, PP de **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG: Rio de Janeiro: IUPERJ, 2004
- Oliveira, RC de **O trabalho do antropólogo**, Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP, 2000
- Orem, D. Teoria do auto-cuidado. In: Maria do Carmo Campedelli. **Processo de Enfermagem Prática**. São Paulo: Ática, 1989
- Paillard, B Sociologia do presente. In: Alfredo Pena-Veja e Elimar Pinheiro do Nascimento. **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**, Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda. 1999
- Pais, JM **Vida cotidiana: enigmas e revelações**. São Paulo: Cortez, 2003
- Passos, ES **Palcos e Platéias: as representações de gênero na Faculdade de Filosofia**. Salvador-Ba.; UFBA. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a mulher, 1999
- Paulson, S Sexo e gênero através das culturas. In: Miriam Adelman e Celsi Brönstrup Silvestrin)organizadoras. **Coletânea gênero plural: um debate interdisciplinar**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002

Portella, AP e Gouveia, T **Políticas sociais de saúde: uma questão de gênero? O caso das agentes de saúde do Município de Camaragibe/Pe**, Cadernos SOS Corpo Gênero e Cidadania, vol. 3, Recife, dezembro de 1999

QUALIS/PSF – Qualidade Integral à Saúde/Programa Saúde da Família. Subdistritos da Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba. São Paulo Fundação E. J. Zerbini, outubro, 1997

Queiroz MIP de, Relatos orais: do "indizível" ao "Dizível". In: Olga de Moraes Von Simson (organização e tradução) **Experimentos com história de vida (Itália – Brasil)**. São Paulo: Vértice, Edit. Revistas dos Tribunais, 1988; p. 14-43

Ramos, TRO Os brutos também choram. In: Alcione Leite da Silva; Mara Coelho de S. Lago e Tânia Regina O. Ramos (organizadores). **Falas de gênero: teorias, análises, leituras**, Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999

Resoluções da III Conferência Municipal de Porto Alegre: aprofundando o controle social. Porto Alegre, 2000

Rieth, F Ficar e namorar. In: C. Bruschini, HB de Hollanda (organizadoras) **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: FCC, Ed. 34, 1998

Rizzotto, MLF **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. São Paulo, 2000 [Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas]

Sabo, D O estudo crítico das masculinidades. In: Miriam Adelman e Celsi Brönstrup Silvestri. **Coletânea gênero plural**. Curitiba: Ed. UFPR, 2002

Sánchez, A A noção de dialógica e meus encontros com Edgar Morin. In: Alfredo Pena-Veja e Elimar Pinheiro do Nascimento (organizadores) **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. Rio de Janeiro: Garamond, 1999

Santos RLA dos **Jovens mães e processos de construção de suas identidades**. São Paulo, 2001 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Santos RLA dos e Adorno, R de CF Um ensaio sobre família (s) e suas intersecções. In: Marcelo Lábaki Agostinho e Tatiana Maria Sanchez (organizadores) **Família: conflitos, reflexões e intervenções**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002

Santos RLA dos; Adorno, R de CF; Barbosa, S e Diniz, SG Agentes comunitários de saúde e suas inquietações com as masculinidades: um problema de gênero. In: Rubens de C. F. Adorno; Augusta Thereza de Alvarenga e Maria da Penha C. Vasconcellos (organizadores) **Jovens, Trajetórias, Masculinidades e Direitos**, São Paulo: FAPESP: Editora da Universidade de São Paulo, 2005

Sarti, CA Família e individualidade: um problema moderno. In: Maria do Carmo B. Carvalho (organizadora) **A família contemporânea em debate**, São Paulo: EDUC/Cortez, 1995

Sarti, CA **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**, Campinas SP: Autores Associados, 1996

Sarti, CA A sedução da igualdade: trabalho, gênero e classe. IN: Mônica Raisal Schpun. **Gênero sem fronteiras**. Florianópolis – Santa Catarina, Editora Mulheres, 1997

Scharaiber, LB; Gomes, R; Couto, MT **Homens e saúde na pauta da saúde coletiva**. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva – ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, volume 10 nº 1, janeiro/março, 2005

Scott, J **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**, tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, S.O.S. CORPO, Recife – Pe, 1991

Scott, RP Agentes Comunitários e Saúde Reprodutiva: uma experiência recente no nordeste brasileiro. In: Maria Coleta Oliveira e Maria Isabel Baltar da Rocha (organizadoras) **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campina, SP: Editora da Unicamp/Nepo, 2001

Silva, JA da e Dalmaso, ASW **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**, Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2002

Silva, MJP da e Gimenes, OMPV Eu - o cuidador. In: **O mundo da saúde** (Revista nº 4). São Paulo: julho/agosto, 2000

Siqueira, MJT Novas formas de paternidade: repensando a função paterna à luz das práticas sociais. In: Alcione Leite da Silva; Mara Coelho de S. Lago e Tânia Regina O. Ramos (organizadores). **Falas de gênero: teorias, análises, leituras**, Ilha de Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999

Soares, LT **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003

Souzas, R e Alvarenga, AT de Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. In: **Saúde e Sociedade**. Faculdade da Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Associação Paulista de Saúde Pública: São Paulo FSP-USP/APSP, 2001

Spink, MJP e Lima, H Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Mary Jane P. Spink (organizadora) **Práticas discursivas e produções de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000

Strey, MN Mulher e Trabalho. In: Adriano Roso; Flora B. Mattos; Graziela Werba e Marlene Neves Strey (organizadoras) **Gênero por escrito: saúde, identidade e trabalho**, Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999

Swain, TN Feminismo e práticas sexuais: quais os desafios. In: **Caderno espaço feminino**. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de História, Centro de Documentação e Pesquisa em História (CDHIS) NEGUEM: VOL 9, Jul/Dez, 2001 – Jan./Jun.2002

Vaitsman, J **Fexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro, Rocco, 1994

Vaitsman, J Gênero, identidade, casamento na sociedade contemporânea. In: Rose Marie Muraro e Andréa Brandão Puppim (Organizadoras). **Mulher, gênero e sociedade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001

Vasconcellos, MPC Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes E. V. (org) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998

Welzer-Lang, D Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de gênero. In: Mônica Raisal Schpun (organizadora) **Masculinidades**, São Paulo, Boitempo Editorial; Santa Cruz do Sul, Edunisc, 2004

Westphal, MF; Bógus, CM; Faria, MM Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: **Bol Oficina Panam, 1996**

ANEXO 1

Decreto nº 3.189 de 04 de outubro de 1999

Fixa as diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84 inciso VI da Constituição,

DECRETA

Art. 1º - Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e nas comunidades, sob supervisão competente.

Art. 2º - São consideradas atividades dos ACS, na sua área de atuação:

I Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade, de sua atuação;

II. Executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;

III. Registrar, para controle das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV. Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista da qualidade de vida;

V. Realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI. Participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida.

VII. Desenvolver outras atividades pertinentes à função do Agente Comunitário de Saúde.

Parágrafo Único – as atividades do ACS são consideradas de relevante interesse público.

Art. 3º - O ACS deve residir na própria comunidade, ter espírito de liderança e solidariedade e preencher os requisitos mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º - O ACS prestará seus serviços, de forma remunerada, na área do respectivo município, com vínculo direto ou indireto com o Poder Público Local, observadas as disposições fixadas em portaria do Ministério da Saúde.

Art. 5º - Este Decreto entre em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 4 de outubro de 1999
Fernando Henrique Cardoso
José Serra

ANEXO 2

O Projeto QUALIS/PSF, no seu anexo III, concernente às atribuições preliminares dos Profissionais da Equipe de Saúde da Família, assim se define com relação ao agente comunitário de saúde, a saber:

- I. "Atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF.
- II. integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando proteção e a promoção da saúde da comunidade.
- III. desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade como: gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando a conquista da saúde.
- IV. estimular junto com os demais membros da equipe a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação.
- V. identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbimortalidade e ao controle das doenças.
- VI. participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando o desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças.
- VII. acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência.
- VIII. cadastrar as famílias da sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças.
- IX. registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade.
- X. encaminhar doentes à Unidade de Saúde e realizar acompanhamento específico de acordo com a orientação da equipe de saúde.
- XI. realizar visitas domiciliares sistematicamente às famílias cadastradas.
- XII. notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
- XIII. estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente na sua área de atuação.

XIV. desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função tais como, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrízes, uso de sais de reidratação oral.

XV. atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade como clube de mães, associações de bairros, etc.

XVI. não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde.

XVII. notificar imediatamente à equipe, mudanças de endereço de famílias da área.

XVIII. executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função.

XIX. notificar imediatamente à equipe, caso venha a transferir seu domicílio para outra área”.

Fonte: Projeto QUALIS/PSF do Município de São Paulo, 1997

ANEXO 3

Modelo de Consentimento Informado a ser disponibilizado para o (a) interessado (a) na ocasião da realização da entrevista.

Estou bastante interessada em realizar algumas entrevistas com você a respeito de sua experiência profissional como agente comunitário de saúde. A necessidade de obter as entrevistas tem como perspectiva atender os objetivos de minha investigação, visando a obtenção do título de doutorado pela Faculdade de Saúde Pública/USP, denominada: "Agentes Comunitários de Saúde como interlocutores do Programa Saúde da Família: Estudo das Relações de Gênero".

Portanto, caso você se disponha a colaborar e se quiser assinar o consentimento, ficarei agradecida. Informo que todas as informações serão sigilosas e, para que você não seja identificado, utilizaremos um nome fictício. Para melhor estudar o conteúdo das entrevistas, elas serão gravadas e, posteriormente transcritas.

São Paulo,

ANEXO IV**MODELO DO FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DOS DADOS PESSOAIS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, SUJEITOS DA PESQUISA.**

1. Nome fictício: -----
2. Idade: ----- Cor: -----
3. Escolaridade: -----
4. Religião: -----
5. Há quanto tempo reside em São Paulo: -----
6. E na comunidade aonde trabalha como agente de saúde: -----
7. Há quanto tempo vinculou-se ao Programa Saúde da Família: -----
8. Na ocasião das visitas às famílias quem costuma recebê-lo?
() alguma mulher () uma mãe () algum homem () um pai
8. Você encontra alguma dificuldade? () sim () não
9. Em caso positivo, que tipo de dificuldade?

10. Estado civil:
----- solteiro ----- casado ---- separado ---- desquitado ----- viúvo ----- união livre
11. Tem filhos: () sim () não
12. Se a resposta for afirmativa: quantos homens: ----- quantas mulheres: -----
-
13. Você utiliza-se de algum método contraceptivo? () sim () não
14. Se a resposta for afirmativa, que tipo de método? -----
12. Quem é a pessoa responsável pela manutenção de sua família? -----
13. Quem chefia sua família? -----
14. Comente sua vivência como agente comunitário de saúde:
a). Junto aos demais agentes de saúde: -----
-
b). Junto às famílias sob seus cuidados: -----

Observações que julgar necessária: -----

São Paulo, _____ de _____ de 2005