

Gênero e sexualidade na etnografia

Gender and sexuality in ethnography

by *Rosely Gomes Costa*

Centre of Sexuality Studies UNESP - Araraquara, Brazil

S U M M A R Y / R E S U M O

This article brings a discussion about the problems faced by me during my fieldwork. Differently to authors from the anthology *Women in Field* that referenced the restriction of the work and the action that they had suffered by the fact of being women entering in spaces, societies and subjects considered to be masculine; my experience seemed as opposite, even so has generated the same difficulty in the attainment of the data. It was the men who felt hindered on their behaviors and actions by considering that they were in a feminine space: a human reproduction clinic. At the end of the discussion brought by the article, we perceive that the difficulties that resulted from the fieldwork bring fundamental questions to the research, that several times were not been placed in its beginning.

Este artigo traz uma discussão sobre os problemas por mim enfrentados durante meu trabalho de campo. Diferentemente das autoras da coletânea *Women in Field* que relatavam a restrição do trabalho e da ação que sofreram pelo fato de serem mulheres entrando em espaços, sociedades e temas considerados masculinos; minha experiência parece ter sido oposta, embora tenha gerado a mesma dificuldade na obtenção dos dados. Eram os homens que se sentiam tolhidos em seus comportamentos e ações por considerarem que estavam em um espaço feminino: um ambulatório de reprodução humana. Ao final da discussão trazido no artigo, percebemos que as dificuldades advindas com o trabalho de campo trazem questões fundamentais para a pesquisa, que muitas vezes não foram colocadas em seu início.

A R T I C L E I N F O

Keywords / Palavras-chave

Ethnography, gender, sexuality, family planning, masculinity / Etnografia; gênero; sexualidade; planejamento familiar; masculinidade.

How to refer to this article

Gomes Costa R., Gender and sexuality in ethnography, 2007, Omertaa, Journal for Applied Anthropology, <http://www.omertaa.org/archive/omertaa0007.pdf>

Introdução

O que mantém a Antropologia ainda como uma ciência importante? Ela já foi declarada em estado grave há um tempo atrás, mas a antropóloga Manuela Carneiro da Cunha (FOLHA DE SÃO PAULO, 17-12-2006) considera que a etnografia é a contribuição própria da Antropologia, e que com ela podemos entender o que pensam as pessoas, pois estas parecem viver em mundos mais diferentes entre si do que se imagina.

Ir ao campo, fazer uma boa etnografia, trazer dados novos, fazer uma boa análise desses dados. Afinal, como disse o antropólogo Marshall Sahlins quanto ao futuro da disciplina, apenas duas coisas são seguras: a primeira é que estaremos mortos; a segunda é que o que tivermos escrito será considerado errado. A sorte é quando a segunda não acontece antes da primeira.

Assim, este texto procura mostrar como a etnografia traz luzes para a pesquisa e nos coloca perguntas não formuladas anteriormente ao trabalho de campo e, conseqüentemente, respostas inesperadas e dados novos.

Gênero, sexualidade e etnografia

Na clássica coletânea *Women in the Field* (Golde 1970), várias antropólogas foram convidadas a descrever e a compartilhar com os leitores os problemas e situações inusitadas que enfrentaram em seus trabalhos de campo. Um aspecto enfatizado pela maioria delas se referia às restrições que sofreram tanto em relação ao seu trabalho como às suas ações pelo fato de serem mulheres que estavam entrando em espaços, sociedades e temas considerados propriamente masculinos.

Uma pesquisa interessante seria saber se ainda hoje esse tipo de problema ocorre. Porém, refletindo sobre o trabalho de campo que realizei para minha tese de doutorado (Costa 2001), notei que em alguns aspectos os problemas que encontrei diferiam daqueles apontados pelas antropólogas da coletânea citada. Minha experiência foi oposta, embora tenha gerado a mesma dificuldade na obtenção dos dados. Uma vez que realizei a pesquisa entrevistando homens em um ambulatório de reprodução humana, eram eles que se sentiam tolhidos em seus comportamentos e ações por considerarem que estavam em um espaço que não dominavam, em um espaço propriamente feminino.

Nessa pesquisa eu investiguei noções sobre paternidade e masculinidade entre homens que estavam procurando um ambulatório de reprodução humana de uma universidade paulista, seja em busca de métodos de planejamento familiar, seja em busca de tratamento para infertilidade. Na verdade, como vim a descobrir depois, os homens estavam no ambulatório, mas não por sua própria iniciativa. Eles lá se encontravam para acompanhar a esposa/companheira, ou para cuidar das crianças enquanto ela era atendida, ou ainda porque no tratamento para infertilidade é obrigatória a presença do marido/companheiro pelo menos em uma consulta. Nesse mesmo ambulatório eu havia realizado minha pesquisa anterior (Costa 1995), de mestrado, sem ter tido nenhuma dificuldade em conseguir entrevistas com as mulheres. Com os homens, ao contrário, foi difícil conseguir quem se dispusesse a ser entrevistado.

O ambulatório

O ambulatório de reprodução humana onde realizei a pesquisa atende pessoas que estão procurando informações e métodos de planejamento familiar e aquelas que buscam

tratamento para infertilidade. Qualquer que seja a procura, a pessoa é encaminhada para participar da “ação educativa”, dada pelas enfermeiras. Esta ação consiste, no primeiro caso, em uma aula sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis no ambulatório, as vantagens e desvantagens de cada um, e sobre o funcionamento dos aparelhos reprodutivos feminino e masculino. Segundo as enfermeiras, a ação objetiva fazer com que a paciente tome uma decisão livre e consciente do método que deseja usar. No segundo caso, a ação educativa trata do funcionamento dos aparelhos reprodutivos feminino e masculino, dos diferentes exames necessários para o tratamento da infertilidade e sobre as rotinas do tratamento. A ação objetiva, conforme as enfermeiras, fazer com que o casal conheça e se prepare para o tratamento, que é longo e às vezes doloroso, para que não se desanime no meio dele e venha a desistir.

Na época em que realizei as entrevistas, o ambulatório atendia uma média de 20 a 25 casos novos por semana de pessoas solicitando tratamento para infertilidade, e 60 casos novos por semana em busca de planejamento familiar. Mas há uma diferença entre os casos de procura de tratamento para infertilidade e os de procura por informações e métodos de planejamento familiar: o ambulatório exige a presença do marido/companheiro nos casos de solicitação de tratamento de infertilidade, o que não acontece no caso de busca por planejamento familiar. O ambulatório justifica a necessidade da presença do parceiro nos casos de tratamento para infertilidade da seguinte forma: para que ele não ache que o tratamento é fácil e simples; para que não coloque a culpa na parceira caso ela não consiga engravidar; para que se submeta a exames de sangue e ao espermograma (exame que analisa a quantidade e qualidade do esperma); e porque, como veremos mais adiante, a infertilidade pode ser conjugal e, portanto, a participação do parceiro é fundamental para o tratamento.

Quando a procura é por planejamento familiar, o parceiro só necessita ir ao ambulatório quando for solicitada uma laqueadura ou se deseja fazer vasectomia. Nos casos de pedido de laqueadura, o parceiro precisa passar por uma entrevista com a assistente social, que esclarece sobre a irreversibilidade da esterilização cirúrgica (tanto masculina quanto feminina), e sobre os riscos de arrependimento.

Em seguida é sugerido que ele faça a esterilização ao invés de sua esposa/companheira, pela facilidade da cirurgia - que pode ser realizada ambulatorialmente -, e porque implica menos riscos e tempo de recuperação do que a laqueadura. Se ele desejar fazer a vasectomia, sua esposa/companheira necessita assinar um termo de concordância.

Caso não desejar, é necessário que ele assine um termo dizendo que concorda que a esposa/companheira se submeta à laqueadura.

Dizer que os homens procuram o ambulatório é mais uma força de expressão do que uma descrição. Segundo as informações dadas pelas enfermeiras para os casos de procura por informações e métodos de planejamento familiar, raríssimas foram as vezes em que homens procuraram sozinhos o ambulatório solicitando vasectomia (4 ou 6 casos lembrados). Na maioria absoluta das vezes são as mulheres que procuram o ambulatório: diretamente, através de indicação de parentes/amigas; ou encaminhadas por postos de saúde ou outros ambulatórios do Hospital das Clínicas. Os homens presentes no ambulatório nos horários de atendimento de planejamento familiar estão: ou acompanhando suas parceiras; ou cuidando das crianças enquanto a parceira está na consulta; ou esperando (junto com as parceiras) para serem entrevistados pela assistente social nos casos de solicitação de laqueadura ou, muito raramente, vasectomia.

Já nos casos de busca por tratamento para infertilidade, as enfermeiras disseram que apesar de um pouco mais de homens sozinhos terem procurado o ambulatório por indicação de amigos/parentes, esses casos também foram raros. Na maioria das vezes são as mulheres que procuram o ambulatório diretamente por indicação de amigas/parentes; ou por encaminhamento do posto de saúde ou de médicos particulares. Muitas vezes é o casal que procura o ambulatório (tanto diretamente quanto por encaminhamento). Mas, segundo as enfermeiras, durante a entrevista com o casal é a parceira que responde às perguntas, que se manifesta, ficando o parceiro calado. Na descrição de uma das enfermeiras, o parceiro fica “como um vaso” ao lado da companheira que responde às perguntas; o que transmite a idéia do parceiro como uma peça decorativa, sem participação na entrevista.

As pessoas que vão ao ambulatório em busca de tratamento para infertilidade são atendidas em horário diferente das que vão à procura de planejamento familiar, sendo possível saber qual é a clientela daquele horário simplesmente olhando para a sala de espera do ambulatório. No horário de atendimento para tratamento de infertilidade há muito mais homens que na hora do planejamento familiar. O que parece indicar que é a obrigatoriedade da presença dos parceiros que faz com que a maioria deles esteja no ambulatório.

Existem critérios por parte do ambulatório tanto para se entrar no programa de tratamento para infertilidade, quanto para se fazer uma laqueadura ou vasectomia. Para

ser aceita no tratamento de infertilidade, a paciente precisa ter até 38 anos de idade e uma relação estável com parceiro fixo. A justificativa dada pelo ambulatório para a exigência da idade é a de que tanto o diagnóstico quanto o tratamento da infertilidade são demorados, e se a paciente tiver mais de 38 anos suas chances de engravidar ficam muito pequenas. Para o paciente não há limite de idade estabelecido, pois se considera que para ele não existe idade reprodutiva, e que tampouco a idade influencia na sua fertilidade.

Em relação à exigência de companheiro fixo, os motivos oferecidos são: é preciso atividade sexual freqüente para se caracterizar um caso de infertilidade, visto que a paciente pode estar tendo relações apenas nos períodos inférteis; o parceiro precisa participar do tratamento para verificar se ele não é infértil; há ainda o caso de infertilidade conjugal, ou seja, o casal não consegue ter filhos, entretanto, esse mesmo homem pode conseguir ter filho com outra mulher, e essa mesma mulher pode conseguir ter filho com outro homem. E enfim, porque: “A esterilidade é definida como a incapacidade de um casal engravidar após o período de um ano de relações sexuais sem proteção contraceptiva. Calcula-se que 80% dos casais considerados normais engravidam no período de um ano de relações sexuais; outros dez por cento serão capazes de engravidar no segundo ano; e os demais são considerados como tendo problemas de esterilidade”. (Hardy 1993: 20)

Para fazer uma laqueadura, segundo os critérios do ambulatório, a paciente precisa ter no mínimo 30 anos de idade, cinco anos de vida em comum, e no mínimo dois filhos vivos de qualquer sexo, com a condição de que o mais novo tenha no mínimo um ano de idade. Para se submeter a uma vasectomia, o paciente necessita cumprir os mesmos critérios, com a diferença de que o tempo exigido de vida em comum sobe para sete anos. Em média, são realizadas por ano no ambulatório 600 laqueaduras e 200 vasectomias.

O ambulatório está localizado no andar térreo de um prédio em frente ao Hospital das Clínicas da universidade. Entrando por uma porta de vidro, em frente há uma escada que leva aos banheiros masculino e feminino dos funcionários, e aos outros andares. No térreo, entrando pela porta da esquerda estão o balcão de atendimento e a sala de espera do ambulatório, com várias cadeiras e um banheiro feminino para as pacientes. Partindo da sala de espera há um corredor com as salas de consulta, com camas e instrumentos ginecológicos. Do outro lado do edifício, ainda no térreo, há outra porta que dá acesso a um corredor com várias salas. Há a sala do laboratório, do café, da psicóloga, dos arquivos do ambulatório, da assistente social, da enfermeira responsável pelo

ambulatório e, no final, uma sala maior com várias cadeiras e material educativo onde são dadas as chamadas ações educativas a respeito de métodos anticoncepcionais para as pessoas que procuram planejamento familiar, e a respeito do tratamento para infertilidade.

No primeiro andar está o que é denominado de “Casa de Repouso”. É um andar com quartos parecidos com os de um hospital que abriga as pacientes que estão fazendo tratamento de quimioterapia no Hospital das Clínicas, ou que tiveram bebês que necessitam permanecer na UTI da maternidade. Encontram-se aí mulheres de outras cidades que não necessitam ficar no hospital, mas perto do hospital, e que não teriam como permanecer na cidade de outra forma. No segundo andar encontra-se um centro de pesquisa médica e social sobre saúde reprodutiva.

Fora do prédio encontram-se dois bancos de concreto e algum espaço ao ar livre. Aí podem ser encontrados mulheres e homens que esperam por atendimento no ambulatório, muitas vezes com crianças; as pacientes que estão na Casa de Repouso e que descem com seus aventais para tomar sol; enfermeiras do ambulatório e funcionários do centro de pesquisa que às vezes ali param para conversar ou fumar.

Na sala de espera do ambulatório predominam as mulheres. Os homens, em número bem menor, ou estão sentados ao lado de suas parceiras na sala de espera, ou estão do lado de fora do prédio cuidando das crianças, fumando ou conversando com outros homens, enquanto a parceira está fazendo a consulta. Não existe banheiro dentro do ambulatório para os pacientes, pois o banheiro para pacientes é exclusivamente feminino e o banheiro masculino que existe é de uso exclusivo dos funcionários. Também as salas de consulta fazem lembrar que é um local para atendimento de mulheres, com cama e instrumentos para exame ginecológico.

Foi em uma das salas do lado direito do prédio, sem camas nem instrumentos ginecológicos, mas apenas com uma mesa, três cadeiras e um armário, onde atende a assistente social, que realizei as entrevistas. Na sala do café tive oportunidade de ouvir muitas conversas e fazer muitas perguntas às enfermeiras e à assistente social de maneira mais informal, o que complementou as informações que obtive nas entrevistas que realizei com elas e com o médico responsável pelo ambulatório.

A reação dos homens no ambulatório

Ao começar o trabalho de campo, o primeiro fato que se fez evidente foi a recusa da grande maioria dos homens em aceitar participar da entrevista. Comparados com as mulheres que entrevistei anteriormente para minha pesquisa referente ao mestrado, contatadas naquele mesmo ambulatório, os homens se mostraram muito menos receptivos. Somente uma ou duas mulheres se recusaram a participar das entrevistas. Na grande maioria dos casos, as mulheres não somente aceitavam participar da entrevista como se diziam até mesmo felizes de poder falar sobre sua vida e seus problemas com alguém. Desconfiados, inúmeros homens se recusaram a participar da entrevista. Com o tempo, percebi que o comportamento-padrão dos homens ao serem abordados por mim era apontar para a esposa/companheira que estava ao seu lado assim que eu os cumprimentava e perguntava se estavam esperando para serem atendidos. Apontavam para a parceira, diziam que era ela que ia ser atendida e se esquivavam o quanto podiam. Quando eu explicava que queria fazer uma entrevista, diziam para a parceira ir fazê-la. Quando eu explicava que queria fazer uma entrevista com eles, a respeito de sua opinião sobre ter filhos, continuavam olhando para a parceira como que pedindo alguma ajuda, alguma intervenção por parte dela que os tirasse daquela situação. A parceira ou se calava, ou dizia que eles é que sabiam, ou os incentivava a participarem da entrevista. Então eles me respondiam que era melhor deixar para uma outra vez, que não eram bons nisso, que não entendiam nada disso, ou simplesmente que não queriam. Também os que aceitavam participar, antes, invariavelmente, olhavam para a parceira, como que pedindo sua permissão; e então ela lhes dizia que podiam ir, que estava tudo bem.

Observando a sala de espera do ambulatório percebi que a maioria dos homens que lá se encontrava parecia não se sentir nada à vontade naquele ambiente. Muitos preferiam esperar do lado de fora do prédio. Uma paciente, cujo marido se recusou a participar da entrevista, me disse que teve que fazer muito esforço para levá-lo ao ambulatório.

A assistente social do ambulatório me disse que muitos homens vão ao ambulatório porque são obrigados, vão contrariados, de má vontade, porque a parceira exige. Disse também que algumas pacientes chegam a esconder do marido/companheiro o motivo pelo qual ele deve ir ao ambulatório (que no caso citado era ser entrevistado pela assistente social), senão ele não iria.

Em relação aos homens que se recusaram a participar da entrevista, a impressão que me passaram (já que deles não posso apresentar nada mais que impressões) foi de que se sentiam pouco à vontade ali. Apresentavam expressões de desconforto,

desconfiança, irritação, constrangimento, retraimento, e posturas que indicavam dependência em relação à parceira para responder à minha solicitação de participação na pesquisa. As recusas em série que eu recebia começaram a me fazer sentir mal não somente porque por causa disso o trabalho não avançava, mas também porque os homens pareciam estar querendo fugir dali e eu, com minha solicitação para que participassem da entrevista, parecia querer encerrá-los mais ainda em um lugar onde eles não desejavam estar.

O ambulatório é inegavelmente um ambiente feminino: não há banheiro masculino para pacientes, somente feminino; as salas são apropriadas para exames ginecológicos; a presença dos parceiros é dispensável na procura por planejamento familiar; as pacientes podem responder a perguntas referentes ao marido/companheiro para preenchimento da ficha, sem a sua presença; é o nome da paciente que encabeça a ficha e é ela que se dirige os/as médicos/as e enfermeiras; há muito mais mulheres que homens na sala de espera.

No ambiente do ambulatório, o marido/companheiro parecia depender da concordância da esposa/companheira para participar da pesquisa, assim como recorria a ela com olhares e gestos que pediam sua intervenção para que ela o livrasse daquela situação. Também é a parceira que toma a iniciativa de levar o marido/companheiro ao ambulatório e a responsável por ele estar ali; e é ela a “mais entendida no assunto”. A relação que o contexto do ambulatório estabelece parece colocar os homens em uma posição de dependência e subordinação às parceiras. Isso não significa que fora dali seja a parceira quem toma as decisões sobre sua vida reprodutiva, como será discutido mais adiante. Entretanto, aponta para o estabelecimento de uma relação que, naquele contexto, aloca na parceira a capacidade de decisão e ação. E também para a idéia de que, nos assuntos relativos à procura por planejamento familiar e tratamento para infertilidade, as mulheres são consideradas agentes mais legítimos que os homens.

Discussão

Em relação à questão acima citada, Bourdieu (1995: 147) aborda em termos da competência atribuída: “A competência socialmente reconhecida a um agente determina sua propensão a adquirir a competência técnica correspondente e, por isso, suas chances de possuí-la. E isto ocorre principalmente através da tendência – induzida pelo reconhecimento oficial do direito de possuí-la – de atribuir a si mesmo essa competência”. Porém, uma vez

que o autor está preocupado com a questão da dominação masculina, ele enfoca sua análise em uma só direção, utilizando exemplos onde as mulheres não demonstram essa competência. Segundo Bourdieu, as mulheres se absterem com mais frequência que os homens de responder a pesquisas de opinião referentes a questões públicas, e preferem que seus companheiros respondam as questões a elas endereçadas: “(...) renúncia que não se dá sem ansiedade, como testemunham os olhares que as esposas doces lançam alternadamente ao marido e ao pesquisador durante todo o tempo da entrevista” (Bourdieu 1995: 147). Ora, no caso dos homens por mim contatados, a situação era exatamente oposta: eles é que lançavam olhares ansiosos para as parceiras e para mim quando eu os abordava, na esperança de que as parceiras respondessem às perguntas a eles endereçadas.

Portanto, parece-me que Bourdieu, nesta argumentação, não leva em conta que também o que são consideradas “competências legítimas” dependem da relação estabelecida e do contexto. Assim, por exemplo, do ponto de vista das seguradoras de automóveis, as mulheres são consideradas melhores motoristas que os homens porque são mais cuidadosas e atenciosas ao volante, o que diminui a probabilidade de acidentes. Por esse motivo as seguradoras oferecem preços de seguros de carros mais baixos para as mulheres. Por outro lado, em uma perspectiva que considera que a agressividade e a rapidez na tomada de decisões ao volante fazem parte das atribuições de um bom motorista, as mulheres podem vir a ser consideradas como motoristas piores que os homens porque seu cuidado pode vir a atrapalhar o trânsito. Neste exemplo, as mulheres teriam a competência de serem cuidadosas e atenciosas ao volante, enquanto os homens teriam a competência de serem agressivos e decididos. Porém, é o contexto que estabelece a legitimidade ou não de cada competência.

A experiência no ambulatório mostrou que nas questões relativas à saúde reprodutiva, são as mulheres que possuem a competência técnica socialmente reconhecida, que leva à aquisição desta competência, em detrimento dos homens. Esta competência técnica está atrelada à responsabilidade referente tanto a gerar filhos como a evitá-los. Por isso, as mulheres é que são consideradas as responsáveis pela iniciativa e pelos empreendimentos necessários à procura de métodos anticoncepcionais, utilização do método, procura por tratamento da infertilidade, realização do tratamento. Neste sentido, são também as mulheres as responsáveis por levarem os homens ao ambulatório, são as responsáveis por eles estarem ali.

O ambulatório, por não exigir a presença dos homens nos casos de procura por planejamento familiar e por ser local de exames de mulheres, contribui para confirmar esta atribuição feminina da responsabilidade pela saúde reprodutiva. A recusa da maioria dos homens em participar da entrevista; o fato de a grande maioria não procurar sozinho o ambulatório; e a presença majoritária dos homens no ambulatório relacionada aos casos em que são obrigados a ir, também apontam nesta direção.

Pensando no ambulatório como um ambiente e um contexto femininos – pela configuração do espaço, pela presença majoritária de mulheres, por serem as mulheres o público-alvo, por estar relacionado à saúde reprodutiva, podese considerar o mal-estar sentido pelos homens como advindo do fato de se encontrarem em um ambiente onde se sentiam estrangeiros, estranhos, pouco familiarizados. Daí a necessidade de recorrerem às parceiras para que falassem por eles.

Em relação ao método utilizado, poder-se-ia objetar que haver realizado as entrevistas no ambulatório influenciou as respostas dadas, pelo fato de os homens não se sentirem à vontade ali. Em relação a esta questão, cabem aqui duas ressalvas. Em primeiro lugar, considero que qualquer ambiente influenciaria nas respostas, quer seja o ambiente familiar ou de trabalho, uma vez que cada um desses ambientes traria associações e tipos de pressões distintas que influenciariam na elaboração das respostas. A vantagem de realizar a entrevista no ambulatório foi que facilitou elaborar as perguntas sobre reprodução e paternidade. Estes temas poderiam soar estranhos ou muito íntimos e constrangedores em outros lugares, ao passo que no ambulatório faziam parte do contexto.

A segunda ressalva refere-se ao fato de que os homens que aceitaram participar da entrevista foram aqueles que pareciam sentir-se mais à vontade no ambulatório, que pareciam não percebê-lo tanto como um território estranho, comparados com os que se recusaram. A visão expressa pelas enfermeiras e pela assistente social sobre a maioria dos homens que vai ao ambulatório (elas mesmas afirmando que não são todos assim) desenha-os como homens que colocam a responsabilidade relativa à saúde reprodutiva sobre a mulher, não querendo participar nem colaborar nesta área, considerando responsabilidade da parceira tanto ter quanto evitar filhos. Isto significa não querer se submeter a exames, não querer usar camisinha ou fazer vasectomia; colocar a culpa na parceira de todos os problemas de saúde e sexuais que possam ter; e culpar a parceira em caso de infertilidade. Uma vez que, segundo elas,

a maioria dos homens faz associação entre infertilidade e impotência sexual, isso pode explicar por que muitos colocam a culpa por não conseguir ter filhos nas parceiras, e também a recusa em se submeterem a uma vasectomia.

Porém, é importante ressaltar que evidentemente os dados encontrados no campo refletem uma parte da questão estudada, que precisa ser analisada de outros pontos de vista que a ampliem. Com este movimento é que se constata, por exemplo, que as mulheres serem consideradas responsáveis pelos cuidados referentes à saúde reprodutiva não significa que necessariamente serão elas que tomarão as decisões relativas ao número de filhos ou à escolha de métodos anticoncepcionais. Há estudos que mostram a influência do parceiro na escolha de métodos anticoncepcionais (Mundigo 1995), e outros que mostram como muitas vezes esta decisão é tomada por ele (Mahmood & Ringeim 1997). Além disso, há que se levar em conta que em um âmbito mais geral, como sugere Berer (1996), os homens predominam na arena reprodutiva como investigadores, médicos, policymakers, legisladores. Portanto, as decisões políticas a respeito da reprodução estão na maior parte das vezes nas mãos de homens, que ocupam a maioria dos cargos políticos dentro dos governos e das instituições médicas.

A esfera das decisões reprodutivas referentes à escolha do método anticoncepcional e número de filhos está perpassada por conflitos e estratégias, onde estão em jogo competências e atribuições de gênero. Assim, a decisão pode ser tomada pela esposa/companheira, pelo esposo/companheiro, ou através de um acordo entre os dois. A esposa/companheira pode também tomar decisões sem consultar o marido/companheiro, ou esconder dele a decisão que tomou (como começar a usar determinado método anticoncepcional, ou parar de usá-lo para engravidar), a fim de assegurar a realização de sua vontade. Assim como o parceiro pode usar de influência, de violência, ou de poder econômico para impor sua vontade à esposa/companheira.

Há que se considerar ainda, como apontam vários autores (Perspectivas 2000), que o cuidado de si e dos outros e a preocupação com a saúde não são tidos como atribuições masculinas; ao mesmo tempo em que as prescrições sociais colocam o risco não como algo a ser evitado pelos homens, mas como algo a ser superado cotidianamente por eles. A idéia é a de que em lugar do autocuidado, os homens, em geral, adotam um estilo de vida autodestrutivo, demonstrado por estatísticas onde as taxas de mortalidade por fatores externos (homicídio, acidente automobilístico, etc.), são sempre muito maiores entre homens do que entre mulheres.

Assim, não somente o ambulatório, mas ambientes médicos de uma maneira geral parecem também serem vistos como femininos. Foucault (1979) escreve sobre ambientes médicos serem lugares de produção do saber e de exercício do poder médicos. Segundo o autor, todo saber tem sua gênese em relações de poder, todo saber constitui novas relações de poder e assegura o exercício de um poder. É o saber como tal que se encontra dotado estatutariamente, institucionalmente, de determinado poder.

No caso da medicina, o médico possui um saber que lhe outorga poderes sobre o paciente: poder de diagnosticá-lo, de determinar que remédio deve tomar, a que exames deve submeter-se, poder de salvar sua vida, de mandar o paciente tirar a roupa, de fazer perguntas sobre sua vida privada. Assim, não somente o ambulatório é um ambiente feminino, como qualquer local médico é percebido como passível de colocar os homens em uma posição de passividade, de “pacientes”, os feminilizando. Neste sentido, o ambulatório seria um território duplamente feminino: por ser um ambiente médico e por ser local de tratamento de questões consideradas relativas às responsabilidades femininas. Considero que o fato de eu ser mulher contribuiu para o constrangimento dos homens e para a série de recusas em participar da entrevista. Mas não sei se um homem pesquisador teria mais facilidade, uma vez que o caráter duplamente feminino do ambulatório parece ter sido um fator mais marcante na pesquisa do que o sexo do/a pesquisador/a. Comentei acima que no contexto do ambulatório estudado, se estabelece uma relação que aloca na parceira a capacidade/responsabilidade de decisão e ação. É isso que compreendo da definição de Strathern (1988) sobre gênero. Segundo a autora: gênero refere-se a um tipo de categoria de diferenciação. Gênero refere-se a categorizações de pessoas, artefatos, eventos, seqüências e tudo o que desenha a imagem sexual, indicando os meios pelos quais as características de masculino e feminino tornam concretas as idéias das pessoas sobre a natureza das relações sociais. Para finalizar gostaria de enfatizar que considero que o instigante do trabalho de campo é justamente que as dificuldades advindas com ele trazem também questões fundamentais para a pesquisa que muitas vezes não foram colocadas/percebidas em seu início.

Referências bibliográficas

- BERER, M. 1996. “Introduction”. *Reproductive Health Matters*, n. 7.
- BOURDIEU, P. 1995. “A dominação masculina”. *Educação e Realidade* 20(2).
- COSTA, R.G. 1995. *Concepções sobre maternidade entre mulheres que buscam tratamento para esterilidade*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Campinas, SP: UNICAMP.
- COSTA, R.G. 2001. *Concepção de filhos, concepções de pai: algumas reflexões sobre reprodução e gênero*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Campinas, SP: UNICAMP.
- CUNHA, M. C. 2006. *Antropologia*. Folha de São Paulo, 17 de dezembro de 2006, Caderno Mais, p. 4.
- FOUCAULT, M. 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GOLDE, P. (Ed.). 1970. *Women in the field: anthropological experiences*. Berkeley: University of California Press.
- HARDY, D.G.F. 1993. *Avaliação de dois protocolos de desenvolvimento folicular para fertilização assistida*. Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas. Campinas, SP: UNICAMP.
- HERNDON, N. 1998. “Men influence contraceptive use”. *Network* 18 (3).
- LOS HOMBRES y la planificación familiar. 1992. *Network* 7 (3).
- MAHMOOD, N.; RINGEIM, K. 1997. “Knowledge, approval and communication about family planning as correlates of desired fertility among spouses in Pakistan”. *International Family Planning Perspectives* 23 (3).
- MUNDIGO, A. 1995. “Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade”. Conferência Internacional sobre População. Fundação MacArthur, São Paulo.
- PERSPECTIVAS em Saúde e Direitos Reprodutivos. 2000. Informativo semestral da Fundação MacArthur, n. 3, ano 2.
- ROBEY, BRYANT & DRENNAN. 1998. “Male participation in reproductive health”. *Network* 18 (3).
- STRATHERN, M. 1988. *The Gender of the Gift. Problems with women and problems with society in Melanesia*. Berkeley, University of California Press.