

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e suas engrenagens biopolíticas: o uso do conceito de gênero como regime de luzes★

Maria Juracy Filgueiras Toneli,¹★★ Rita Flores Müller^{II}

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

O artigo analisa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem do governo brasileiro. Foram analisados os documentos “Princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”, “Princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”; e entrevistas realizadas com gestores federais da Área Técnica de Saúde do Homem. A análise do discurso a partir de Michel Foucault permitiu lidar com o corpus em suas condições de produção mediante um gesto analítico-descritivo de manejo dos enunciados dispersos. O argumento central é o de que a Política de saúde tem um “gênero” como uma rede discursiva que produz os sujeitos referências de sua inteligibilidade. Destacam-se na análise a emergência do sujeito feminino do cuidado, representada pela mulher-mãe higiênica e mulher-sujeito; e do homem como sujeito de direitos à saúde sob o signo de acontecimento de seu nascimento.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero; biopolítica; medicalização da sexualidade masculina.

The National Policy for Integral Attention to Men’s Health and its biopolitics gear: the use of the concept of gender as a light regime

Abstract

The article examines the National Policy of Comprehensive Men and Women’s Healthcare of the Brazilian government. Documents analyzed were: “Principles and guidelines of the National Policy of Comprehensive Men’s Healthcare”, “Principles and guidelines of the National Policy of Comprehensive Women’s Healthcare”, and interviews to federal managers of the Technical Field of Men’s Healthcare. Discourse analysis from Michel Foucault allowed to deal with the corpus in their production conditions through an analytical -descriptive gesture handling of scattered statements. The central argument is that the health policy analyzed has a “gender” as a discursive network that produces the subject references its intelligibility. Stand - in analyzes the emergence of the female subject of care, represented by the woman-mother hygienic and woman -subject, and the man as the subject of rights to health under the sign of newness of his birth. The dialogue with Judith Butler and Jacques Derrida is one of the enablers axes theoretical analysis of the issues that build the product , in addition to the title itself also seeks to highlight , namely the biopolitics gears that move the policy in question .

Keywords: National Policy of Integral Human Health; gender; biopolitics; medicalization of male sexuality attention.

Introdução

Este artigo acompanha as lógicas discursivas do gênero inteligível identificadas na cartografia da saúde de homens e seu exercício como *novos* cidadãos do direito à saúde. Partindo da força do enunciado da “diferença sexual”, reflete sobre a produção de homens e mulheres no projeto de medicalização do masculino, mas em especial, sobre a produção do “novo” sujeito político de direitos enunciado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. O argumento central sustentado é o de que a Política de saúde analisada tem um “gênero” como uma rede discursiva que produz os sujeitos referências de sua inteligibilidade, na plasticidade de suas formas e no desdobramento complexo da rede que os une. Ao afirmar o “gênero da Política”, nosso objetivo é visibilizar determinado jogo de posições enunciativas no *corpus* analisado.

O *corpus* do trabalho foi composto pelos documentos “Princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (BRASIL, 2009a), Plano de Ação Nacional (2009-2011) (BRASIL, 2009b) e “Princípios e diretrizes” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004); e por entrevistas com gestores federais da Área Técnica de Saúde do Homem em sua primeira composição, e Área Técnica de Saúde da Mulher, entrevista com a assessora do Ministro da Saúde, entrevista com o representante auxiliar no Brasil do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).¹ Sem a referência a um *cogito* (FOUCAULT, 2009a, p. 138), os enunciados foram analisados em seus modos específicos de se comporem na cadência do discurso. Em sua heterogeneidade, a análise documental e das entrevistas mobilizam campos de relações e assumem diferentes posições, de acordo com o jogo de forças

*Este artigo foi originado de tese de doutoramento, defendida em 2012 no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob orientação do prof. Dr. Joel Birman.

★★Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040900. Florianópolis, SC – Brasil. E-mail: juracy.toneli@gmail.com, ritaflorismuller@gmail.com

¹A etapa de entrevistas com os gestores federais inseriu-se no contexto mais amplo da pesquisa multicêntrica Homens e serviços de saúde II: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais (Recife/PE, São Paulo/SP e Florianópolis/SC, e conduzida de acordo com os parâmetros éticos. O objetivo desta etapa federal foi recuperar a pré-história de criação da Política, buscando compor diferentes lugares de fala para a história possível de ser contada. Os nomes utilizados são fictícios. Todas as entrevistas foram realizadas na própria Área Técnica de Saúde do Homem por Rita Flores Müller, e agendadas pela equipe de coordenação da pesquisa (Universidade Federal de Pernambuco).

que se apresenta nesta leitura. Seja no campo acadêmico ou governamental em questão, entende-se que os enunciados só passam a ser legíveis ou dizíveis em relação às condições que os tornam como tais (FOUCAULT, 2004).

Na proposta de os homens “perceberem-se como sujeito de direitos”, centra-se na afirmação de que a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” é uma política à primeira vista “sem sujeito”, mas que o coloca na ordem de acontecimento justamente ao produzir o seu campo de exterioridade constitutivo, a potência do seu contorno subjetivo. O diálogo com Judith Butler (1998, 2003) e Jacques Derrida (1991) é um dos eixos teóricos propiciadores da análise das questões que edificam o artigo, além do que o próprio título procura igualmente evidenciar, a saber, as “engrenagens biopolíticas” que movimentam a todo vapor a Política em questão.

Sobre o “gênero” e seu regime de luzes

O título que “nomeia” esta seção é uma tentativa de promover o “gênero” a um “regime de luzes” (DELEUZE, 1990), um potente dispositivo nos processos de fazer ver não somente a reflexão, mas o objeto que nela se inscreve a partir de quem a escreve. Um conceito que opera no legível, na *piel que habito*, numa alusão ao filme do cineasta espanhol Pedro Almodóvar (2011), tanto oportuno quanto desconcertante na manufatura de um corpo no registro da carne e da linguagem. Nesse sentido, recuperamos as palavras de Rosi Braidotti (1997, p. 129), ao afirmar que “minha estratégia discursiva não pode ser dissociada do lugar de enunciação e do jogo enunciativo e textual no qual estou envolvida”. A referência ao conceito de dispositivo de gênero como regime de luzes não encontra inspiração apenas no filósofo francês Gilles Deleuze, mas também em Michel Foucault (1985, p. 244) como um “conjunto decididamente heterogêneo” que foi sentido “na pele” ao longo da escrita das reflexões propostas neste espaço de interlocução.

Em outras palavras, não argumentamos apenas que a Política de saúde analisada tem um “gênero” como uma rede discursiva que produz os sujeitos referências de sua inteligibilidade, na plasticidade de suas formas e no desdobramento complexo da rede que os une (FOUCAULT, 1997, p. 35). Como dispositivo de análise, “gênero” refrata-se e assume, ele próprio, diferentes posições na dispersão dos elementos discursivos que o constituem.

Não temos dúvidas de que como conceito analisador este se constitui multifacetado. Nesta problematização, ele é o operador teórico-conceitual, mas é também aquele que na análise da constituição da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (PNAISH) enuncia os “homens” e as “mulheres” – os objetos de sua inteligibilidade. Ao mesmo tempo, atua no silenciamento de outras posições enunciativas como condição de uma dada estabilidade heteronormativa, parte integrante das estratégias que apoiam e atravessam os discursos (FOUCAULT, 2009a) sobre a medicalização de homens no Brasil na contemporaneidade.

A função do “gênero entre aspas” como dispositivo iluminador tem, entre outros, o potencial de repetição na produção de uma “origem da origem” (DERRIDA, 1991) da negação do cuidado masculino, interpelado por diferentes nomes nesta maquinaria de fazer ver e fazer falar, por meio das biotecnologias de produção da relação entre sexualidade e política. “Por que os homens não cuidam da saúde como nós desejamos?” – questiona-se o gestor João durante sua entrevista. Na análise do discurso efetuada, não haveria, portanto, nada fora ou além das engrenagens do campo contemporâneo do poder, sitiadas por uma questão regente: por que os homens não cuidam preventivamente da saúde. A intensidade do questionamento que modula a oração interrogativa facilmente modularia a mesma oração para enunciar-se como uma resposta afirmativa à questão que (se) produz ora como causa, ora como efeito de uma ausência de cuidados no campo da atenção integral à saúde.

Neste enredo e no tocante ao gênero, há questões de ordem epistemológica e analítica, com variação nos modos de inscrevê-las. São elas: na tradição ocidental dos sistemas binários e de sexo/gênero (RUBIN, 1975) de que modo opera a hegemonia heterossexual para modelar questões sexuais e políticas (BUTLER, 1998, 2003)? Como categoria de análise histórica – parafraseando o título do clássico artigo de Joan Scott (1995), pode-se questionar como o próprio gênero “naturaliza-se”, ancorando-se na legitimidade dos saberes biológicos diferenciadores de homens e mulheres. Nos termos de Michel Foucault (1995), trata-se de acompanhar as incidências do ideal regulatório do sexo no campo empírico analisado. Porém, se conforme Judith Butler os atributos de gênero são performativos, produzindo inclusive a ilusão de uma identidade pré-existente, a postulação de um verdadeiro sexo ou de uma verdade sobre o gênero revela-se antes uma ficção reguladora.

Boa parte da escrita desta análise foi dedicada a “falar de mulheres”, para somente depois poder “falar de homens” em determinadas distribuições discursivas. Ao afirmar que “falar de mulheres” era a condição de possibilidade para “falar de homens” em saúde, primeiramente demarcamos a emergência do sujeito feminino do cuidado, representada pela mulher-mãe higiênica e pela mulher-sujeito. Em segundo lugar, analisamos a produção do homem como novo sujeito de direitos à saúde, um sujeito-população visto pelo Estado brasileiro a partir de sua posição de exterioridade do campo da atenção integral e de qualidade.

A mulher-sujeito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

No documento “Princípios e diretrizes” da *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (BRASIL, 2009a) delineiam-se dois ideais figurativos para o feminino: o da posição emancipatória das mulheres (advindas das conquistas do movimento feminista na década de 1960), e o da mulher gerenciadora das bordas do cuidado familiar tecida pela medicalização do social no século XIX. Ambos atendem a função de demarcar o

terreno de profundas transformações sociais, em que a medicalização do corpo masculino ganhou parte de seus contornos específicos como Política de Estado – onde ela “acontece” e “faz nascer o homem na saúde” – com seu sujeito de direitos definido, seu diagnóstico socioeconômico, sua capilaridade no tecido social. Esta posição foi enunciada no início da Apresentação do documento “Princípios e diretrizes”, citado a seguir:

À medida que as mulheres conquistam cada vez mais o seu direito ao mercado de trabalho, assumem em muitos lares o papel de responsáveis pela família e a equidade de gênero ganha contornos efetivos, a posição dos homens encontra-se em transformação. A resposta costumeira de que à mulher cabe cuidar da casa, das crianças, dela mesma e do seu companheiro, já não tem lugar no mundo de hoje, que inclui questões complexas ligadas à diversidade sexual e às novas configurações das possíveis formações de modelos familiares (BRASIL, 2009a, p. 7, grifo nosso).

O segundo também reforça a posição de mãe higiênica (BIRMAN, 2001, 2007; COSTA, 1989) incumbida dos cuidados preventivos e estendidos à família, na manutenção e policiamento dos corpos reprodutivo, infantil e masculino. Elegemos duas formas de legibilidade desta posição. A primeira no documento da PNAISH (BRASIL, 2009a) e, a segunda, dos “Princípios e diretrizes” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004):

O foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos) e com a população feminina (BRASIL, 2009a, p. 9, grifo nosso).

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (BRASIL, 2004, p. 9).

A “articulação do cuidado” efetuada pelas mulheres (as esposas, namoradas, filhas, mães, irmãs, amigas, avós, etc.) com as faixas etárias limítrofes foi bastante reiterada pelos entrevistados e, de certa forma, causa ruídos com a posição emancipatória anteriormente citada. Se “a resposta costumeira de que à mulher cabe cuidar da casa, das crianças, dela mesma e do seu companheiro não tem mais lugar na sociedade contemporânea”, conforme citado no trecho acima, é curioso que continue se afirmando que “as mulheres são a porta de entrada para que os homens reconheçam seus problemas”, segundo entrevista com o gestor Pedro da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH).

Juliet Mitchell (1979), psicanalista e teórica feminista, argumentou que a condição da mulher foi sobredeterminada pelos movimentos históricos de articulação de estruturas de produção e de reprodução: “o status biológico da mulher sustenta tanto sua fraqueza como elemento de pro-

dução nas relações de trabalho, quanto sua importância como posseção nas relações reprodutivas” (MITCHELL, 1979, p. 102). Ao discutir a esfera de produção, Mitchell argumentou que a elaboração social da posição da mulher na reprodução condiciona sua participação na produção, ao ser cristalizada na instituição familiar e o que dela decorre, como por exemplo, o gerenciamento do doméstico.

Jurandir Freire Costa (1989, p. 255) afirma que a mãe higiênica nasceu de um duplo movimento histórico: da emancipação feminina do poder patriarcal e; da colonização da mulher pelo poder médico. Destarte, estas duas posições (que alinhavam produção e reprodução sociais) permanecem vigentes na proposta da Política e são fundamentais para alavancar o projeto de medicalização de homens tecido nas análises. Apresentamos a afirmação de dois gestores entrevistados: Pedro, da Área Técnica de Saúde do Homem e, na sequência, a precisa afirmação de Flávia, da Área Técnica de Saúde da Mulher.

Claro que um dos caminhos são as mulheres, algumas unidades, por exemplo, alguns municípios tem adotado uma estratégia de colocar serviços de diagnóstico para o homem, de prevenção, de aconselhamento, de promoção, de atendimento clínico também, num dia da semana, em um horário especial, e tem trabalhado com as mulheres para que elas se comprometam a levar os seus homens nesses dias. Isso tem dado certo porque a tradição toda é que o homem só vai quando a mulher vai junto. Às vezes vai para satisfazer, para não se incomodar ele vai, faz a consulta e depois diz: está bom, está satisfeita? E não deveria ser assim. Não há dúvida nenhuma de que as mulheres são um caminho absolutamente essencial. [...] (Gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

As mulheres são a porta de entrada para que os homens reconheçam seus problemas, não só de saúde, violência, violência de trânsito, de todos os problemas que caracterizam o gênero. (Gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

Naturalmente a política de saúde do homem ela é baseada e coparticipe da política de saúde da mulher. Não há como fazer a dimensão do que significa saúde do homem desconhecendo o que está estabelecido na saúde da mulher como política do Ministério da Saúde há 26 anos. (Gestora da Área Técnica de Saúde da Mulher).

Trilhando o caminho das mulheres, segundo o documento “Princípios e diretrizes”, a PNAISH “foi desenvolvida de modo articulado com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas” (BRASIL, 2009a, p. 9). A afirmação constante do documento ganhou contornos efetivos nas entrevistas com os gestores federais e precisa ser pormenorizada. O que a afirmação significa e como a visualizamos na dispersão daqueles enunciados? Do que estamos falando quando apelamos à citação desta política de saúde para as mulheres? O que, afinal de contas, este significante “guarda-chuva” congrega de tão fundamental na constituição de uma política de saúde para os homens no Brasil? Lê-se no documento “Princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde do Homem”:

O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo entre as Políticas de Saúde do Homem e da Mulher. Trata-se da perspectiva de atenção integral das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres. (BRASIL, 2009a, p. 18).

O primeiro contorno analítico refere-se, portanto, à própria *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2004) como um dos operadores da PNAISH que se coaduna a outro signifiante – a “família” (heterossexual) recorte estratégico da biopolítica em seu “caráter relacional das dinâmicas de casal”. A baliza do argumento que pretendemos desenvolver indica a existência de campos políticos distintos e que se valorados fossem, diríamos que seriam um “positivo” e um “negativo”. Em outras palavras, quando a política de saúde das mulheres é trazida à baila nos regimes discursivos, reiteram-se uma “história” que não pode ser esquecida e um “sujeito político” “mulheres” consolidado, reafirmado na assertiva da gestora: “*não há como fazer a dimensão do que significa saúde do homem desconhecendo o que está estabelecido na saúde da mulher como política do Ministério da Saúde há 26 anos*”. (Flávia, GEST6-ATSM).

Em contraposição, a partir desta afirmação desenvolvemos, adiante, as reflexões sobre o investimento na produção de um “novo” sujeito de direitos à saúde – os homens como uma população específica dos alcances do biopoder (FOUCAULT, 1999). Situando a questão da história que não pode ser esquecida e do “sujeito-mulheres”, recuperamos a entrevista do gestor João, da ATSH:

O que a gente buscou e está buscando fazer também é que a política não seja uma política de governo, seja uma política de Estado. Nós queremos que essa política [de saúde do homem] venha para ficar, a gente vê que as mulheres estão se organizando desde 1985, a saúde da mulher tem aí 25 anos de estrada, temos muito que aprender com elas, com a caminhada, e a gente está começando agora, então nós temos que correr atrás. (Gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

Em uma referência ao conceito de citacionalidade de Jacques Derrida (1991) em *Limited Inc.*, pode-se afirmar que a “matriz feminina” cumpre a ilusão do “original”, de uma *marca* que será perdida no meio do caminho, oferecendo as condições de possibilidade para o balizamento de determinados modelos e estratégias a partir desta matriz. Porém, há uma ressalva. Assim como em Derrida, as teorizações de Butler (2003) rejeitam o conceito de origem (*Ursprung*), posição inaugurada por Nietzsche e retomada por Foucault (2009b) em *Microfísica do poder*. Para a autora, não há um modelo original a ser copiado, de modo que toda imitação não deixa de ser uma cópia da cópia. A ilusão do original tem sua potência analítica na inevitabilidade da perda de seu referencial, de uma origem que pode e deve ser “perdida no meio do caminho” (DERRIDA, 1991, p. 26).

Referimo-nos ainda à articulação teórica de Butler (2002) com Derrida (1991) na questão da performatividade como recurso/apelação à citação. Além da possibilidade de repetição de um signo, a citacionalidade

é fundamental para a produtividade de um discurso. A noção de citacionalidade é utilizada por Butler a partir Derrida (1991) e diz respeito à possibilidade do signo ser citado à revelia do contexto no qual foi gerado. Desse modo, ainda que a intenção se perca no meio do caminho, a simples possibilidade de ser citado e repetido *ad infinitum* faz com que um signo continue inteligível e produtivo. Essa “força de ruptura” advinda da perda do referente é um predicado da linguagem e de seu modo de ser disseminante (DERRIDA, 1991, p. 356).

Ao reler o documento “Princípios e diretrizes” da *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (BRASIL, 2004), refletimos sobre o “nós” das políticas de identidade, do sujeito político de direitos e da materialidade do corpo, do feminino-objeto-sujeito das estratégias de medicalização do Ocidente do século XIX e XX. Neste documento, há uma “demanda” de reconhecimento e efetivação do direito à saúde pelo Estado que está posta em discurso, em seus princípios, diretrizes e no plano de ação, atuando como linha de chegada para a análise. Esta Política visibiliza em suas linhas discursivas as contradições e negociações efetuadas entre o Estado e a sociedade civil, desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983.

O PAISM constituiu-se, efetivamente, em uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde (PEDROSA, 2005). No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.

Em certo sentido, a leitura do documento regente dos princípios e diretrizes de uma política de saúde da mulher evidencia uma tensão. Enquanto a reforma sanitária apontava para um modelo de sistema de saúde público, universal e equitativo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher significou um rompimento com a abordagem demográfica e controlista, bem como com a concepção materno-infantil, ao enunciar uma política de “saúde integral da mulher”. Esta passou a compreender um novo conceito de atenção à saúde que tem nas mulheres não mais objetos reprodutivos das ações de saúde materno-infantil ou de sua exclusão, e sim sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida, e para quem a reprodução é um direito e não dever ou desígnio. As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (BRASIL, 2004, p. 16).

A entrevista com o gestor do Ministério da Saúde (André, GEST1-MS) visibiliza o que ele mesmo sinalizou como uma “linha do tempo” na trajetória política da saúde das mulheres e que, de certa forma, possibilitou

uma proposta de análise sobre a reflexão do que esta trajetória ilumina na constituição do sujeito-homem de direitos. Na esteira do Programa de Assistência (PAISM), a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher insere-se no solo do Estado Democrático brasileiro, em que a saúde como direito de cidadania é uma das principais prerrogativas da agenda nacional (SOUTO, 2008). Segundo o referido gestor:

A medicina era na linha da assistência, hoje tem uma concepção de atenção que é mais amplo do que assistência, assim como hoje empoderamento é muito mais amplo do que emancipação das mulheres. São dois termos muito fortes na minha cabeça que marcam uma linha do tempo: [...] emancipação e assistência à saúde da mulher. Hoje nós trabalhamos com dois conceitos: empoderamento e atenção integral à saúde da mulher. (Gestor da assessoria do Ministério da Saúde).

Há, portanto, a história de uma política que advém de embates sociais e ideológicos no campo do direito das mulheres à saúde integral e de qualidade no Brasil. Em última instância, aquelas mulheres reivindicavam o direito “aos seus corpos”. Situamos aqui o que chamamos anteriormente de um campo político positivo. Os movimentos organizados de mulheres se mobilizaram para a conquista de seu direito de cidadania, que vinha sendo refutado pelas estratégias de controle social do corpo feminino, objetivadas na medicalização cotidiana do Sistema Único de Saúde. “Aprender com as mulheres”, conforme os entrevistados reiteraram, significa citá-las para não perder de vista o horizonte de constituição de uma política para mulheres e homens e o que dela se pode apreender na elaboração da política para a população masculina. Ou seja, é fazer valer a operacionalidade da citacionalidade descrita acima.

O homem-sujeito e seu exterior constitutivo

A partir do “referente” feminino, enunciou-se a “história” de política de saúde dos homens em sua direção oposta – o campo político negativo, no sentido de que a população masculina deva “apropriar-se da Política” a ela dirigida. Como “não teve um movimento de base” (João, ATSH), a PNAISH demanda “uma demanda”, no movimento contrário verificado na constituição de uma política de atenção integral à saúde das mulheres.

Na proposta de os homens “perceberem-se como sujeito de direitos”, como “um cidadão que precisa e que pode utilizar serviços de saúde com qualidade” (Maria, ATSH) arriscamos enunciar que a *Política de Atenção Integral à Saúde do Homem* é uma política, à primeira vista, sem sujeito, mas que o coloca na ordem de acontecimento justamente ao produzir o seu campo de exterioridade. O movimento parece ser exógeno, ao contrário do que se deu com as demais políticas de saúde no Brasil. Qual é o sujeito da política de saúde do homem? Quais são suas reivindicações? Como este se organiza enquanto “nós”?

As respostas para estas perguntas subsumem a existência do sujeito estável e coerente que uma política presume, ao mesmo tempo em que pronunciadas, incidem na necessidade de defini-lo. Os homens não se organizam,

diriam alguns. É justamente por não existir indícios de mobilização masculina na cultura que uma política para “eles” se faz inteligível, justificável, necessária, fidedigna ao barulho que as próprias questões promovem no tecido social. O gestor João referiu-se ao “movimento de base” quando pontuou uma das críticas que a PNAISH recebeu durante o processo de sua constituição desde 2006.

Tem uma coisa que foi uma crítica muito grande feito a essa política que eu entendo, mas que tem uma questão no momento que é o seguinte, ela não teve o movimento de base, você não teve, por exemplo, como na política de saúde das mulheres, ou a política de saúde LGBT que está sendo lançada agora, que você consegue unir municipalmente, estadualmente, fazer as conferências, fazer uma nacional, porque dentro da saúde masculina a gente não vê esse movimento acontecendo, a gente tem uma questão muito forte que é: os homens não se perceberem ainda como sujeitos de direitos, a questão da cidadania não existe, então acaba que o que o Ministério precisou fazer foi pegar essas informações que vinham de baixo, recolhe-las, juntá-las e oferecer de novo para a ponta. (João, gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

A política de saúde do homem ganha autonomia em relação à matriz ao constituir a proposta de um sujeito político de direitos masculino, ainda que o faça reforçando o dispositivo familiarista da gramática heterossexual normativa e da inteligibilidade dos binarismos (BUTLER, 2003). Esta operação discursiva pode produzir e restringir as possibilidades de uma estilística de homens em saúde. Quando dizemos restringe, referimo-nos a imposições uniformes da categoria sexo que atua sobre os corpos, com o objetivo de manter a sexualidade reprodutiva como uma ordem compulsória (BUTLER, 1998, p. 26). Esta normativa ganha vida na cartilha dos direitos sexuais e reprodutivos, ao incidir sobre as posições de alguns homens na saúde via planejamento familiar.

No que se refere à discussão proposta neste momento, ao admitirmos a relação de parentesco que a política de saúde para homens tem com as estratégias subversivas à norma hegemônica sexista, encadeadas, primeiro, pelos movimentos feministas e, posteriormente, pelos movimentos gays, lésbicos e trans, vislumbramos ainda as reminiscências de um sujeito político que vê sua emergência atrelada ao solo discursivo do sujeito do feminismo e a sua “clientela” mulheres, usando a linguagem de Butler (1998, 2003) e, também do sujeito feminino. O sujeito político “homens” se vê acionado de diferentes maneiras: na ontologia maternalista, no masculino pré-concebido confirmado na passagem de um homem “fora” para um homem “dentro” da política/saúde/SUS, no signo da diferença em relação ao luto do homem do patriarcado. Todos amparando como linhas discursivas a Política que se propõe representacional do sujeito de direitos que produz.

Em *Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”* Butler (1998) insiste na tese de que o campo político é necessariamente construído mediante a produção de um exterior determinante, nos termos de Ernest Laclau e Chantal Mouffe (1989).

Nos termos de Derrida (1991), trata-se da produção de um “exterior constitutivo”, em que o homem-sujeito de direitos se constitui em relação a outro(s), a algo que lhe é externo e face ao que sua identidade se define. A possibilidade de sua produção está permanentemente confrontada com aquilo que lhe escapa da necessidade identitária (o “homem” da política de saúde). Portanto, em cada nova “irrupção” do exterior constitutivo, sem o qual nenhuma estrutura possuiria seu efeito de unidade e identidade, é posta em relevo a contingência desse sujeito-homem de direitos que reúne todos os outros quando se “abre a caixinha” do universal descrito pelo gestor Carlos (GEST5-ATSH): “o homem que está na prisão, o homem que está na rua, ou o homem travesti, o homem homossexual...”. Eles são lembrados na nomeação enunciativa que lhes confere uma posição, ainda que seja uma emergência discursiva encadeada pelo que não deve ser esquecido de ser dito.

O supracitado gestor abordou um dos desafios da implementação da Política de saúde do homem, qual seja, transpor a institucionalização da fragmentação no próprio arranjo ministerial e governamental. A metáfora da “caixinha” evidencia o processo de fragmentação das identidades para as quais as políticas públicas de modo geral se dirigem. Na relação entre o “um” e o “todos”, o gestor apresenta as especificidades dos homens que não podem permanecer “de fora” do planejamento estratégico da PNAISH:

Pelo fato do Ministério ter várias linhas diferenciadas de trabalho, então às vezes você acaba ficando dentro de uma caixinha e deixa de ver o que está ao seu lado, na porta do lado. Então, saúde do penitenciário é aqui do lado, como a gente pode trabalhar com os homens sem trabalhar com o sistema penitenciário, não tem como. Então a gente tem que deixar de ficar fechado nestas caixas e criar uma rede de atenção global, por que a gente trabalha a atenção integral, não tem como trabalhar o integral sem trabalhar o homem que está na prisão, o homem que está na rua, ou o homem travesti, o homem homossexual, não tem como trabalhar sem essa visão ampla. (Carlos, gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

Em se tratando de elaboração e materialização de políticas públicas de saúde, a relação entre igualdade e diferença está colocada (SCOTT, 1999) na tensão própria ao princípio de Universalidade do Sistema Único de Saúde – entre o ser humano genérico e os “grupos populacionais específicos”. Rita Müller (2008) deparou-se com a recusa e, ao mesmo tempo, a aceitação das “diferenças sexuais” entre homens e mulheres na identificação de demandas para um serviço de atenção integral à saúde de homens no Brasil. Porém, cada um destes posicionamentos (homens, mulheres, crianças, idosos, população prisional, indígena, adolescente, etc.) não escapou à dificuldade de objetivação/contemplação de demandas específicas no princípio comum do direito de “todos” à saúde. Quem é/são todos? – as políticas identitárias estabelecem com esta pergunta uma dependência radical permeada pela instabilidade do processo de fragmentação de identidades.

Ao considerar a relação entre igualdade e diferença, referimo-nos especificamente ao artigo da historiadora norte-americana Joan Scott (1999), ao refletir sobre a questão paradoxal em *Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista*. Nele, a autora discute o tema da igualdade versus diferença a partir do corpo teórico-conceitual pós-estruturalista, e justifica sob que premissa fundamenta suas inquietudes. Uma delas lê-se: “necessitamos teorias que nos permitam pensar em termos de pluralidades e diversidades, em lugar de unidades e universais” (SCOTT, 1999, p. 203). Valendo-se dos conceitos de linguagem, discurso, diferença e desconstrução, a autora questiona o *modus* binário e dual, decorrente da oposição igualdade versus diferença, ocultando as diferenças no interior de cada um desses polos. A colocação antitética de estabelecimento da igualdade/diferença apresenta um paradoxo de duplo efeito para as questões de gênero, pois ao negar a diferença na constituição da igualdade, institui a semelhança como o lugar legítimo do qual (e pelo qual) se pode reivindicar a igualdade. O efeito essencializante do paradoxo proposto por Scott produz campos de visibilidade importantes para a análise do discurso aqui proposta.

Nesta problematização está em pauta o debate teórico sobre a identidade, representação política e norma jurídica no acesso a direitos sociais dos indivíduos. Butler (1998) destaca a importância do debate para o projeto político (neste caso, especificamente o feminista), na medida em que as bases da política (“universalidade”, “igualdade”, “o sujeito dos direitos”) foram e permanecem sendo construídas a partir de exclusões raciais e de gênero, e por uma fusão da política com a vida pública que torna o privado (e suas esferas de reprodução, intimidade e domínios da “feminilidade”) um território pré-político. Em outras palavras, o domínio da política se constitui por meio da produção e naturalização do “pré” ou “não” político. No artigo *Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”*, uma importante nota de rodapé problematiza a distinção entre a “constituição de um campo político que produz e naturaliza esse exterior constitutivo e um campo político que produz e torna contingentes os parâmetros específicos desse exterior constitutivo” (BUTLER, 1998, p. 13).

Não há uma política que represente um sujeito estabelecido a priori, porque “nenhum sujeito é seu próprio ponto de partida; e a fantasia de que o seja só pode desconhecer suas relações constitutivas refundindo-as como o domínio de uma externalidade contrabalancadora” (BUTLER, 1998, p. 18). Que o sujeito precise desejar as condições da própria subordinação para persistir enquanto tal, eis a assertiva de Butler em relação à constituição do sujeito e do campo político de direitos, isto porque os termos políticos que pretendem estabelecer uma identidade segura ou coerente se veem perturbados por esse fracasso da performatividade discursiva.

Para a autora, a identidade sempre requer aquilo de que desgosta, sendo este seu caráter de fracasso constituinte, o que implica considerar o domínio do abjeto como aquele que institui na linguagem o campo que sus-

tenta os lugares possíveis de fala e de escuta, o campo que se dá pela negatividade, o próprio do não lugar. Em outras palavras, o exterior constitutivo tem a marca do que é silenciado, do não representado, não autorizado pelo simbólico como sujeito legítimo de direitos. Pela questão da abjeção ou forclusão, tem-se uma das articulações possíveis da concepção de sujeito foucaultiano da autora, no sentido de que a ilusão da autonomia do sujeito da consciência se mantém considerando-se o encobrimento da exclusão e da diferenciação que o constitui (BUTLER, 1998, p. 21).

Propomos uma situação dialógica hipotética com um dos gestores entrevistados para dar início às reflexões acerca dos “homens da Política”, quando este afirmou em determinado momento de sua entrevista que:

Quando eu falo homens eu estou falando para você no plural, estou falando de gays, bissexuais, travestis, transsexuais, negros, brancos, população de rua, só para não estar cunhando, ter cuidado com essa coisa de que homem a gente está falando, saber que tem as especificidades mesmo. (João, gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

Contextualizando, o entrevistado referia-se à elaboração de diagnósticos dos agravos que acometiam os homens no país quando pontuou a questão destacada como elemento de minha argumentação. Pautada pela ressalva “de que homens estamos falando?”, sua advertência instaura um desconforto produtivo que não pode ser ignorado, qual seja, quais “homens” a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* produz?

A matriz de inteligibilidade se impôs em nossa leitura como aparato discursivo, visibilizando enredos e linhas estratégicas de subjetivação. Concomitantemente, a partir desta matriz referencial é possível problematizar a violência inerente à norma e seus efeitos substancializantes na produção dos sujeitos – neste caso, na emergência do “homem da Política de saúde”, uma ficção política – diga-se de passagem – que somente pode “querer dizer” ao se admitir que a promessa da emergência é fantasmática de saída. Portanto, acompanhar o questionamento efetuado pelo gestor é adotar uma das estratégias centrais de Butler (2003), a saber, a estratégia subversiva de contestação e suspensão de significados pré-estabelecidos, em favor do desmonte das relações de poder que lhes constituem. Mas, como o homem-sujeito de direitos se produz na descontinuidade dos enunciados?

Nas linhas de força do discurso sobre as mulheres, encontramos a problematização do masculino no pós-patriarcado e outros destinos para a dominação masculina na cultura. No que se refere ao masculino, vislumbram-se três elementos fundamentais no documento da PNAISH “Princípios e diretrizes” (BRASIL, 2009a). O primeiro deles são as linhas de fabricação/produção do homem-sujeito de direitos à saúde, “o homem que não se cuida, avesso à prevenção e ao autocuidado”, no enredo explicativo que pode ser apresentado da seguinte forma:

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública,

orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças. (BRASIL, 2009a, p. 7).

O segundo refere-se ao projeto-piloto estratégico de medicalização deste e para este sujeito, norteado pelo “conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade” (BRASIL, 2009a, p. 7). E, principalmente, o terceiro e último elemento, um campo discursivo no qual a política tem sua posição enunciativa, no momento em que se encontram neste posicionamento as noções de acontecimento e atualidade. Em *A arqueologia do Saber* (FOUCAULT, 2009a, p. 152) e *Nietzsche, a genealogia e a história* (FOUCAULT, 2009b, p. 28) a noção de acontecimento é central como a irrupção de uma singularidade única e aguda, no lugar e no momento da sua produção. Naquele livro, a noção de atualidade, diferenciada da noção de presente, situa-se como a “borda do tempo que envolve nosso presente, que o domina e que o indica em sua alteridade” (FOUCAULT, 2009a, p. 162-163). Nesse sentido, um dos desafios é a de analisar a Política em sua atualidade⁶⁶.

Na apresentação do documento “Princípios e diretrizes” (BRASIL, 2009a), podemos extrair as justificativas diretamente relacionadas à primeira questão norteadora acima. A primeira é o reconhecimento de que “o sistema de saúde tem dado prioridade à atenção a criança e a mulheres – e, mais recentemente, aos idosos – considerando-os como os estratos mais frágeis da sociedade” (BRASIL, 2009a, p. 7). O interrogativo “cadê o homem?” do gestor entrevistado (GEST4-ATSH) é emblemático na dúvida que oferece à certeza a existência de um homem “esquecido” que se vê “descoberto” como uma população que não tem uma política de saúde específica, nos meandros do Sistema Único de Saúde. Pedro no início de sua entrevista:

Neste caso alguém constatou que já tem política para os idosos, política para as mulheres, para os adolescentes, presidiário – e o homem? Cadê o homem? Ah, é mesmo, não há uma política específica para o homem, e aí foram descobrir que só nessa faixa de 20 aos 59 anos você tem 52 milhões de pessoas que é maior do que qualquer população total de qualquer país da América Latina. (Pedro, gestor da Área Técnica de Saúde do Homem).

A segunda é o reconhecimento de que “a posição dos homens encontra-se em transformação” pela ruína do princípio soberano e, por último, a constatação de que “os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2009a, p. 7). Cada um destes “reconhecimentos” pode ser analisado separadamente, mas, juntos, compõem a força de verdade que justifica os investimentos do biopoder na promoção/prevenção de saúde da população masculina.

Considerações finais

Ao longo do artigo, propusemos sustentar que falar de mulheres foi a condição de possibilidade para falar de homens ao lidar com o *corpus* do trabalho – momento

este que o gênero como regime de luzes e maquinaria de fazer ver/ fazer falar ganhou sua posição. Rompendo as margens do conceitual que o gênero ocupa na cena acadêmica, militante e governamental e nos estudos que recebem seu nome – os estudos de gênero, quando alçado a um “regime de luzes”, no sentido deleuziano, aceitamos lidar com o que de camaleônico este enunciava no trabalho, mimetizando-se. A ênfase da análise foi visibilizar o gênero em sua inteligibilidade, transversalidade na composição dos documentos-base da *Política*, mas também iluminador da matriz heteronormativa, da verdade do sexo e propulsor das engrenagens biopolíticas.

A memória dos embates travados entre natureza, cultura e biopoder na impressão de um corpo feminino extramaterno na saúde foi fundamental para analisar o que estava em jogo quando as tensões ganhavam unidade analítica na dispersão dos enunciados. Não se tratou de recuperar a memória – pois esta nunca foi perdida – mas de lidar com a produção de saberes e poderes sobre o masculino e sua sexualidade, no campo de tensões que as linhas de força do feminino e de seus deslocamentos na moral sexual civilizada davam a ver como memória no contemporâneo.

Referências

BIRMAN, J. Gramáticas do erotismo: a feminilidade e suas formas de subjetivação em psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BIRMAN, J. Laços e desenlaces na contemporaneidade. *Jornal de psicanálise*, v. 40, n. 72, p. 47-62, 2007.

BRAIDOTTI, R. A política da diferença ontológica. In: BRENNAN, T. (Org.). *Para além do falo: uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p. 123-144.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: MS, 2009a. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 15 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: MS, 2009b.

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. *Cadernos Pagu*, n. 11, p. 11-42, 1998.

BUTLER, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo. In: _____. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

DERRIDA, J. *Limited Inc*. Campinas: Papirus, 1991.

FOUCAULT, M. *A história da sexualidade: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1995. v. 3.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. Lisboa: Relógio d'Água, 1997.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: MOTTA, M. B. (Org.). *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Coleção Ditos & Escritos, v. 5, p. 258-280.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2009a.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2009b. p. 12-22

LACLAU, E.; MOUFFE, C *Hegemony and Socialist Strategy: Toward a Radical Democratic Politics*. London: Verso, 1989.

MITCHELL, J. *Psicanálise e feminismo: Freud, Reich, Laing e mulheres*. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

MÜLLER, R. C. F. *Homens Falados: performances de corpo e gênero, paradoxos dos serviços públicos de saúde*. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 72-80, out./dez. 2005.

PIEL que habito, La. Direção: Pedro Almodóvar. Espanha: El Deseo, 2011.

RUBIN, G. The traffic in women: notes on the “political economy” of sex. In: REITER, R. (Ed.). *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review, 1975. p. 157-210

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 1995.

SCOTT, J. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. *Debate Feminista* (Cidadania e Feminismo), n. esp., p. 203-222. São Paulo: Cia. Melhoramentos, 1999.

SOUTO, K. M. B. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

Recebido em: 30 de março de 2015

Aceito em: 29 de setembro de 2015