“Novas lutas, antigas concepções”: mulheres e homens em movimentos pelo direto à saúde.

Giovana Ilka Jacinto Salvaro (UFSC) - giovanailka@gmail.com
Rita de C. Flores Muller (UFRJ/UFSC)
Mara Coelho de Souza Lago (UFSC)

Resumo:
A proposta deste trabalho está centrada em um importante dispositivo de análise do gênero na pós-modernidade: o acesso aos direitos sócio-culturais e suas implicações nas lutas feministas de diferentes ordens. Verbo transitivo direto na conjugação reivindicatória das mulheres, refletiremos sobre a categoria sujeito político de direitos, a partir das propostas filósofo-metodológicas de Judith Butler, Joan Scott e Nancy Fraser. Articulando a discussão às questões da universalidade, do reconhecimento e da (re)distribuição, trabalharemos com dois cenários políticos diferenciados: a “luta pela saúde da mulher e pela saúde pública de qualidade”, mobilizada pelo MMC (Movimento de Mulheres Camponesas), e a PNSH (Política Nacional de Saúde do Homem). Ambos convergem no retorno ao corpo e à diferença sexual como forma de legitimar tanto o sujeito quanto o direito a que ele reivindica. Neste movimento de convergência, ganham forma o sujeito político de direitos e seus aparatos discursivos para torná-lo contingencialmente "verdadeiro". Partindo da força do enunciado das diferenças sexuais, as explicações sobre estas nos contextos políticos dão visibilidade ao corpo como a arena em que os embates simbólico-culturais se constituem. Por um lado, o retorno ao corpo e à diferença sexual como força discursiva de efeito naturalizante descortina a própria centralidade do conceito, dando ao corpo o estatuto de dispositivo analítico. Por outro, faz parte da repetição constituinte do performativo do gênero na linguagem, como um conjunto de significados estabelecidos socialmente, que constituem a materialidade do sexo e a diferença sexual. Encontramos, portanto, possibilidades de subversão das normas de gênero na/da cultura, ao questionar as bases ontológicas em que o próprio gênero é constituído. Tal processo dá a ver o uso estratégico da ordem compulsória do sexo/gênero em cenários políticos onde as lutas por direitos sociais, necessariamente, implicam o reconhecimento e a manutenção de diferenças sexuais. Trata-se, de certo modo, da afirmação da diferença na luta pela igualdade, do uso operacional da diferença sexual. Como efeitos de poder, a constituição de corpos na e pela diferença sexual atende a determinados códigos políticos de inteligibilidade. A qualificação e materialização de corpos e suas diferenças ocorrem em um domínio de inteligibilidade cultural que garante a manutenção de binarismos e da hegemonia heterossexual. É sobre a produção dessas inteligibilidades, nos desafios impostos pelos campos enunciativos da contemporaneidade, que iremos nos deter, nas análises de publicações do MMC e da PNSH referentes.

Palavras-chave: feminismo, gênero, diferença sexual, direitos sociais e culturais, saúde, movimento de mulheres camponesas, homens.

Considerações iniciais

No presente texto, pretendemos discutir o acesso a direitos sociais e culturais, no campo das lutas de gênero, em dois cenários políticos diferenciados: a “luta pela saúde da mulher e pela saúde pública de qualidade”, mobilizada pelo MMC (Movimento de

Mulheres Camponesas), e a Política Nacional de Saúde do Homem (PNSH). Iniciamos com a contextualização desses dois cenários políticos e, na seqüência, a partir das reivindicações em curso pelo direito à saúde (apresentadas em publicações do MMC e da PNSH), elaboramos reflexões sobre usos estratégicos do retorno ao corpo e à diferença sexual (na ordem compulsória sexo/gênero), as quais evidenciam campos de negociação. Para tanto, buscamos estabelecer um diálogo sobre a categoria sujeito político de direitos, a partir das propostas filósofo-metodológicas de Judith Butler, Joan Scott, Nancy Fraser, entre outros/as autores/as.

1 Sobre o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e a Política Nacional de Saúde do Homem: situando o debate

1.1 O MMC em lutas de gênero

A constituição do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), como um movimento nacional, vincula-se à unificação de movimentos de trabalhadoras rurais autônomos, oriundos de diferentes estados (e regiões) do país, criados na década de 1980 e, em grande medida, estimulados pela consolidação dos movimentos feministas e de mulheres no Brasil, pelas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e Comissão Pastoral da Terra (CPT), sindicatos rurais, partidos políticos. (Deere, 2004). Considerando as trajetórias singulares desses movimentos, produzidas por questões políticas locais e globais, "ao longo do crescimento da participação de mulheres no movimento sindicalista rural, a década de 1980 foi caracterizada pelo crescimento, em muitos estados, do movimento autônomo de mulheres rurais, o MMTR" (Deere, 2004, p.182), os quais surgiram quase ao mesmo tempo em estados do sul e do nordeste do país.

Segundo Cândido Grzybowski (1990, p.47), as reivindicações dos movimentos de mulheres no campo, como os que se formaram no Rio Grande do Sul, Brejo Paraibano, Pará, Santa Catarina, entre outras formas de organização, articulavam o reconhecimento social e legal da situação das mulheres "como mulheres e trabalhadoras: direito à sindicalização, à terra, à previdência social, etc." Na década de 1990, "o Movimento de Base das Mulheres Agricultoras do Oeste Catarinense e Região do Alto Uruguai do Rio Grande do Sul, com núcleos hoje em aproximadamente 40 municípios, luta pela sindicalização das mulheres, seu direito à aposentadoria, direito à assistência médica e à indenização por acidentes de trabalho." (Grzybowski, 1990, p.48).

Na ocasião, em diferentes partes do país, questões de gênero e de classe se articulavam (e ainda seguem se articulando), demandando a construção da categoria trabalhadora rural enquanto sujeito político de direitos, como uma política de identidade necessária para as reivindicações em nome das mulheres (Butler, 1998). A construção e afirmação de uma identidade se apresentavam (apresentam) como condição para a ação política. Além disso, tratavam-se de reivindicações no campo do reconhecimento e da redistribuição, em que foi (é) necessário reivindicar/negar especificidades (Fraser, 2001, 2007), constituindo-se como um paradoxo da igualdade, na medida em que a busca pela eliminação das diferenças se fez em nome das mulheres (Scott, 2002; 2005).

Nesse campo de lutas, que articula igualdade e diferença, foi fundamental a produção das mulheres na "posição de trabalhadoras rurais", de modo que, reconhecidas enquanto tais, pudessem reivindicar e conquistar direitos trabalhistas-previdenciários.

Tendo em vista que o acesso aos direitos trabalhistas-previdenciários requer a nomeação e o reconhecimento de um corpo que trabalha, discursivamente construído na/pela diferenciação sexual, a categoria trabalhadora rural foi produzida por meio de campanhas específicas, as quais traziam (trazem) a necessidade de as mulheres terem documentos pessoais e profissionais (carteira de identidade, cadastro de pessoa física, carteira de sócia do sindicato, bloco de notas de produtora rural, entre outros). No ano de 1994, a Articulação de Instâncias de Mulheres Trabalhadoras Rurais – Sul (AIMTR/SUL), que teve sua criação estimulada no decorrer do primeiro encontro nacional de mulheres rurais autônomas (apoiado pela Central Única de Trabalhadores e pelo Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra), realizado em Barueri/SP, no ano de 1986 (Deere, 2004), fez circular a cartilha de formação e informação nº1, intitulada "nenhuma trabalhadora rural sem documentos!".

"Essa cartilha foi escrita para a trabalhadora rural, com o objetivo de trazer informações e esclarecimentos sobre os seus direitos civis. É nossa intenção, também, mostrar-lhe a importância de ter todos os documentos que a lei nos permite ter, a fim de garantirmos nossa cidadania plena." (AIMTR-SUL, 1994, p.03). Pelo reconhecimento da profissão de trabalhadora rural, em 1991, foram conquistados a aposentadoria aos 55 anos para as mulheres e 60 para os homens, em 1992, o direito ao benefício por acidente de trabalho e, em 1994, o salário maternidade. No ano de 1997, ocorreu o lançamento nacional da Campanha "Nenhuma trabalhadora rural sem documento" e a publicação da cartilha de base foi de responsabilidade da Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMTR, 2004), consolidada, por sua vez, em um encontro nacional realizado em São Paulo, no ano de 1995. No ano de 2003, por meio do Ministério do Desenvolvimento Agrário, foi implantado o Programa Nacional de Documentação. (Silva, 2006).

Deste modo, movimentos autônomos e articulações regionais e nacional, criados/as ao longo de mais de 20 anos de história, com reivindicações, lutas e conquistas, constituíram-se pela criação de sujeitos políticos de direitos, como condição de possibilidade para a consolidação do Movimento de Mulheres Camponesas do Brasil: "A constituição de um movimento popular, autônomo, classista aflora da necessidade de unificar as lutas feministas, aprofundando a história de luta das mulheres e elaborar coletivamente a intervenção política para a construção de uma sociedade igualitária." (MMC/SC, 2008, p.19). Entre outras lutas e desafios, é neste processo de unificação de movimentos de mulheres, em torno de reivindicações por reconhecimento e por redistribuição, que a "luta pela saúde da mulher, saúde pública e de qualidade" é atualizada e mobilizada.

1.2 A Política Nacional de Saúde do Homem... (do homem)?

Em consonância com uma das metas do plano de governo do ministro da saúde José Gomes Temporão, em agosto de 2009 foi lançada a Política de Atenção à Saúde do Homem (PASH), sob a afirmação de que "homem que se cuida não perde o melhor da vida"[i]. Consideramos como campo empírico dessas reflexões, o documento dessa Política e a participação em duas pesquisas multicêntricas realizadas na parceria de universidades brasileiras e organizações não-governamentais, em trabalho anteriormente produzido (Müller, 2008). É sobre os desafios impostos pelos campos enunciativos da contemporaneidade que iremos nos deter, no que se refere à seguinte questão: por quais malhas discursivas estão se delineando outras formas de ser homem no campo da saúde coletiva?

Considerado como um problema de saúde pública, a cartografia do mal-estar masculino tem sua força na problemática da vulnerabilidade dos homens brasileiros dos

20 aos 59 anos. Esta vulnerabilidade encontra justificativa nos baixos índices de expectativa de vida desta população em relação às mulheres, nos agravos das doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, colesterol, pressão arterial mais elevada, alcoolismo e tabagismo, bem como na estreita relação dos homens com a cultura do risco e da violência[ii]. Radicalizando a assertiva bastante presente no imaginário social de que *os homens não cuidam da saúde*, e que estes apenas procuram os serviços em situações limítrofes, o que está em jogo na constituição dessa política pública e o que ela vem mobilizando no campo social, é a implosão da figura do homem universal, em prol da "heterogeneidade das possibilidades de ser homem". Como o documento da PNSH afirma: "as masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a sua significação um processo em permanente construção e transformação".

Dito de outro modo, o que estamos assistindo é o fortalecimento e a mobilização do significante *homens* em favor de uma produção alternativa (Butler, 2003), uma ressignificação contingencial que não mais aquela sustentada sobre as bases do patriarcado. O que está em jogo, portanto, são as linhas de força que constituem outras formas de subjetivação do masculino na pós-modernidade, tendo como recorte empírico deste artigo o campo da saúde coletiva no Brasil nessas ações regionais integradas. Conforme uma das diretrizes da PNSH (2008), isto implica:

> reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados.

As palavras (re)conhecimento, (re)distribuição e acesso estão diretamente envolvidas nesta reflexão sobre o sujeito e seu direito à saúde. A atual preocupação que a PNSH retrata mobiliza a discussão sobre o estatuto biopolítico do direito à saúde, tal como foi formulado em 1949 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Reconhecer os homens como sujeitos de direitos à saúde integral e de qualidade implica duas premissas: a primeira é a admissão de que este sujeito político mudou de estatuto, pois já tem direitos adquiridos; a segunda, que decorre da primeira, trata da redistribuição simbólica e política desses direitos, em favor de outras formas de pronúncia do masculino na cena contemporânea.

Partindo da força do enunciado da *diferença sexual*, a cartografia das diferenças entre homens e mulheres em relação à saúde e aos cuidados, apresenta dois importantes dispositivos analíticos. O primeiro deles é o corpo – este da ordem do sexual, do pulsional e do político, da matéria e do efeito, do transbordamento –, como o estádio em que os embates simbólico-culturais se estabelecem (Scott, 2005). O corpo tem sua centralidade na medida em que se movimenta pelas ordens do cultural, quanto do natural, ambas entendidas como atos performativos contingentes na produção/repetição/manutenção do gênero binário, parte do processo de naturalização que o próprio gênero requer, para que (se) sustente (sobre) os efeitos substancializantes constituintes do sujeito (Butler, 2003). Em relação à saúde masculina, é pelo corpo que fica visível a não inteligibilidade e vulnerabilidade dos homens na saúde, como também é somente nele que se investe, a ponto de tornar este corpo-homem viável para a implementação de uma política pública ao alcance de seus objetivos.

O segundo dispositivo é o conceito polifônico de saúde, a palavra chave do século XX – verdade e utopia do corpo (Moulin e Courtine, 2008, p. 18). O caráter performativo da *diferença sexual* incide sobre a divisão binária dos cuidados com a saúde, em que as mulheres são concebidas como cuidadoras por excelência, e os homens estariam tão afastados do cuidado preventivo, quanto dos serviços de saúde. Esses elementos de análise estão circunscritos no âmbito das tecnologias do poder (Foucault, 2003), em que a sexualidade, o papel central da família na vigilância da

saúde e a medicalização dos corpos são lócus de análise e constituição dos saberes a partir do século XVIII.

Segundo Birman (2007, p. 50) "a figura da mulher-mãe se incumbia do espaço privado da família e das bordas dessa, nas suas articulações com as instituições médica e pedagógica". Daí a força do feminino que vê na governabilidade da vida seu lugar de existência. Essa força aparece discursivamente atualizada tanto nas entrevistas com os profissionais de saúde, quanto com os usuários dos serviços públicos, na figura desta mulher detentora do saber sobre a saúde dela, da criança e do parceiro, constituindo-se no sujeito por excelência do cuidado do SUS, importante alvo de alcance e de ação na governabilidade de sua própria vida e daquelas pelas quais assume a responsabilidade.

Lidar com as outras formas de masculinidade que vêm se delineando na contemporaneidade significa, principalmente, questionar as premissas histórico-conceituais sobre as quais masculinidade esta tem sido pensada como categoria de análise, na relação da psicanálise com os estudos de gênero. A questão da saúde dos homens vem na esteira do projeto biopolítico maior, das mudanças ocorridas nas décadas de 1950/60 e da crise do masculino[iii] advinda dessas transformações. O deslocamento do feminino em direção à igualdade e paridade de direitos produziu cisões na sólida hegemonia masculina. As transformações provocadas pelo movimento feminista, a saída da mulher do privado para o público, sua alçada de mulher-mãe à mulher-sujeito, e o lugar dedicado às relações entre os sexos no Ocidente, são linhas de força que compõem a problemática em questão. Tendo como eixo de leitura a tradição do patriarcado e suas reminiscências na atualidade, não há possibilidade de pensar os homens na saúde e seus desdobramentos políticos, que não esteja atrelado no discurso psicanalítico em sua relação com a biopolítica, aos registros do feminino e da paternidade.

2 "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado..."[iv]: mulheres, homens e normas de gênero em foco

2.1 O MMC e a saúde da mulher

Os movimentos autônomos rurais que se unificaram para constituir o MMC, de certo modo, apresentavam bandeiras de luta semelhantes, no que compreendia o reconhecimento das mulheres na posição trabalhadora rural, consequentemente, na produção de um sujeito político de direitos que viesse ao encontro das reivindicações em curso. No que diz respeito à saúde, a produção de um movimento nacional atualiza reivindicações que remontam ao final da década de 1980, quando da criação de alguns desses movimentos autônomos e das possibilidades para reivindicações de direitos propiciadas pela Constituição Federal de 1988. A saúde, a partir de bandeiras de luta produzidas pelo MMC, é apresentada na interface com um modo de vida e de agricultura específicos, os quais demandam mudanças nas práticas de cultivo-produção de alimentos que comprometem as formas de vida no planeta.

> Somos mulheres camponesas, nos identificamos pela produção de alimentos para o auto-sustento e renda, a partir do trabalho da família ou outras formas coletivas. Lutamos pelos direitos enquanto mulheres e trabalhadoras, através do Movimento de Mulheres Camponesas, buscando a libertação da mulher enquanto sujeito social na transformação da sociedade. Muitas foram e são as lutas e desafios, entre tantas, uma das nossas bandeiras tem sido a luta pela saúde da mulher, saúde pública e de qualidade. (MMC/SC, 2006, p.06).

O texto citado integra o tópico “quem somos”, de uma das cartilhas produzidas pelo MMC/SC, com o apoio do Ministério da Saúde, em 2006. Nesta publicação, intitulada “Conhecer, prevenir, lutar e cuidar a saúde da mulher”, ressalta-se que a luta pelo direito à saúde, fundamentalmente, envolve a construção de um projeto de agricultura camponesa a partir de princípios agroecológicos, “com respeito às sementes como patrimônios dos povos e a serviço da humanidade, com o cuidado na recuperação, preservação e multiplicação das espécies, com respeito ao ciclo natural da vida como um todo.” (MMC/SC, 2006, p. 15). Na relação entre saúde e agricultura, colocada em ação na/pela posição trabalhador/a rural, “a **saúde** para o MMC está relacionada a um **conjunto de condições de vida**, que todo ser vivo necessita para viver dignamente”, de modo que “o equilíbrio ecológico, o respeito aos ciclos da terra, das plantas, da água, das sementes, do ar, do sol, dos animais, do ser humano enfim, de todas as espécies da natureza determinam em grande medida o potencial de saúde.” (MMC/SC, 2006, p.45).

Como na produção da categoria trabalhadora rural, enquanto sujeito político de direitos, em que o retorno ao corpo e à diferença sexual legitimou (legitima) reivindicações trabalhistas-previdenciárias, no paradoxo das lutas de gênero (Scott, 2002, 2005), o que se observa é que, no campo do direito à saúde, isso também se faz Como exemplo, entre outras ações do MMC, pode-se referir que “a luta constante pela saúde traz desafios que deverão transformar-se em ações como: [...] exigir os direitos de saúde pública e universal – SUS – conhecer e cobrar os Programas de Saúde da Mulher.” (MMC/SC, 2006, p.20-21).

Nesse contexto, cabe ressaltar que o Ministério da Saúde, no ano de 1984, “atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) [...]” e, em 2004, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).[v]

Em grande medida, a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, estrategicamente aciona o reconhecimento da diferença no/pelo performativo de gênero na materialidade do corpo e da diferença sexual. (Butler, 2002). Em outras produções do MMC, que articulam saúde, saúde da mulher e agricultura agroecológica, questões em torno da geração e da preservação da vida são mobilizadas no sentido de marcar a centralidade da maternidade. Como recorte de uma produção mais ampla, o texto que segue evidencia o retorno ao corpo e à diferença sexual na interface com a maternidade.

> A vida humana se desenvolve no útero da mulher, é nele que a criança recebe os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento [...] da mesma forma, as plantas acolhidas no seio da terra, retiram do solo fértil, do ar e da água estes nutrientes [...] por isso, a vida nova que está sendo gerada pela mãe e pela natureza, precisa de terra, ar limpo, água pura, alimentos sem venenos entre outros, para ter uma vida saudável. (AMMC/SUL, s/d, p.4).

Por um lado, a partir do que apresenta Butler (2002), a produção de sujeitos políticos de direitos, por meio de códigos culturais de inteligibilidade em torno da especificidade da maternidade, reproduz normas a partir de uma ordem heterossexual e compulsória do sexo/gênero. Por outro, o retorno ao corpo e à diferenciação sexual pela maternidade vem ao encontro de reivindicações no campo da saúde que o movimento pretende construir. Em termos de uma política de identidade, convém considerar que “o esforço para caracterizar uma especificidade feminina recorrendo à maternidade, seja biológica ou social, produz uma formação de facções semelhante e até uma rejeição completa ao feminismo, pois é certo que nem todas as mulheres são mães [...].” (Butler, 1998, p.35). No entanto, tendo em vista o que foi apresentado sobre as lutas das

mulheres no campo dos direitos previdenciários-trabalhistas e sem desconsiderar possíveis limitações organizativas que podem advir da afirmação de uma "essência feminina", não se pode negar que se trata de uma estratégia significativa, pois, centralmente, o que está em jogo é o acesso a direitos sociais e culturais.
- E o que acontece atualmente com respeito à questão da saúde do homem nas políticas públicas brasileiras é diferente?

2.2 Reconfigurações político-discursivas do homem universal: por outras formas de subjetivação masculina no acesso à saúde.

A constituição de outras formas de subjetivação masculina vem na esteira do que se tem chamado de crise atual do masculino[vi]. Afinal, o "ser homem" já não encontra as insígnias de reconhecimento que encontrava nos tempos do patriarcado, e é justamente esta idéia que vem sendo utilizada para chamar a atenção dos homens para as práticas preventivas em saúde[vii]. Para cuidar da saúde, agora é preciso ser homem, ou seja, podemos pensar que "a performance repetida é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente" (Butler 2003, p. 200). Mobilizando o termo homens em seu próprio favor, o campo do político neste caso subverte um significado pré-estabelecido do masculino, em favor de uma ressignificação que possa justificar a importância não apenas do deslocamento contingencial sofrido pelo termo, mas do corpo que acompanha e dá legitimidade a esta ressignificação.

Ao se refletir sobre as condições para a implantação de um programa de saúde voltado à população masculina, sobre a viabilização da presença dos homens nos serviços públicos, e os modos como estes se fazem presentes/ausentes nos discursos de profissionais e usuários, há pelo menos três indicativos de análise bastante interessantes. Nos três casos, estas surgem tanto das estratégias na reivindicação dos direitos individuais destes homens, quanto para reiterar, legitimar e apoiar os direitos sexuais e reprodutivos conquistados pelas mulheres.

O primeiro diz respeito à chamada pelo *pai* nas esferas de saúde sexual e reprodutiva. O segundo se refere à figura do trabalhador, o homem provedor e, por fim, a terceira questão é a do homem como sujeito de direitos, o homem "ser humano". Cada uma dessas formas de acionamento dos homens à saúde, condensadas nos eixos da paternidade, do trabalho e do humano universal, nos remetem a campos de forças bastante conhecidos no que se referem, em última instância, à centralidade da criança no projeto político do Sistema Único de Saúde Brasileiro. A família, neste projeto, é a instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos (Foucault, 1985), e ocupa o lugar privilegiado nas medidas de controle da saúde e do bem-estar da população, como um dos objetivos centrais do poder político. No entanto, antes de destacar a triangulação e a importância de se cuidar da vida e da saúde das crianças neste projeto biopolítico, gostaríamos de alinhavar a questão pela via da humanização como forma de incluir os homens na pauta da atenção básica à saúde.

Esta questão necessita de um aprofundamento analítico, por sua importância e seu conteúdo recorrente nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e homens usuários dos serviços (Muller, 2008), pois tanto apareceu como veículo de queixa por parte dos homens em grupo focal ("apenas somos lembrados quando a criança nasce ou quando a mãe está ausente"), como uma forma de atrair a atenção do *pai* para dividir os cuidados da criança com a mãe, no processo de torná-lo familiarizado com sua própria paternidade. Movimentou ainda, a demanda desses homens, que reivindicavam um atendimento mais humanizado, (mais "olho no olho", tornando recorrente a queixa de muitos homens de que são vistos como *bichos* pelos médicos em geral). Partindo dessas demandas, como se acionam efeitos de sujeito,

como subsumem e se instituem existências no interior das categorias de ser humano genérico, o indivíduo simultaneamente concreto e abstrato do SUS?

Nesse sentido, quando a questão da humanização proposta pelas diretrizes do SUS alia-se à discussão sobre a saúde do trabalhador, um dos grupos populacionais específicos do SUS, ela ganha outra dimensão. No tocante à Saúde do Trabalhador, dois pontos merecem destaque. O primeiro refere-se à invisibilidade que a categoria "trabalhador" concebida em seu sentido masculino e universal, concede às mulheres. A segunda questão, paradoxalmente, estende esta invisibilidade também aos homens, e a partir dela, reflete-se em que sentido a figura do trabalhador não se constitui justamente em um dos entraves que dificulta uma maior aproximação dos homens nos serviços de saúde. Segundo alguns entrevistados, isto pode ser lido da seguinte forma: "como é que o homem se cuida? Não é porque o homem não se cuida porque não quer. Eu acho que ele tem muito menos tempo. As instituições neste sistema capitalista do lucro, para um homem sair do trabalho para se cuidar, é um problema" (assistente social, 50 anos). Outros enunciados são significativos: "é muito mais difícil o homem aceitar que tem que deixar de trabalhar para comparecer a uma consulta de planejamento familiar do que conseguir esta liberação para a mulher" (médico, 45 anos). Ou ainda: "é relativamente freqüente ouvir coisas do tipo: - "não, o meu marido não vem porque o patrão não vai liberar do trabalho, o patrão acha bobagem" (médico, 36 anos).

Atualizando esta questão, a relação que se estabelece entre a saúde do trabalhador de modo geral e o conceito de humanização do SUS é fecunda porque alia duas lógicas de existência deste masculino nos serviços. A primeira parece bastante circular em seus termos constitutivos. Ao se falar em nome do trabalhador, reitera-se tanto aquele que existe como grupo de atenção do SUS, como se atualiza a figura do provedor familiar na tradição do patriarcado. Ambos, no entanto, parecem não estar inseridos no campo de ação do SUS porque o segundo impossibilita o acesso que reivindica o primeiro. Ou seja, é como trabalhadores que os homens têm/teriam acesso aos serviços de saúde, embora não consigam se aproximar dessas esferas sob a justificativa da possível perda do emprego. Essa afirmação tem um ar paradoxal, e considera-se que tenha sido exaustivamente trabalhada como argumento na elaboração da PNSH, ou seja, de que nesse paradoxo havia a necessidade de uma mudança no modo estrutural de entender a relação entre trabalho, homens e saúde.

Quando analisados em relação às matrizes heteronormativas, os homens constituem-se *imprescindíveis*. Como pais, formam a unidade alvo de atenção do SUS, o casal, o binômio, a família. Como trabalhadores, os homens provêm as condições legitimadoras da maior aproximação das mulheres às esferas do cuidado, porque é como trabalhadoras que estas são liberadas para cuidarem da saúde da família e dos filhos, enquanto que aos homens é reservada a preocupação com o sustento da casa, justamente pela via do trabalho. Cabe refletir sobre o teor de responsabilização presente nestes enunciados, em que os homens estariam sendo acionados para assumirem a participação no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, e no exercício da paternidade. Dito isto, a saúde dos homens atenderia, em primeira instância, à preocupação com a saúde e bem-estar da figura do pai, um pai que possa estar atuante e presente na manutenção da saúde da família. Uma das questões que permanecem passíveis de investigação é se há possibilidade de pensar essas outras formas de acionamento do masculino em saúde sem amarrá-lo à família nuclear e ao círculo edipiano.

Considerações finais

Como já foi salientado, considerando a importância e a centralidade do corpo e da saúde nas reflexões apresentadas, percorrer o movimento performativo do gênero significa identificar algumas *verdades* que estão sendo inscritas (ou não) em

determinados corpos na produção de inteligibilidades em saúde, a partir dos campos empíricos delimitados. É fundamental não perder de vista o projeto biopolítico em que esses conceitos são pensados, principalmente no que se refere ao SUS e a seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. É somente neste campo que encontramos as condições de possibilidade para se refletir sobre o sujeito de direitos em saúde. Mobilizando os termos homens e mulheres pelo direito à atenção à saúde, pode-se pensar que as estratégias políticas subvertem um significado pré-estabelecido nos aparatos constituintes do gênero na cultura, em favor de uma ressignificação que possa justificar a importância não apenas do deslocamento contingencial sofrido pelo termo, mas do corpo que acompanha e confere legitimidade a esta ressignificação.

Referências Bibliográficas

AIMTR–SUL. ARTICULAÇÃO DE INSTÂNCIAS DE MULHERES TRABALHADORAS RURAIS. **Nenhuma Trabalhadora Rural Sem Documentos!** Cartilha de Formação e Informação. N.1, agosto de 1994.

AMMC/SUL. **Sementes de vida nas mãos das mulheres camponesas.** Cartilha. s/d.

BIRMAN, J. Perversidade masculina. O Estadão. São Paulo, 22 nov. 2008. Disponível em: http://www.estadao.com.br/suplementos/not_sup281967,0.htm acesso em: 26 nov. 2008.

BIRMAN, Joel. Laços e desenlaces na contemporaneidade. **A Família em (des)ordem.** Jornal de Psicanálise. Instituto de Psicanálise – SBPSP. vol.40, jun. 2007, n. 72.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/. Acesso em: 24 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Polit_Nac_At_In_Saude_Mulher_Princ_Diretr.pdf

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

_____. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do "pós-modernismo". **Cadernos Pagu**, n**.** 11, 1998, p.11-42.

CALLIGARIS, C. "Nossa, como eles sofrem". Revista Veja, São Paulo, jun. 2009. Seção Entrevista. Páginas Amarelas.

Campanha completa da PNSH http://portal.saude.gov.br/portal/. cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10490

COURBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; Vigarello & Georges. **História do corpo: as mutações do olhar**: o século XX. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes. 2008.

DEERE, Carmen Diana. Os direitos da mulher à terra e os movimentos sociais rurais na reforma agrária. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.12, n.1, p. 175-204, jan/abr. 2004.

Documento da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008) http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

_____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense Universitária. 2003.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça na era pós-socialista. In: SOUZA, Jessé (Org.). **Democracia hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea.** Brasília: Ed. UNB, 2001. p. 245-282.

FRASER, Nancy. Mapeando a imaginação feminista: da redistribuição ao reconhecimento e à representação. **Revista de Estudos Feministas**, v. 15, n.2, p.291-308, 2007.
GRZYBOWSKI, Cândido. **Caminhos e descaminhos dos movimentos sociais no campo.** 2. ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: FASE, 1990. 90p.
HAAG, C. "Menino, eu sou é homem, e como sou". Fapesp Online, Edição Impressa 137/julho 2007. Disponível em http://revistapesquisa.fapesp.br/?art=3276&bd=1&pg=1. Acesso em 15 dez. 2008.
MMC/SC – MOVIMENTO DE MULHERES CAMPONESAS EM SANTA CATARINA. **Uma história de organização, lutas e conquistas.** Cartilha, Chapecó, novembro de 2008.
MMC/SC. **Conhecer, prevenir, lutar e cuidar a saúde da mulher.** Cartilha, Chapecó, 2006.
MÜLLER, Rita de C. Flores. **Homens Falados. Performances de corpo e gênero nos paradoxos dos serviços públicos de saúde**. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2008.
SCOTT, Joan W. O enigma da igualdade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n.1, p. 11-30, 2005.
_____. **A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem.** Florianópolis: Ed. Mulheres, 2002.
SILVA, Berenice Gomes da. **"Mãos Invisíveis? As Demandas dos Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais por Políticas Públicas no Brasil".** In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7 – Gênero e Preconceitos. Florianópolis/SC, 28 a 30 de agosto de 2006. Anais. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2006. CD-ROM.

---

[i] Conforme informações disponíveis no Portal da Saúde: "a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens é a primeira na América Latina, e está inserida no Programa "Mais Saúde: Direito de Todos", lançado em 2007 pelo Ministério da Saúde para promover um novo padrão de desenvolvimento focado no crescimento, bem-estar e melhoria das condições de vida do homem brasileiro". A campanha completa da PNSH está disponível no portal da saúde.

[ii] Sobre estes dados, consultar o documento da PNSH disponível no Portal da saúde do Ministério da Saúde.

[iii] Sobre a crise e os destinos do masculino, destaco as seguintes reportagens: "Menino, eu sou é homem, e como sou", de Carlos Haag. "Perversidade masculina", de Joel Birman. E, por fim, "Nossa, como eles sofrem", de Contardo Calligaris.

[iv] Conforme Art. 196 CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.

[v] Conforme informações disponíveis no Portal da Saúde.
Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152

[vi] Entre elas destaco: "Menino, eu sou é homem, e como sou", de Carlos Haag, publicada em Fapesp On line, Edição Impressa 137 – Julho 2007. Perversidade masculina, entrevista de Joel Birman, publicada no Estadão em novembro de 2008. E, por fim, a entrevista de Contardo Calligaris, "Nossa, como eles sofrem", publicada na revista Veja em 3 de junho de 2009.

[vii] "É preciso ser homem para pegar esse folheto" era a chamada de um informativo sobre câncer de próstata, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.