

VIOLÊNCIA, VULNERABILIDADE E RISCO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM¹

Rita Flores Müller*

Resumo: o objetivo do artigo é refletir sobre o processo de medicalização da população masculina brasileira, a partir de uma análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde. Neste processo de medicalização de classes populares, esta iniciativa governamental enuncia-se na afirmação do problema que ela própria evidencia, a saber, a de que a política reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Há neste reconhecimento a existência de um corpo masculino constituído na veracidade do problema de saúde que ele próprio dá a ver ao desterritorializar-se dos alcances do poder que o constituem. Um corpo masculino visível em seu caráter de fragilidade, vulnerabilidade e risco social que tem sido a potência de uma engenhosa maquinaria de fazer cuidar para o homem viver.

Palavras-chave: políticas públicas; população masculina; violência; vulnerabilidade.

Abstract: The aim of this paper is to discuss the process of medicalization in Brazilian male population, from a discourse analysis of the Brazilian National Policy for man's Integrated Healthcare launched in 2009 by the Brazil's Ministry of Health. In this process of medicalization of popular classes, this government initiative sets out itself on the assertion of the problem that her own evidence, namely, that the policy recognizes that the aggravations of the male sex represent real public health problems. There is in this recognition the existence of a male body constituted in the veracity of the problem that he gives to deterritorialize himself of the ranges of his constituent power. A male body visible in his character of fragility, vulnerability and social risk that has been the power of an ingenious machinery to take care of man's life.

Keywords: public policy; the male population; violence; vulnerability.

Introdução

“Porque uma política para a saúde do homem” é o título da abertura assinada pelo então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, no documento “Princípios e Diretrizes” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009). Coincidindo historicamente com a comemoração de vinte e um anos do Sistema Único de Saúde (SUS), “o Ministério da Saúde estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina” (BRASIL, 2009, p. 7), lançando em agosto de 2009 a primeira iniciativa formal em saúde voltada especificamente para esta população de 20 a 59 anos.

No agenciamento deste recente sujeito político de direitos sociais, há três elementos fundamentais. O primeiro são as linhas de fabricação/produção

* Doutora em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Pesquisadora do Grupo Epos.

do homem-sujeito de direitos à saúde, o desmonte do “homem que não se cuida, avesso à prevenção e ao autocuidado” (BRASIL, 2009, p. 11). 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, 2009, p. 7). E 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.

No processo de medicalização de classes populares, esta iniciativa governamental enuncia-se na afirmação do problema que ela própria evidencia, a saber, a de que “a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (BRASIL, 2009, p. 9). Há neste reconhecimento a existência de um corpo masculino constituído na veracidade do problema de saúde que ele próprio dá a ver ao desterritorializar-se dos alcances do poder que o constituem. Um corpo masculino visível em seu caráter de fragilidade, vulnerabilidade e risco social que tem sido a potência de uma engenhosa maquinaria de fazer cuidar para o homem viver.

Dito isso, o objetivo deste artigo é refletir sobre a produção do *homem que morre* no Brasil e, não obstante, um homem caro ao Estado. Vítima de uma finitude antecipada pela resistência às normativas da saúde integral do cidadão saudável, este enunciado reúne boa parte das justificativas para os olhares do biopoder na constituição de uma política positiva de governamentalidade da população masculina. Os índices de *morte* em favor da *vida* de homens que a Política Nacional retrata – números, estatísticas, gráficos, probabilidades, morbimortalidade, fatores de risco, prescrições à vida, enfim, mecanismos reguladores da biopolítica (FOUCAULT, 1999, p. 293), investem o olhar nesta população brasileira, incorporando-a no perímetro do Ministério da Saúde (MS) com a criação da área específica da Saúde do Homem em 2008 no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES).

No esquadramento da população masculina, a biopolítica dá forma ao corpo múltiplo com seus fenômenos coletivos, políticos e econômicos, apenas relevantes se considerados na massa populacional (FOUCAULT, 1999). Nada

mais interessante, portanto, para as biotecnologias de poder do que agir sobre uma população gestada nos números de sua própria “exclusão”, com a promessa de tirá-la do território da morte e inseri-la na *ordem da vida*. Conforme o trecho do próprio documento “Princípios e diretrizes” permite entrever no “dar-se conta” do Estado:

Na verdade, **os tempos mudaram** e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, **por deixar de fora nada menos que 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade**, que no Brasil são, desde 2009, nada menos que 52 milhões de indivíduos (BRASIL, 2009, p. 7, grifos nossos).

Esta afirmativa está em consonância com uma política de posituação do quadro de morbimortalidade masculina no Brasil, com vistas à redução de seus altos índices. Como política de saúde, esta acompanha os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009) no que tange ao número de “anos de vida perdidos²” de homens em relação a mulheres, consideravelmente superior. Na tentativa de reverter a perda destes anos em um potencial ganho de vida regulamentada e normalizada, a Política se estabelece sobre uma base afirmativa para contrapor-se ao déficit econômico e social que caracteriza a situação de saúde de homens no Brasil. Seria esta a estratégia de apagamento de uma história inscrita no campo da negatividade? A partir de que momento a saúde da população masculina tornou-se um objeto do olhar do biopoder e das agências biorreguladoras do Estado?

Parcela considerável da ênfase na existência de uma política de saúde para a população masculina pautou-se na “força de trabalho” ou “força produtiva” masculina, na enunciação numérica de que “do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões são do sexo masculino” (BRASIL, 2009, p. 8). Portanto, a questão a ser problematizada é como o Estado intervém na saúde pública, ordenando os corpos desta população específica, no que Michel Foucault (1998) denominou a governamentalidade da vida e gestão dos corpos. Em outras palavras, qual o corpo da Política sobre a qual esta investe seus olhares?

O corpo do homem como realidade biopolítica é permanentemente operado pelas estratégias de medicalização em alvos específicos do biopoder:

sua normalização pelo direito à vida e a contenção do excessivo de uma violência eminente e nomeadamente masculina. Eis então uma pontuação necessária em resposta à questão formulada anteriormente – qual o corpo da Política sobre a qual esta lança seus olhares? O corpo é concebido não apenas como o singular ou plural, como o individual ou coletivo, mas como o centro de um aparato de preocupações do biopoder – o corpo convergente que abriga toda a gama de poderes que trabalham juntos para o seu governo. Trata-se, portanto, do corpo da realidade biopolítica sobre o qual o poder possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica e uma positividade. Neste artigo afirmo que os enunciados analisados na constituição da Política operam como códigos de normalização sobre a medicalização da sexualidade masculina, sem esquecer que o processo de normalização é inseparável do processo de abjeção social (BUTLER, 2002).

Numa alusão ao próprio objetivo da Política de estado, como este homem é incluído nas dinâmicas demográficas: como sujeito da saúde ou, justamente, como ganha uma posição de destaque – o seu lugar ao sol? Ao lermos as retóricas do diagnóstico de saúde de homens no Brasil, seus índices de morbimortalidade, fatores de risco, sua sintomatologia específica, como estes sintomas sociais interferem na população de modo geral, tornando-se parte constituinte da engrenagem social? Uma das questões norteadoras é como as desigualdades sociais incidem nestes corpos e dialogam com as formas pelas quais a população brasileira adoecer/morre, pois os números põem em relevo o homem para o qual se destina o projeto político, pedagógico e sanitário de responsabilização e conscientização acerca dos agravos que marcam este corpo. Na constituição de um novo sujeito para as políticas públicas em saúde, trata-se do homem negro, pobre, jovem (LYRA, 2008).

Fazer viver o homem

A morte como significante-chave do aparato demográfico-social vivifica as condições de existência de uma política de saúde para a população masculina, via estratégias de controle, distribuição e normalização desta, mas, principalmente, amparada na fabricação “a todo vapor” de um *homem que morre* vítima de uma finitude antecipada. Trata-se de um *fazer viver* que

precisa regulamentar-se sobre os indicadores de morte desta população: quando, como, onde e por que os homens estão morrendo no Brasil?

A “vida” e o “vivente” são dimensões de lutas políticas e estratégias socioeconômicas, investimentos distribuídos entre os grupos *vulneráveis* à vida e ao viver. Atualmente, as questões acerca do desenvolvimento das forças da vida e das biotecnologias desenham uma nova cartografia dos biopoderes, gerando a discussão sobre as próprias formas desta. Incidindo, prioritariamente, sobre homens jovens e adultos de 15 a 39 anos, o racismo – “condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização”, conforme enunciado por Michel Foucault (1999, p. 306) – imprime marcas segregadoras diferenciadas e que implicam restrições específicas para homens e mulheres no acesso aos direitos sociais como cidadãos e cidadãs brasileiros, conforme a composição dos indicadores em saúde permite entrever.

O controle da vida reconfigura a morte e o envelhecimento. A morte, esta que escapa das relações de poder (FOUCAULT, 1997), não é mais o limite para os jogos políticos. Por meio das biopolíticas do cotidiano, a tecnologia está tornando a morte *démodé*, já que o poder investe cada vez mais no fazer-viver, o qual não recai apenas sobre a vida como um fato, mas sobre os modos de prolongamento e manutenção do exercício do *bem* viver, do não perder *o melhor* da vida, sendo a própria vida seu valor de marca maior.

O sujeito que se enuncia na política de saúde para a população masculina ganha contornos trágicos, definidos não apenas pelos indicadores de morbimortalidade, mas ao longo de todo o documento “Princípios e diretrizes” da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009) e nas entrevistas com o grupo de gestores formuladores da Política em questão. Um homem que está morrendo por causas evitáveis, dada sua posição de exterioridade na universalidade do sistema de saúde. Em outras palavras, chegando tarde demais nas emergências dos hospitais brasileiros e, portanto, chegando pela via equivocada, considerando-se o projeto global de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Pode-se afirmar que o poder estatal contemporâneo vê no controle da população masculina uma urgência de vida e pela vida. Neste caso, cabe ressaltar que se trata de uma urgência pela vida de *todos*, a partir da afirmação de que “todo mundo ganha com a política de saúde para o homem”.³ A política

ganha, aos poucos, sua potência enunciativa na dispersão dos enunciados, impondo-se como elemento de recorrência. Outra maneira de delinear a positividade não somente da Política de saúde, mas da população a que esta se destina, foi assim enunciada: “esse momento [da PNAISH] é de implantação, você tem que realmente começar a chamar a atenção de que o homem é uma faixa extremamente importante e positiva”.⁴

Nas relações entre poder político e corpo individual, a aparelhagem de produção do sujeito *vulnerável* que “não cuida da própria saúde” opera constantemente no binômio vida/morte e risco social, amparada pelo conceito de vulnerabilidade. “Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” – lê-se no documento “Princípios e diretrizes” (BRASIL, 2009, p. 14). Uma produção numérica desta população visibiliza a manufatura daquele sujeito que morre da antecipação do fim, produzido pelos discursos de responsabilização, individualização ou de vitimização de homens no Brasil. Revigora-se, de certo modo, a concepção de higiene no final do século XIX e início do século XX, na estreita relação com as ideologias liberais e afirmação das responsabilidades individuais, perante certa “manutenção” da saúde. Esse saber sobre a vida é atravessado por estratégias de controle sobre ela.

Nesse sentido, não são apenas as causas pelas quais adoecem e morrem os homens brasileiros que compõem essa aparelhagem, mas também seu grau de periculosidade social objetivado nos fatores de risco e padrões de morbidade. Nas palavras do documento federal, são as “causas de morte preveníveis e evitáveis desta população” (BRASIL, 2009, p. 30). Nesse diagnóstico, à “morte matada” e à “morte morrida”, acrescenta-se a crônica da “morte anunciada”, parafraseando o título do romance do escritor colombiano Gabriel García Márquez.

Inscrevemo-nos no território analítico da *vida precária* da filósofa estadunidense Judith Butler (2006) e sua proposta de vulnerabilidade discursiva não dissociada da vulnerabilidade física, corporal e política. Mais uma vez, é o corpo que se impõe como a arena de embates biopolíticos, situando-se no agenciamento limítrofe de uma vida regrada de cuidados, como lugar público de exposição a riscos tangíveis ou intangíveis que ameaçam a homeostase vital, em que os discursos de bem-estar e promoção de saúde (se)

oferecem como garantia. O que Butler (2006) enfatiza é a suscetibilidade dos corpos expostos ao Outro, seja ele a promessa de saúde, seja a violência constituinte da exposição à própria vida vivida, seja a impossibilidade de antecipação ou prevenção dos riscos que ameaçam a (sobre)vivência do vivente. A chamada “crença na invulnerabilidade”, conforme repetidamente apresentada no *corpus* de análise, atua como a ameaça constituinte e definidora do risco por excelência, ou seja, a não submissão masculina ao projeto de medicalização delineado nas ações da Política, a resistência dos homens ao investimento do biopoder. Determinantes sociais são postos em relevo na composição do diagnóstico de saúde desta população, embora se hibridizem com os discursos vitimatórios e individualizantes que também produzem sujeitos “vulneráveis” e “culpados”, vítimas dos próprios males que os acometem.

Ainda de acordo com o documento “Princípios e diretrizes”, no tocante ao “Diagnóstico”, “a reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos de direitos à saúde” (BRASIL, 2009, p. 21). Entra em cena o gênero como “regime de luzes” (DELEUZE, 1990), um potente dispositivo nos processos de fazer ver a doença/morte dos homens como sujeitos de direitos à saúde. O corpo do cuidado com a saúde ganha, portanto, contornos materiais, orgânicos e subjetivos específicos através do dispositivo da medicalização, ao mobilizar estratégias e formas de assujeitamento, ligado a configurações de saber que dele nasce e igualmente o condiciona (FOUCAULT, 1985).

Neste cenário, o alcance sem precedentes da medicalização sobre a história do corpo no século XX encontra seus elementos de análise em destaque: a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um direito de difícil objetivação e a exposição do corpo a todo tipo de controle, esquadrinhamento e antecipação de riscos no interior do aparato de uma vida saudável. Segundo Anne Marie Moulin (2008), o projeto de medicalização não se contenta mais em enunciar um prognóstico para os *próximos dias*, mas pretende antecipar o futuro, produzindo a ilusão de uma

garantia de saúde como o “estado completo de bem-estar físico, mental e social”, segundo a definição da própria Organização Mundial da Saúde.

Embora a noção de saúde esteja alçada a um veículo de equidade e justiça social, neste sentido ela se apresenta também como o signo de uma resistência frente aos imponderáveis do triunfo da medicalização, às maquinarias de produção sintomáticas e dependentes dos corpos, aos saberes e poderes encarnados na figura dos médicos e dos profissionais de saúde. Quando tomada por tais biotecnologias, a saúde constitui-se no bem necessário e o corpo, em objeto de consumo no aniquilamento do orgânico da morte – o corpo saudável que consome vida como um produto de mercado.

Ao mesmo tempo, trata-se de uma lógica probabilística: quanto maior for a presença de fatores de risco, maior a vulnerabilidade previsível das populações e, portanto, maior a possibilidade da ocorrência de algum dano, fazendo-se necessária a intervenção sobre o perigo, deslocando-o da ordem do imponderável e tornando-o passível de previsão e controle. A gestão das populações enfatiza o risco de determinados grupos se desviarem do traço da norma que classifica o cidadão médio, encarnado contemporaneamente na figura do *cidadão saudável* (BRASIL, 2007).

Estamos no campo de Gilles Deleuze (1992), em *As sociedades de controle*, e em toda a arte da medicina preventiva de denunciar a “desordem secreta” (MOULIN, 2008, p. 20). No exercício das biotecnologias (FOUCAULT, 1999), as atuais técnicas de governamentalidade da população masculina encontram o desafio de gerir informações para melhor administrar estes riscos. Nesse âmbito, o problema do indivíduo como alvo do investimento político sobre a vida é posto em relevo no processo de produzir os números relativos à vulnerabilidade individual, dando visibilidade ao corpo informacional (BRUNO, PIMENTEL, 2005). No caso da Política de saúde para homens brasileiros, tratou-se de primeiro evidenciar o quadro extremo de “ausência de saúde” desta população para, a seguir, criar indicadores de seu acesso aos serviços públicos em um banco de dados específicos de alimentação no SUS, atendendo, desta maneira, ao objetivo XVII da Matriz de Planejamento para os anos de 2009 a 2011: “aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão”

(BRASIL, 2009a, p. 75, art. 4). O homem se vivifica nos números que materializam sua relação com o adoecer e, em instância última, com o morrer.

A constituição da veracidade do problema de saúde

Na continuidade da proposta deste artigo, esta seção tem sua força enunciativa na afirmação da violência como elemento dominante da cena contemporânea (BIRMAN, 2009). Sua análise incide nas diferentes performances violentas na cultura a partir do que foi abordado no terceiro tópico do documento “Princípios e diretrizes” da Política (BRASIL, 2009), o “Diagnóstico” – na apresentação dos riscos e das vulnerabilidades a que está exposta a população masculina de 20 a 59 anos no Brasil. Personagens centrais, no documento os homens atuam em uma via de mão dupla no ethos de virilidade (ZALUAR, 1992) – são autores e vítimas de mal-estares, como “causadores” de danos à sociedade como um todo, mas, principalmente, a si próprios. Essa ressalva é uma das justificativas para a existência da política de saúde em questão, ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem um problema de saúde pública que afeta, também e principalmente, o próprio homem.

O presente atual da Política de saúde e sua posição estratégica de controle desta população visibiliza um arquivo que se inscreve no corpo de homens e em seu duplo potencial de risco. Segundo o documento, “os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: I – violência; II – tendência à exposição a riscos com consequência nos indicadores de morbimortalidade, e III – saúde sexual e reprodutiva” (BRASIL, 2008, p. 11). Ao longo do documento da Política, a violência como elemento que compõe o diagnóstico do problema aparece como um “fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores culturais, políticos, econômicos e psicobiológicos” (BRASIL, 2008, p. 9). Ainda sobre a violência, nos “princípios e diretrizes”, afirma-se que há uma banalização desta – seja no espaço público, seja no espaço doméstico – que dificulta a identificação do chamado “comportamento violento” (BRASIL, 2008, p. 10).

Recolhendo as amostras do diagnóstico da PNAISH, poderíamos dizer generalizadamente que os homens são “mais” (CHAVES, 2008) – os que mais morrem e os que mais matam, os que mais bebem e os que mais fumam estão

em maior número nos sistemas penitenciários, figuram reincidentemente nas páginas policiais e estão, portanto, nas atuais agendas políticas de saúde e de segurança pública. São, em última medida, aqueles que precisam ser governados, no sentido foucaultiano do termo, “através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde” (BRASIL, 2009, p. 53). Decorre daí a importância da proposta de um dos gestores da Área Técnica de Saúde do Homem ao afirmar *uma masculinidade que possa gerar e não mais destruir*.

Com frequência, chega-se a “um roteiro performático em que o modo de se apresentar e se fazer reconhecer socialmente passa pelo exercício espetacular de ações agressivas que mostrem sua capacidade de desafiar e enfrentar, não importa quem” (MACHADO, 2001, p. 19). Por exercício espetacular entende-se que há um “exibicionismo do desafio”, no qual o ato de enfrentar dialoga com um teor performativo diante do outro, uma vez que dentro da sociedade do espetáculo (DEBORD, 1997) a agressão adquire uma dimensão visivelmente ostentatória.

Embora as estatísticas indiquem que são os homens, principalmente os jovens, os que mais matam e morrem em decorrência da violência nas cidades brasileiras (WAISELFISZ, 2006), as condutas violentas femininas não podem ser desconsideradas. De fato, o número de delitos relacionados à violência cometidos por mulheres tende a ser significativamente menor do que o de homens, sendo também considerados, muitas vezes, como de menor gravidade. De certa forma, esse padrão invisibiliza as práticas violentas cometidas por mulheres, embora assistamos a uma presença cada vez maior na mídia de notícias sobre mulheres agressoras. Tem chamado a atenção, em particular, as manifestações de violência praticadas por meninas e jovens mulheres no ambiente escolar. Miriam Abramovay (2009) argumenta em favor de certa *exotização* das condutas violentas femininas. Frente às representações históricas calcadas no território da passividade, da fragilidade e da candura, a participação delas no registro da violência chega a ser tratada como um desvio e mesmo uma atitude antinatural.

A violência não mais se restringe aos grandes centros urbanos e metropolitanos do País – sintomas da representação “da civilização e da

barbárie modernas” (DUBET, 1995, p. 17) –, mas vem capilarizando-se por áreas de menor densidade e peso demográfico. Seja qual for a sua abrangência no tecido social, a violência, além de ser tratada como uma questão de Segurança Pública, tornou-se, também, um sério problema de saúde coletiva.

Nesta contextualização, há um ponto relevante que perpassa a análise da produção de um sujeito vulnerável, qual seja, a preocupação em desvincular o masculino do “agressor por excelência”, ao mesmo tempo que o homem vulnerável figura tanto como autor, quanto como vítima desta “forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica” (BRASIL, 2009, p. 23). Na íntegra do documento, lê-se que:

a integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização (sic) de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação (BRASIL, 2008, p. 13).

No documento “Princípios e diretrizes” (BRASIL, 2009, p. 23), os discursos que atribuem tais violências à “socialização” hibridizam-se aos discursos biologizantes no quesito “agressividade”, somados às associações “explosivas” desta combinação de elementos entre causas e efeitos. As estatísticas referentes a homicídios, consumo de álcool e outras drogas, acidentes automobilísticos, expectativa de vida etc., incrementam os discursos sobre a medicalização da população masculina, frequentemente vitimizando os homens entre as representações de fragilidade, força e coragem.

A partir da década de 1990, há esforços para dar visibilidade às informações sobre morbidade e mortalidade de homens no Brasil, momento em que estes se constituem como uma categoria empírica nos estudos em Saúde Coletiva. A noção de gênero aqui se destaca como a estilização repetitiva do corpo; um conjunto de atos repetidos no contexto de um arcabouço regulador altamente restritivo, o qual se solidifica com o passar do tempo e produz a aparência de uma substância ou de um tipo natural do ser (BUTLER, 2003). Nas questões relativas à saúde de homens, esta aparência de substância “natural” que o aparato do gênero binário forja tem fundamental importância na

constituição do “homem”, ao mesmo tempo, vulnerável e violento – justamente pela estilização de uma violência enunciada como sendo masculina.

Considerações finais

As estratégias biopolíticas de controle social materializadas no planejamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem atuam no agenciamento do sujeito político de direitos, ao incidirem sobre a governamentalidade da população masculina. Parte da sustentação desta verdade está no projeto de mobilização da população masculina pela luta e garantia de seus direitos, tornando-a “protagonista de demandas sociais” (BRASIL, 2009, p. 12). Trata-se de inscrever nesta população um desejo de saúde, aquela saúde das cartilhas da medicalização que tem no controle do corpo e dos riscos sua lição de marca maior.

As questões aqui elencadas denotam a miríade de olhares que, ao recair sobre a população masculina, perseguem o objetivo de fazê-la viver mais e melhor. O corpo-arquivo ganha vida como o produto do discurso híbrido que a Política enuncia, lançado ao futuro sob a guarda de uma positividade produtiva no encontro, hoje, destes campos de saber. Quando digo corpo-arquivo, lanço-me nas reflexões de Jacques Derrida (2001) para refletir sobre o corpo do homem como o lugar de impressão do poder que visibiliza inscrições históricas também descontínuas acerca de seus próprios objetos. “Em que se transforma o arquivo quando ele se inscreve diretamente no próprio corpo?” (DERRIDA, 2001, p. 8).

Neste caso, o corpo do homem é o próprio arquivo como suporte na contemporaneidade ao revisitar a historicidade dos *males* da sexualidade masculina delineadas pelo combate à sífilis no século XIX. No limite da biopolítica, como administrar um corpo que resiste ao *toque* da medicalização? As pesquisas e iniciativas com homens no Brasil convergem na dificuldade de inseri-los nos programas e estratégias propostos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, visibilizando-se neste *desabafo* os próprios signos de resistência destes aos ideais normativos da medicalização. Quais são eles? Seja nas campanhas de conscientização da importância do exame de toque retal para prevenção do câncer da próstata (campanha nacional “Próstata: é preciso tocar

nesse assunto”), no incentivo à participação do pai no processo de pré-natal da gestante (campanha nacional “Pré-natal masculino”), no desafio global de enfrentamento da feminização da Aids e do envolvimento de homens na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Campanha nacional “Muito prazer, sexo sem DST” e “Sexo não tem idade, proteção também não), ou na posição privilegiada que a esterilização masculina (vasectomia) foi alçada no Plano Estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, todas convergem para um mínimo denominador comum. Há um desejo de projeto de futuro que retire os homens de uma posição de *exterioridade*. As estratégias em saúde reivindicam uma demanda masculina de cuidados preventivos e rotineiros.

Há diferentes formas de enunciação do mesmo a respeito do não cuidado masculino com a saúde, sob a ótica da (bio) medicalização na contemporaneidade. No entanto, o ponto de ancoragem é a subjetivação de um corpo masculino, viril, onipotente e invulnerável. Corpo sobre o qual se imprimem as disputas de saber e de poder vislumbradas na constituição de uma política para a saúde desta população no Brasil, e que encontra na positivação/ potencialização da vida seu significante por excelência. O corpo que acompanha esta tese constitui-se viril na afirmação de sua onipotência em relação a episódios de doença.

Na análise da medicalização do sexo e da sexualidade masculina no tocante à sua regulamentação e normalização, a tessitura de seus elementos simbólicos é marcada pela hibridização de seus jogos de verdade, saber e poder. Neste processo, o corpo do homem ocupa o lugar de impressão do poder que visibiliza inscrições históricas também descontínuas acerca de seus próprios objetos. Em última instância, trata-se de inscrever nesta população um *desejo de saúde* que possa ser identificado como uma estética masculina sob os ditames da medicalização contemporânea.

Seria o homem que a Política de saúde produz o produto de uma diferença, marcando sua posição de resistência na reiteração da norma sexual viril masculina? Nas ficções do gênero e suas estilizações presentes na análise da Política, o que caracterizaria uma estilística de homens do cuidado com a saúde? Como ela nos projeta para seu passado enunciativo e, ao mesmo

tempo, constitui-se no objeto de que hoje se pode falar? (FOUCAULT, 2009, p. 141). Alinhavando fragilização e vulnerabilização da população masculina, estas são algumas das questões que movimentam o projeto biopolítico de inscrição da população masculina no rol da medicalização contemporânea.

Nesta aparelhagem de produção de verdades, apoiada em diversas instituições, redes de saber e atores sociais, é a verdade sobre o sexo do homem que vem se destacando na cena contemporânea. Sexualidade, portanto, está na ordem do dia. Mas também o corpo, aquele já conhecido da realidade biopolítica e da diferença sexual, na medida em que este é submetido às gramáticas normativas de constituição corporal para fins produtivos produção de modos de prazeres, produção de *pharmacos* de consumo, produção de reprodução social, mas, em última instância, produção de um território corporal masculino que se permita tocar, invadir, examinar, antecipar – que se permita explorar em sua funcionalidade e produtividade. Enfim, que se permita *desnudo*.

Referências bibliográficas

- ABRAMOVAY, M. *Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas*. In: ABRAMOVAY, M; CUNHA, A. L.; CALAF, P. (Orgs.). *Rede de Informação Tecnológica Latino-americana*. Brasília: Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF), 2009. 496 p.
- BIRMAN, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos: 2007*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.
- _____. 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, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_integral.pdf>.
- _____. 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, 2009a.
- BRUNO, F.; PIMENTEL, C. P. A vida no banco de dados: a visibilidade do corpo informacional a previsão de individualidades. *Contracampo*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação da UFF. Niterói, v. 12, p. 127- 139, 2005.
- BUTLER, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- _____. *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. *Vida Precaria: el poder del duelo y la violencia*. Trad. de Fermín Rodríguez. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- CHAVES, E. L. *Violência, agressividade e dominação: uma reflexão psicanalítica sobre a masculinidade*. 2008. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- DELEUZE, G. O que é um dispositivo. In: _____. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990.

- DELEUZE, G. *Post-scriptum: sobre as sociedades de controle*. In: _____. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- DERRIDA, Jacques. *Mal de arquivo: uma impressão freudiana*. Trad. de Claudia de Moraes Rego. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.
- DEBORD, G. *A Sociedade do Espetáculo*. Trad. de Estela dos Santos Abreu. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DUBET, F. *Penser le sujet*. S/l. Fayard, 1995.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France*. Trad. de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- IBGE, 2009. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Série Estudos e pesquisas, n. 25. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf>
- LYRA, J. *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)*. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- MACHADO, L. Z. *Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea*. Brasília: UnB, 2001. (Série Antropologia, 290).
- MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.; VIGARELLO, G. *História do corpo. As mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.
- MULLER, R. C. F. *A constituição de uma política de saúde para homens no Brasil: bases simbólicas e lugares de enunciação (2009-2011)*. 2012. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- PEIXOTO, H. C. G.; SOUZA, M. L. O indicador dos anos potenciais de vida perdidos e a ordenação das causas de morte em Santa Catarina. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 8, n. 1, 1995.
- ZALUAR, A. *Violência e educação*. São Paulo: Cortez, 1992.
- WASELFSZ, J. J. *Mapa da Violência 2006: os jovens do Brasil*. Brasília: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006.

Notas

¹ Este artigo é parte de tese de doutoramento defendida em 2012 no Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGTP/UFRJ). Ver: Müller (2012). Todas as referências aos gestores compuseram o corpus de trabalho da tese, que incluiu entrevistas com este primeiro grupo da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, além dos documentos federais instituidores da referida Política.

² Conceito comparativo para o cálculo de morbimortalidade em saúde no Brasil, cf. PEIXOTO, SOUZA (1995).

³ Gestor 2 da ATSH.

⁴ Gestor 4 da ATSH.

Recebido em: 26/10/2012

Aceito para publicação em: 20/11/2012