

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL**

Helen Barbosa dos Santos

***Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência
da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem***

Mestranda: Helen Barbosa dos Santos

Orientador: Dr. Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre

2013

Helen Barbosa dos Santos

Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de mestre.

Orientador: Dr. Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre

2013

Helen Barbosa dos Santos

*Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito
para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-
graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto
de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Benedito Medrado- UFPE

Prof. Dr. Fernando Seffner- UFRGS

Profa. Dra. Neuza Guareschi - UFRGS

Dedicatória

*“À você, e como poderia ser diferente?
De coisas não ditas e as ditas demais feridas.
É uma tentativa de perdoar a ti, perdando a mim.
Perdoar nossa história.*

Frases de efeito: memórias em uma dissertação

“Câncer de próstata, Machismo, impotência, fraldas, homem não se cuida, adeus mulheres, falta tempo para me cuidar também”. Palavras e expressões chaves utilizadas pelo taxista que conta como é a vida do amigo que não fez o exame da próstata com antecedência.

“Tiro e queda, nunca fico doente”. Taxistas parecem gostar de conversar. E eu também. Este ao observar a passageira gripada lança diversas receitas fitoterápicas e simpatias para a cura de gripe, bronquite e sinusite. Além da alimentação saudável, para a cura da asma é necessário, açúcar, lesma, água de chuva e uma pessoa que não sabe o que está lambendo, mas que nunca mais vai precisar de antibiótico. Ele garante.

“Não é considerado trabalhador, é visto como vagabundo”. Palmas de 70 agentes comunitários de saúde de um município de grande Porto Alegre quando a palestrante infere o estigma do trabalhador que acessa a atenção básica por motivo de doença.

“O que vocês já ouviram falar sobre a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem?”
Silêncio de 70 agentes comunitários de saúde com a pergunta da palestrante.

“Se o cara é responsável por alguma parte da organização da cela e pede pra sair pra atendimento, tá morto. Só pode abandonar o barco quando tá morrendo, direto pro Vila Nova”. (Hospital de Porto Alegre). Ser obrigado a “apagar o outro cara”, “vida de bicho”, são algumas expressões memoráveis no relato de um homem ainda atormentado pela experiência do encarceramento.

RESUMO

Quem é o homem que a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem (PNAISH) chamará de seu? Com este questionamento tomamos a “saúde do homem” como um problema, ou seja, buscamos compreender o diagrama dos diversos movimentos que colocaram uma determinada compreensão do homem e do masculino na constituição da Política, analisando as tensões e as linhas de força que a constituem. Enquanto estratégia biopolítica, o enunciado de que o homem não cuida de sua saúde e outros discursos sobre o corpo social masculino marcam a produção social de masculinidades inscritas na história da saúde no Brasil. Para estas problematizações, fundamentamo-nos nas ferramentas teóricas e metodológicas da Psicologia Social, a partir do prisma pós-estruturalista, especialmente ao pensamento de Michel Foucault, na forma como o autor desenvolveu uma análise dos discursos e da emergência dos saberes na sua articulação com mecanismos e tecnologias de poder, em especial acerca do dispositivo da medicalização. Ademais, nos baseamos em autores que discutem as masculinidades, em especial pela analítica queer. O desenvolvimento da pesquisa tem primeiramente como corpus de análise o documento oficial da PNAISH, bem como leis, portarias e diário de campo dos Seminários de Saúde do Homem que ocorreram no Rio Grande do Sul. Em um segundo momento, a fim de conferir visibilidade à produção social das distintas figuras do masculino moralmente hierarquizadas na história da saúde no Brasil, parte-se de estudos que tanto retratam a saúde pública no país, bem como autores que problematizam os arranjos de masculinidades em determinados contextos histórico-sociais. Também nos utilizamos de personagens da literatura e da música brasileira como parte do campo de análise, inspirado pelos preceitos epistemológicos do personagem conceitual proposto na filosofia de Felix Guattari e Gilles Deleuze. A partir destes elementos, buscamos fazer uma releitura da história, onde masculinidades sujeitadas pelas ações eugênicas da medicalização dos corpos no país adquirem seu estatuto infame perante a sociedade. Percebe-se que estratégias de normalização colocam as masculinidades em movimento, onde a compartimentalização entre masculinidades legítimas e ilegítimas se constrói sobre o imperativo de homem ideal para a nação: trabalhador, pai de família, provedor. Estes preceitos, ancorados nos ideários de raça e classe social se ancoram em uma conjuntura da desigualdade social. Nesse processo de produção de masculinidades, muitas vezes, o último ponto de ancoragem social que inscrevem esses homens socialmente é uma virilidade violenta que se evidencia nos altos índices de morte por causas externas entre os homens. Em suma, evidenciamos a produção de masculinidades desprovidas de acesso aos direitos à saúde como direitos à vida, enquanto efeitos de uma longa história de medicalização do corpo social masculino, aspecto este, que adquire pouca visibilidade nas pesquisas que têm como cerne a saúde coletiva e/ou as relações de gênero e sexualidade.

ABSTRACT

Who is the man attended by the Brazilian Policy of Integral Attention of Men's Health? With this question in mind, we consider "men's health" as a problem, in other words, we aim at understanding the diagram of several movements that built a determined comprehension of man and the masculinity in the political constitutions, analyzing its tensions and forces. As a biopolitical strategy, the statement that men do not take care of their health and other discourses on men's social body underline the social production of masculinities inscribed in the health history of Brazil. To answer these questions, we use as a basis the theoretical and methodological tools of social psychology, from the poststructuralist perspective, especially the studies of Michel Foucault, in which the author developed an analysis of discourses and the emergence of knowledge in their relationship with mechanisms and technologies of power, especially on the device of medicalization. Furthermore, we also reviewed the studies of other authors on masculinities, especially in the queer analytical approach. The development of this research has, firstly, as its corpus of analysis, the official documentation of the Brazilian Policy of Integral Attention of Men's Health, as well as related legislation and field diaries on the Men's Health seminars that occurred in Rio Grande do Sul state. Afterwards, to highlight the social production of distinct male figures that are morally hierarchical in the history of health care in Brazil, we considered studies that portray public health in Brazil as well as authors that have questioned the arrangements of masculinities in specific historical and social contexts. Characters from Brazilian literature and music were used as part of the field of analysis, inspired by the epistemological precepts of the conceptual character proposed by the studies of Gilles Deleuze and Felix Guattari. Based on these elements, we made a re-reading of the history, in which masculinities subjected by eugenic actions of medicalization of bodies in Brazil acquired its infamous status in society. It is noticeable that the standardization strategies put masculinities in motion, in which compartmentalization between legitimate and illegitimate masculinities are built on the requirements of the ideal man for the nation: worker, father, provider. These precepts, anchored in the ideals of race and social class are anchored in a juncture of social inequality. In this process of production of masculinities, often the last point of social anchorage in which these men are socially inscribed is a violent virility that becomes evident in the high rates of death from external causes among men. To briefly summarize, we argue that the production of masculinities devoid of access to health rights as well as the right to live, as an effect of a long history of social medicalization of the male body. We should also consider that this topic is understudied in researches that have as their core public health and/or relations of gender and sexuality.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM..	17
1.1 A medicalização do corpo masculino	22
1.2 <i>Um homem para cuidar</i> : enunciados que culpabilizam	27
1.3 Da costela de Eva, Adão.	37
2. HOMENS MAMBEMBES: SAÚDE E PRODUÇÃO SOCIAL DAS MASCULINIDADES NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	52
2.1 Lugar distante; corpo abjeto: do trabalho (e do) escravo.....	57
2.1.1 Preto no Branco: a Raça como estratégia de biopoder na inscrição de masculinidades.....	63
2.2. Embriagado de amor ou de cachaça? Trabalho e sexualidade como dispositivos de poder na produção social de masculinidades na República Velha.....	72
2.2.1 Pobres homens: o trabalhador na mira da medicina social.....	81
2.2.2 Rebeldes são criminosos, alcoolistas são vadios e os caboclos invisíveis: os ideários eugênicos.	84
2.3. Um Pai para pobres homens: a produção de um sujeito moral no Estado Novo	88
2.4 Masculinidades com “jeitinho brasileiro”: a incompatibilidade entre saúde e trabalho no Brasil	104
2.5 A produção social de masculinidades encarceradas: a saúde no país das calças bege.	126
2.5.1 A emergência do espaço de encarceramento.....	128
2.5.2 Masculinidades encarceradas	137
2.5.3 Temos um Plano! A saúde no sistema prisional.....	146
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
4. REFERÊNCIAS.....	162
5. ANEXOS	175

INTRODUÇÃO

“Os homens não querem saber de médico”, “os homens não falam”, “os homens não sabem se cuidar”. Estas eram algumas frases proferidas por profissionais de saúde ao ser indagado sobre o masculino e a cuidado em saúde no serviço de Atenção Básica em Saúde. O sujeito da indagação, neste caso, é a autora que vos escreve.

Em meados de 2008, estava no segundo ano de Residência em Atenção Básica em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP) e naquela época previa-se, de acordo com informações de alguns profissionais da ESP, a futura implementação de uma Política Pública de Saúde que contemplasse o masculino.

Nesta época, acreditava que uma política pública voltada às masculinidades pudesse potencializar o caráter da pluralidade e problematizar as vulnerabilidades vividas por homens que precisavam reiterar a norma da masculinidade pela via da virilidade e do conflito interpessoal. Não era apenas a suposta invisibilidade dos homens, tampouco a naturalização dos postulados afirmados por alguns colegas do serviço de atenção à saúde que serviu de interstício entre a experiência anterior e a materialização deste estudo.

Foi justamente os homens que buscavam o cuidado em saúde no serviço de Unidade Básica em Saúde onde estava alocada, que convocaram-me a pensar sobre os sentidos atribuídos ao masculino no que se refere ao cuidado em saúde. Havia homens que buscavam algum encaminhamento de saúde às suas mulheres, outros queriam parar de sofrer por amor, outros queriam não sofrer mais pelo próprio fato de ter de se impor como macho dominante.

Havia aqueles que queriam cuidar de si, mas que nem sempre eram atendidos em suas demandas de saúde:

“Mesmo assim eu tenho que esperar eles me chamarem... Mas imagina se eles iriam querer me dar a vaga se eu só dissesse que queria parar de beber sendo que o outro na fila também queria a vaga mas tá viciado em crack.”

Este usuário, em acompanhamento psicossocial, durante minha Residência em Saúde, conta-me que no desespero do final de semana, decidiu buscar internação psiquiátrica através de serviço de emergência em saúde em

função de seu alcoolismo. Como estratégia para garantir seu encaminhamento, mentiu aos médicos: tentara se matar enforcado, mas a corda arrebentou em função do sobrepeso.

Não obstante, haviam demandas expressa por homens que eram consideradas inapropriadas: *“Eles vem fingindo que estão doentes para não ter que ir ao trabalho e depois ainda querem atestado.”* No contexto da Residência na Atenção Básica era comum escutar esta frase durante o atendimento à comunidade pelos profissionais de saúde, principalmente pelos médicos.

Estas e outras frases de efeitos, memórias que inspiraram esta dissertação, emergem no sentido de justificar este presente estudo, que, inicialmente parte, das inquietações referentes ao objeto “homem” delimitado como uma ‘nova’ problemática social de uma política pública específica: A “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH), instituída no ano de 2009.

A revisão bibliográfica a respeito da temática indica uma carência de estudos dedicados a analisar a saúde do homem para além de uma compartimentalização da saúde. homens é tomada como uma evidência naturalizada na maior parte dos artigos que tratam da temática no campo da saúde. Assim, buscamos aqui tomar a “saúde do homem” como um problema, o que significa compreender a partir de uma perspectiva que trace o diagrama dos diversos movimentos que colocaram uma determinada compreensão do homem e do masculino na constituição da Política, analisando as tensões e as linhas de força que a constituem.

De acordo com Benedito Medrado e Jorge Lyra (2010), no que se refere ao campo de pesquisas sobre masculinidades, existem objetos distintos que têm sido pesquisados, tais como: a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais; a compreensão do modo como os homens entendem e expressam “identidades de gênero”; as masculinidades como produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com as mulheres. Por fim, seria: *“A dimensão institucional das masculinidades, ou seja, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais”* (p. 810). Contudo, este tipo de análise é menos frequente, pois a maior parte das pesquisas relativas às Políticas Saúde não incorporaram a perspectiva das relações de gênero e seguem/reproduzem uma divisão binária e biologizante do sexo.

Por masculinidades, entendemos a pluralidade nos modos de vivenciar o masculino; para além do entendimento do sujeito atrelado a identidades fixas e segmentarizadas. Diante destas questões, Benedito Medrado e Jorge Lyra (2009) assinalam a importância no estudo sobre as masculinidades em que não basta

apreender e analisar os signos e significados culturais disponíveis sobre masculino, mas também discutir os preconceitos e estigmas, além de repensar a possibilidade de construir outras versões e sentidos.

Ressalta-se que o homem não figurava como objeto de reflexão das ciências, pois, conforme Maria Heilborn e Sérgio Carrara (1998), o masculino como referente universal, representava toda espécie humana. A partir da ação dos movimentos feministas e dos movimentos homossexuais, as denúncias envolvendo violência doméstica, assédio sexual, monopólio no mercado de trabalho, discriminação e violência homofóbicas, entre outras, foi possível abrir brechas na dominação masculina e questionar comportamentos e valores que estavam naturalizados, vistos como inerentes ao corpo e ao mundo masculino. A masculinidade de “natural” passa a ter de ser explicada, compreendida, ela torna-se explicitamente política. Assim, a tarefa das ciências em relação ao masculino torna-se uma empreitada nova e complexa, já que os homens não tinham uma especialidade médica¹ que os classificava e os atendia, como no caso da ginecologia para o corpo feminino.

Em relação à conjuntura atual da PNAISH, esta nos conduz a brechas e pontos de ruptura dentro de suas estratégias e objetivos, pois é considerada como uma política pública ainda incipiente, em termos de financiamento e execução. Existem profissionais de saúde que nem possuem conhecimento de sua existência, tamanha falta de incentivo de sua materialização nos serviços de saúde: “Se é *para o homem, então é uma política para todo mundo?*”, questionou um dos agentes comunitários de saúde.

Todavia, este não será um estudo sobre a materialidade das práticas discursivas nas ações desempenhadas no cotidiano da atenção à saúde. Não se trata do plano de resolutividade e consistência da PNAISH. Esse estudo se ocupa, sobretudo de compreender quem é o homem objeto da política atual e descrever como outros homens de outras épocas foram objetos de outras políticas e práticas de saúde em nossa história. Principalmente depois dos trabalhos de Michael Foucault, percebe-se que o modo como os saberes científicos constroem seus objetos não é uma operação simples, nem suas consequências sociais são sempre

¹ Na década de 30 o médico carioca José de Albuquerque frustrou suas tentativas em implementar a andrologia como especialidade médica, ao propor suplantando os limites da urologia, no que se refere à sexualidade masculina. Mesmo que em períodos diferentes, as propostas divulgadas através do Viagra (medicamento para impotência) em 1998, estabeleceram padrões e normatizações acerca da sexualidade masculina. (Leonardo Malcher, 2007)

previsíveis. Na maior parte das vezes, porém, as construções de novos objetos científicos supõem e geralmente reforçam processos que submetem os corpos. Foi o caso dos loucos, das mulheres e das crianças.

Michel Foucault (2004) se perguntava por que algumas coisas são consideradas verdades enquanto outras não e, como estes efeitos de verdade atuam na constituição do que somos a partir de jogos/estratégias de legitimação da verdade. Jogo, para Foucault, é o conjunto de regras de produção de verdade. A análise dos jogos de verdade possibilita compreender como a história vem sendo contada como verdade em diferentes épocas e contextos políticos, sendo que o efeito de verdade pressupõe sempre relações de poder mais ou menos rígidas, mais ou menos hierárquicas.

Segundo Patrícia Medeiros (2008), lembrando Foucault, os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos. Eles falam e nos fazem falar, constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é saúde, por exemplo. Os múltiplos discursos significam distintas formas de subjetivação. Portanto, os discursos não são subjetivos, mas subjetivam, na medida em que o indivíduo toma para si determinados discursos, considerados legítimos e verdadeiros, modificando-se e identificando as prerrogativas desse discurso como suas.

Sendo assim, este estudo, visa buscar a inteligibilidade das diversas forças empreendidas para a busca da medicalização do masculino, em preceitos que vão calcar determinadas produções sociais de masculinidades como inteligíveis de serem objetos da PNAISH. Emerge assim, o primeiro questionamento que dará corpo a esta dissertação: *A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem dialoga com a pluralidade nos modos de viver as masculinidades? Afinal, quem é o “homem” que a PNAISH tratará de “chamar de seu”?*²

A construção desta pesquisa parte de ferramentas teóricas e metodológicas de autores/as da Psicologia Social, buscando desnaturalizar preceitos atrelados por

² “*Um homem para chamar de seu*” é fragmento da música intitulada “Mesmo que seja eu”, composta por Erasmo Carlos e Roberto Carlos em 1982 e interpretada por diversos artistas brasileiros, entre eles Ney Matogrosso. Reconhecido por ser um dos principais percussores da androginia enquanto estética de arte, este subverte a canção, através de sua interpretação ousada e singular. Aqui utilizada como paródia da composição literária para com o objeto da PNAISH.

noções reducionistas do que seria “sujeito” e “social”. Rosane Silva (2004) dissolve a noção de que o social explicaria o surgimento da psicologia, já que o social vai sendo forjado na constituição mesma das disciplinas que se debruçam sobre ele (as ciências sociais).

Quando trazemos a produção social das masculinidades, a partir da emergência da PNAISH, tem-se o entendimento da sexualidade, proposta por Foucault, como sendo constitutiva da produção de subjetividade, na forma como ela é modulada pelos discursos que incitam certas operações no corpo e que são oferecidos como verdadeiros, atuando na nossa forma de pensar e atribuir sentido a nossas vidas. A sexualidade pela PNAISH vai ser colocada como um problema político; como um ponto de passagem das relações de poder que conformam nossos corpos.

Valemo-nos também, do conceito de gênero a partir da analítica queer, que como afirma Richard Miskolci (2009), faz uma crítica aos discursos hegemônicos na cultura ocidental, pois dissolve a noção dos sujeitos sexuais como estáveis para focar nos processos classificatórios, hierarquizadores que normalizam os comportamentos. Em termos teóricos e metodológicos, os estudos queer surgiram do encontro entre uma corrente dos Estudos Culturais norte-americanos com o pós-estruturalismo francês, o qual problematizou concepções clássicas de sujeito, identidade, agência e identificação.

A analítica queer visa dissolver os processos de segmentarização entre homossexualidade -heterossexualidade, passivo-ativo, homem-mulher. Judith Butler (2008), afirma que a analítica queer desconstrói a distinção sexo/gênero argumentando que não há sexo que não seja já desde sempre gênero. Todos os corpos são generificados desde o começo de sua existência social (e não há existência que não seja social); significa que não há “corpo natural” preexistindo à sua inscrição cultural. Isso aponta para a conclusão de que gênero não é algo que alguém é, é algo que alguém faz em ato, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um “fazer” em vez de um “ser”. Joan Scott (1990) também faz a crítica à tendência a reiterar, como dimensão principal de gênero, o antagonismo subjetivamente produzido entre homens e mulheres.

Como percurso metodológico, a perspectiva genealógica nos fornece pistas do sujeito moral que essa política pública de saúde incita nos corpos ditos masculinos. Para percebermos o que move e sustenta a PNAISH, cabe-nos colocar em movimento as veracidades envolvidas nos documentos oficiais da política. Um ponto de partida para prosseguirmos nessa análise é o homem inserido nas relações binárias de gênero, as quais atravessam o campo da saúde pública. E que coloca o sujeito sempre em contra posição ao outro (homem-mulher, masculino-feminino, heterossexual – homossexual).

Para entender o percurso genealógico é necessário distinguir outros estudos que traçam uma análise histórica. A história para Michel Foucault (1979) era pensada como uma genealogia, ou seja, uma ontologia crítica do presente. A história deve nos proteger de um historicismo que invoca o passado para resolver os problemas do presente. Desta forma, a genealogia se opõe a pesquisa da “origem”.

A acoplagem do termo arqueologia à genealogia deu-se pela necessidade de dirigir a leitura das discursividades para uma análise vertical, orientada para o presente, das determinações históricas de nosso próprio regime de discurso. A arqueologia, por sua vez, é o método próprio à análise da discursividade local, a genealogia é a tática que, a partir do discurso local assim descrito, ativa os saberes libertos da sujeição que emergem dos discursos. A genealogia busca o estranhamento do que foi naturalizado. (Foucault, 2007)

Não seria uma ruptura com a arqueologia, mas a ampliação de um campo que, conforme Edgardo Castro (2009) é de passar das discursividades para incluir o estudo das práticas não discursivas e, sobretudo a relação entre a discursividade e não discursividade, analisando o saber em termos de estratégias e táticas de poder.

“Uma ontologia histórica de nós mesmos é genealógica em sua finalidade e arqueológica em seu método. Arqueológica (e não transcendental), no sentido de que ela não procurará depreender as estruturas universais de qualquer conhecimento ou de qualquer ação moral possível: mas tratar dos discursos que articulam o que pensamos, dizemos e fazemos como acontecimentos históricos. E essa crítica será genealógica no sentido de que ela não deduzirá da forma do que somos o que para nós é impossível fazer ou conhecer; mas ela deduzirá da contingência que nos fez ser o que somos a possibilidade de não mais ser, fazer ou pensar o que somos, fazemos ou pensamos.” (Foucault, 2005, p. 347-348)

Segundo Henrique Nardi (2005), o estudo de cunho genealógico no campo da saúde, possibilita dar visibilidade às práticas em saúde ligadas ao âmbito da moral e

ao terreno político, visando dissolver proposições naturalizadas pelo discurso médico hegemônico e publicizar tensionamentos e movimentos não lineares no bojo das lutas no campo da saúde.

Ao invés de reproduzir os jogos de verdades acerca dos homens, segmentarizados em identidades fixas, principalmente no que será exposto ao longo da dissertação, acerca da idealização da figura moral do homem produtivo, branco e provedor ou na postulada dificuldade dos homens se deixarem medicalizar, pretende-se entender porque determinadas questões tornam-se tão importantes de serem colocadas em pauta e difundidas como verdades. Sendo assim, para este estudo, inicialmente foram analisados documentos que tanto antecedem aos da Política de Saúde do Homem, como demarcam a sua implantação. A revisão de literatura e de pesquisas sobre a temática, os documentos oficiais, como Leis e Diretrizes, também o material vinculado na mídia, relacionados à Saúde do Homem, bem como registros de diário de campo relacionados aos Seminários Estaduais do Rio grande do Sul sobre saúde do homem no ano de 2011 e 2012 possibilitaram movimentar este campo de análise.

Ao questionar os efeitos de verdade dos enunciados perpetuados pela PNAISH alegando que os homens não cuidam de sua saúde, que estes possuem resistência em serem examinados e medicados, buscou-se suspender estas e outras “verdades” atribuídas ao masculino, analisando os múltiplos discursos como produzidos historicamente. Diante da problemática que instaura a necessidade de um homem que necessita de uma intervenção política para o cuidado em saúde, e das análises empreendidas, ao longo da dissertação, houve a ampliação do lócus de pesquisa, para uma perspectiva genealógica que pretendeu rebuscar a produção social de masculinidades na história do Brasil, no que concerne à medicalização do corpo social masculino.

A dispersão na materialização da PNAISH nos diversos serviços tecno-assistenciais da saúde pública, bem como de sua desconsideração com a história do corpo masculino no campo da saúde no país, deslocou-nos a outras prospecções que nos levaram a voltar ao passado, não na busca de uma linearidade, mas justamente da dissolução de masculinidades compartimentalizadas e binarizadas entre vítima e réu. Mais do que isso, buscamos uma visão que toma as relações de

gênero e outros intercessores como raça e classe social como disparadores de um olhar sobre os homens que lhes tirem de seu lugar universalizado.

Sérgio Carrara (1998) já havia indicado que os homens eram foco da medicalização em território circunscrito como bordéis e casas de jogos, botecos. No Brasil, sabemos que antes da emergência do SUS, somente trabalhadores de carteira de trabalho assinada tinham garantidos certos direitos de acesso à saúde. O controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do biopoder em relação ao masculino.

O biopoder, operador conceitual cunhado por Foucault, (1999), não se preocupa somente com o indivíduo, mas lida com uma população que é um problema político, biológico, científico e, concomitantemente, um problema de governo. Neste sentido, a biopolítica designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certos conjuntos disciplinares, mas o conjunto das pessoas administradas como população. A população será governada por meio da gestão da saúde, da higiene, alimentação, sexualidade, na medida em que se tornam preocupações políticas. (Judith Revel, 2005)

Mas seriam os homens, alvo das estratégias biopolíticas somente com o advento da PNAISH? Aliás, onde estão os homens na história? Eles não adoeciam, não sofriam, não possuíam estratégias de cuidado em saúde? Que saúde era possível para masculinidades que eram legitimadas ou não no bojo dos acontecimentos políticos, sociais e culturais na sociedade brasileira?

Esperamos dar visibilidade a esse processo ao longo do corpo do texto, dividindo-o em dois momentos: uma perspectiva atual que problematiza³ as principais estratégias empreendidas pela PNAISH dirigidas ao corpo social masculino e noutro, uma perspectiva genealógica que retoma os principais movimentos de constituição de masculinidades sob o jugo da medicalização. Estes dois momentos, não são dissociados do problema de pesquisa inicial. A PNAISH vai ser o fio condutor com a atualidade, nos preâmbulos que caracterizam os contextos históricos que vão movimentando determinadas produções de masculinidades em

³ Lembrando que problematização para Foucault (2004) é o conjunto de práticas discursivas ou não discursivas que faz com que algo entre no jogo do verdadeiro e do falso e se constitua como objeto para o pensamento.

diversas territorialidades, tanto aquelas consideradas legitimadas perante a sociedade como corpos que serão execrados dos acessos à saúde que seriam permitidos apenas aos “cidadãos de bem”.

Não temos a pretensão neste momento de nos aprofundar mais na introdução no que concerne ao movimento posterior desta pesquisa; pretendemos demonstrar o caminho do pensamento que fomos adquirindo com o passar das problematizações em cada momento, levando o leitor a perceber os meandros de constituição deste prisma genealógico.

Judith Revel (2005, p. 15) assinala a importância dos acontecimentos que continuavam a nos atravessar, se prolongando de maneira genealógica na nossa própria corporeidade. A genealogia articula o corpo com a história. O corpo marcado de história e a história arruinando o corpo. (Foucault 1979).

Por fim, sublinhamos novamente que a dimensão das relações de gênero interage com as interseccionalidades de raça/etnia, classe social, orientação sexual e geração, estabelecendo diferentes perfis e tornando o cenário das relações de gênero cada vez mais complexo, ampliando a problematização da emergência do homem como objeto da saúde como um problema contemporâneo.

1. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Para contextualizar a PNAISH, circunscreve-se a declaração a seguir que foi concedida ao Programa Jornalístico da emissora televisiva da Jovem Pan, pelo Presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, no dia 10 de agosto de 2009; data comemorativa do Dia dos Pais:

“Eu gostaria de anunciar em primeira mão, que o Ministério da Saúde está finalizando e nós vamos finalizar até o final deste mês, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa Política inclui mais investimentos na rede de saúde para exame e tratamento, mais treinamento e capacitação para profissionais de saúde e campanha de informação e orientação para trazer o homem para os serviços de saúde. Eles geralmente têm medo de ir ao médico. Tem medo de agulha. E ainda ficam com essa bobagem, e aí todos nós homens temos essa bobagem na cabeça, que é o medo de fazer o exame do câncer de próstata. E isso tem sido a causa da morte de muitos homens por causa do câncer de próstata. É importante chamar atenção para o fato de que além de procurar menos os serviços de saúde, os homens bebem mais, fumam mais e fazem menos exercícios que as mulheres.”

Este fragmento revela os múltiplos enunciados que atravessam a produção social de gênero voltado ao corpo social do homem e que se sustentam e são sustentadas, especialmente pelo documento oficial da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Diante de um campo de várias tensões e dispersões que nos será apresentado, busca-se problematizar o que faz com que o homem seja objeto de uma política específica. Quais são as linhas de força, os interesses em jogo, as estratégias para captar o corpo masculino?

Num primeiro momento, apresentaremos as principais diretrizes e princípios exposto no documento oficial da PNAISH, a fim de descrever o terreno das práticas discursivas em que ela se sustenta. Frisa-se o momento de dispersão da PNAISH, no seu campo de execução, para justificar que seus objetivos e estratégias vêm sofrendo mutações conforme o contexto político e regional, posto que ocorre um desinvestimento financeiro na operacionalização desta política. Através da Portaria

1.008/2010, a União prevê um repasse de 75 mil reais como incentivo aos Municípios indicados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que implantarem a PNAISH. Todavia, conforme a Agência da Confederação Nacional de Municípios (2010) o valor do repasse não é suficiente, pois, acarreta ônus aos municípios, visto que esta política pública é destinada a uma grande parcela da população que varia de região para região: homens dos 20 aos 59 anos de idade.

A priorização da PNAISH em dirigir-se aos homens da faixa etária dos 20 aos 59 anos de idade ocorre justamente pela alta prevalência de internação e de morte devido às causas externas. Os princípios e diretrizes, baseados em dados epidemiológicos, centralizam-se nos fatores de risco associados aos indicadores de morbimortalidade; nesta direção, estudos como o de Wagner Figueiredo (2005) têm ressaltado a alta prevalência das doenças cardiovasculares, neoplasias malignas e violência, sobressaindo os acidentes de trânsito e os homicídios (causas externas).

Contudo, Lyra e Medrado (2009) salientam que a centralização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem não foca as causas externas, mas as doenças do aparelho geniturinário, (como câncer de próstata e pênis), bem como na saúde sexual (disfunção erétil), na saúde reprodutiva e na dificuldade de acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção básica, “como se fossem incompatíveis” com estes.

Ressalta-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem também prevê como eixo prioritário o atendimento às necessidades da saúde do homem pela Atenção Básica, em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), inserida como porta de entrada para que se evitem os agravos à saúde do homem incentivando a prevenção e promoção a saúde, bem como a redução dos custos por internação hospitalar. Deve-se considerar, contudo, que para além destas diretrizes, antes mesmo da criação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, os profissionais da ESF já desempenhavam o cuidado à saúde dirigida às masculinidades a partir de outras Políticas e Programas de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, BRASIL (2010), a nova política coloca o Brasil na vanguarda das ações voltadas para a saúde do homem. O país é o primeiro da América Latina e o segundo do continente americano a implementar uma política destinada à saúde do Homem, sendo o Canadá o primeiro país. A política está

inserida no contexto do 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 cidadão brasileiro.

Mas seriam apenas estes motivos que incitaram a emergência de uma Política diretamente voltada ao corpo masculino? Sérgio Carrara (2009), a partir de uma análise histórica, questiona o contexto atual da Política Nacional de Saúde do Homem, como esta foi e está sendo formulada, apontando alguns interesses políticos, na articulação entre especialistas médicos (no caso, os urologistas), gestores, formuladores de políticas públicas, farmacêuticos e representantes dos "movimentos organizados".

Desde 2004, a Sociedade Brasileira de Urologia vem se dedicando à “causa” da saúde do homem e, ao longo de todo o ano de 2008, exerceu forte pressão junto a diferentes setores do governo, a parlamentares, aos conselhos de saúde (CONASS e CONASEMS) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política específica voltada à saúde do homem. Em sua atuação, além do estabelecimento das diretrizes dessa política, estavam em jogo questões corporativas, como o valor dos honorários pagos aos urologistas pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados pela Sociedade.

Sérgio Carrara (2009) afirma que em março de 2008, foi criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, a Área Técnica de Saúde do Homem, ficando sob a coordenação de Ricardo Cavalcanti, médico ginecologista e um dos fundadores da “moderna sexologia brasileira”. Neste Departamento, a saúde do homem adquire um espaço ao lado de outras políticas intersetoriais ⁴ como: "mulheres", "adolescentes e jovens", "idosos", "pessoas com deficiência", “usuários de serviços de saúde mental” e “indivíduos sob a custódia do Estado”. Em 28 de agosto de 2009, no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde em Brasília, o Ministério da Saúde lança oficialmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Em seu discurso, o ministro

⁴ No caso da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), no ano de 2011, a saúde do homem do RS, dividia espaço tanto físico como no planejamento das ações estratégicas, com a gestão estadual da saúde Indígena e a saúde no sistema prisional. Já no ano de 2012 o “casamento” passou a ser com outra política estadual: a saúde da mulher.

ressaltou a importância da Sociedade Brasileira de Urologia na construção da nova política, que, conforme declara o presidente da SBU, "*valoriza o homem brasileiro, fortalece a atividade urológica e o urologista no Sistema Único de Saúde*".

Outro aspecto que é salientado como relevante segundo Ministério da Saúde (2010) são os "obstáculos que impedem os homens de frequentar os consultórios médicos que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem busca romper". Entre os seus subsídios está uma pesquisa feita com sociedades médicas brasileiras e conselhos de saúde. Divulgado em 2008, o levantamento ouviu cerca de 250 especialistas e mostrou que a população masculina não procura o médico por conta de barreiras culturais, entre outras.

Contudo, em agosto de 2008, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, ao qual se subordina a Área Técnica de Saúde do Homem, já havia lançado a primeira versão do documento "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)". Este ficou disponível à consulta pública, onde não poderia ser alterado, apenas visualizado como documento *online* no site do Ministério da Saúde.

Sérgio Carrara (2009) afirma que o documento baseia-se nos dados presentes em pesquisas qualitativas de estudiosos como Romeu Gomes (2003,2007); Romeu Gomes e Elaine Nascimento (2006) e Lília Schraiber (2005), a fim de apontar diversas razões para o fenômeno, agrupadas em dois tipos de determinantes: "barreiras institucionais" e "barreiras socioculturais". As "barreiras institucionais" dizem respeito à dificuldade de acesso aos serviços assistenciais e são tratadas de forma bastante breve. O documento enfatiza as chamadas "variáveis culturais":

"Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos na cultura patriarcal, produzem práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco." (PNAISH, 2008, p. 6).

Ao colocarmos em questão, as masculinidades privilegiadas como objeto de atenção pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, encontramos na análise dos documentos oficiais, nos registros de Seminários e outros trabalhos centralizados nesta questão, a carência de uma perspectiva plural

no entendimento do que é ser homem. Lyra e Medrado (2009) afirmam que muitas vezes o que é apresentado na literatura científica sobre o tema reproduz visões dicotômicas ao invés de polissêmicas. A dicotomização entre as barreiras culturais e institucionais, expressa o que é da ordem de uma heteronormatividade circulante como totalmente descaracterizada do contexto histórico, político e social onde foram produzidas.

Esta questão fica bem clara, posto que o conceito de masculinidade no documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem diz que:

“Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural [...], a concepção ainda prevalente e hegemônica de masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde.” (PNAISH, 2009, p. 6).

É necessário, como contraponto às veridicações suscitadas pela PNAISH, de uma masculinidade que atravancaria a própria existência, aludir ao que entendemos por relações de gênero. O primeiro contraponto consiste em dissolver o ideário do masculino e o feminino, como características naturais, fixas e neutras. Guacira Louro (Sarah Salih, 2011, página 145), analisando a obra *Gender Trouble* de Judith Butler, assinala que:

“não existe um “eu” fora da linguagem, uma vez que a identidade é uma prática significativa e os sujeitos culturalmente inteligíveis são efeitos em vez de serem causas de discursos que dissimulam seu funcionamento. É nesse sentido que a identidade de gênero é performativa, pois é um “processo regulado de repetição”.

Negar a fluidez dos corpos ao performar as masculinidades é um ato disciplinar. Joan Scott (1990) afirma que homem e mulher são categorias vazias e transbordantes. Vazias porque elas não têm nenhum significado definitivo e transcendente; transbordantes porque, mesmo quando parecem fixadas, elas contêm ainda dentro delas definições alternativas negadas ou reprimidas. Diante disso, ao compartimentalizar as masculinidades em regimes identitários produzimos normalização.

Contudo, o modelo da heteronormatividade não se refere apenas aos sujeitos legítimos e normalizados, mas é uma denominação contemporânea para o dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar a todos para

serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e “natural” da heterossexualidade. (Richard Miskolci, 2009)

E no que concerne às políticas públicas, Joan Scott (1990), afirma que estas se materializam no terreno de gênero. Todos os corpos, de uma maneira ou outra, são atravessados pelos modos heteronormativos de viver, e assim vemos a ausência de transversalidade de políticas voltadas à saúde do homem, outra para a mulher, e outra para a população LGBT.

Dulce Ferraz (2010), considerando a política de saúde construída no âmbito do SUS, afirma que se gênero é uma das dimensões organizadoras das relações sociais que produz desigualdades, então se deve reconhecer a existência dessas desigualdades com vistas à promoção da equidade de gênero. Segundo Joan Scott (1990) para se reivindicar o poder político, a referência à categoria de gênero tem que parecer segura e fixa, fora de qualquer construção humana, fazendo parte da ordem natural ou divina. Desta forma, a oposição binária e o processo social das relações de gênero tornam-se ambos, produções de sentido emanadas das relações de poder. Colocar em questão ou mudar um aspecto ameaça o sistema por inteiro.

Então há espaço para pensar o sujeito atravessado também pelas possibilidades de modos singulares de vivenciar as masculinidades? Até que ponto as políticas públicas e, no caso deste estudo, a PNAISH fomenta justamente aquilo que tanto critica?

1.1 A medicalização do corpo masculino

“(...) é isso o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. Para dizer: “eis um dispositivo”, procuro quais foram os elementos que interviram em uma racionalidade, em uma organização.” (Foucault, 2007, p. 124)

A modernidade fez do corpo um objeto de poder do Estado. A hipótese de que somos reprimidos, é apenas uma peça de um dispositivo mais amplo de incitação e colocação do sexo em discurso pelo poder; pela ciência da sexualidade. (Foucault, 1988).

Foucault, nas palavras de Adriano León (2010), propõe duas chaves conceituais profundamente relacionadas: o dispositivo da sexualidade e a *scientia sexualis*. Por dispositivo da sexualidade Foucault entende um conjunto de práticas, instituições e conhecimentos que desde o século XVIII fizeram da sexualidade um domínio coerente e uma dimensão absolutamente fundamental do indivíduo. Por ciência sexual, entende-se um conjunto de regras que disciplinavam (e que ainda disciplinam), os saberes sobre sexo e prazer, as quais levavam em conta uma biologia da reprodução humana e uma medicina do sexo.

O dispositivo da sexualidade produz e é produzido por uma aliança entre poder-saber com apelo biomédico (mas também jurídico, pedagógico, moral e econômico). O sexo aparece como um solo de alto risco patológico, bem como centro de toda nomenclatura particular. A confissão toma o lugar necessário junto às intervenções médicas. A cura pela verdade se dá quando esta é dita a tempo, a quem é devido e que é simultaneamente seu portador e seu responsável. O sexo não se inscreverá mais apenas sob o signo do pecado e sim no regime do normal e do patológico. À maioria das doenças e distúrbios, o século XIX atribuiu ao menos em uma parte uma etiologia sexual. Hábitos das crianças, doença dos adultos, doenças nervosas, todas se encontravam associadas a uma causalidade sexual. (Foucault, 2007; 1988)

Pensando em como o homem vai sendo circunscrito como objeto de atenção pela PNAISH, ao contextualizar brevemente a emergência desta política pública, verifico que os diferentes enunciados que dão forma a PNAISH parecem atrelados a uma dimensão do cuidado em saúde biologizante. Ocorre a medicalização do corpo masculino a partir da genitalização do homem, principalmente quando se prescreve a urgência do cuidado em relação ao câncer de próstata e à disfunção erétil.

Como exemplo para análise posterior, citamos o relato de diversos painelistas, ligados diretamente ao Instituto Nacional de Próstata (INPROS) no “V Seminário Municipal e IV Seminário Estadual de Políticas para Saúde do Homem”, realizado no dia 24 de outubro de 2011, em Porto Alegre, no qual foi amplamente divulgado que:

“(...) assim como a doença da mulher é o câncer de mama, a doença do homem é o câncer de próstata.”

Além da comparação das doenças ligadas aos órgãos genitais ⁵ entre homens e mulheres, é revelado no documento oficial da PNAISH que esta política foi inspirada na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Neste sentido, o pressuposto desta política pública constitui-se sob o ideário da heteronormatividade intrínseca ao corpo social. O masculino como amálgama do regime de forças investido no corpo feminino é uma de nossas possibilidades de análise a ser colocada em questão, visto pelas novas interlocuções que a PNAISH vai realizar, desta vez no que tange às políticas de saúde da mulher e da criança. A fim de posicionar as contingências implicadas nestes processos, ampliaremos a discussão em capítulo ⁶ a parte.

Outra questão, referente ao dispositivo da sexualidade, refere-se ao estímulo da biomedicina à busca de tratamento medicamentoso a fim de garantir uma potente virilidade sexual como uma das frentes da medicalização do masculino no rentável mercado de medicamentos. O caráter heteronormativo da indústria farmacêutica na sua aliança com a urologia é visível na publicidade, e foco do estudo de Lívia Faro et. al. (2010), uma vez que todas as propagandas indiretas de medicamentos para disfunção erétil usam um casal heterossexual como modelo, induzindo a que se pense em dois elementos; a) que os homossexuais não sofrem de disfunção erétil e, b) apresentar um casal não heterossexual em uma publicidade de medicamento para disfunção erétil seria destruir a relação virilidade/masculinidade/ereção.

Além do caráter heteronormativo em que se sustentam as políticas de saúde, é necessário contextualizar o jogo de forças implicados para a medicalização do corpo masculino. Michel Foucault (1977-1978), em seu curso intitulado “Segurança, Território, População”, ao definir biopoder, vai evidenciar de que forma, na passagem do século XVIII para o XIX, a vida e a saúde se tornaram alvos fundamentais do poder.

Neste sentido, a biopolítica designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certos conjuntos disciplinares, mas o conjunto das pessoas administradas como corpo social. A população será alvo de

⁵ Para a medicina a próstata é considerada como aparelho geniturinário.

⁶ Capítulo intitulado “Da costela de Eva, Adão”.

controle a partir de regras de da higiene, alimentação, sexualidade, na medida em que se tornam preocupações políticas. Medicina e Estado se articulam como forma de governo das populações, desse modo a medicina é uma estratégia biopolítica. Nikolas Rose (2011), na esteira do pensamento foucaultiano, afirma que as tecnologias médicas contemporâneas não buscam meramente curar doenças, mas controlar e gerenciar processos vitais do corpo e da mente. Elas não são mais apenas tecnologias da saúde, mas tecnologias da vida. A biomedicina da atualidade mudou nossa relação com a saúde e a doença, mas, sobretudo, conformou modos de ser, (Vivian Ignácio; Henrique Nardi, 2007), instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) é incitada a buscar sua cessação no uso de fármacos (produto do capitalismo global).

Segundo Livia Faro (2010), tanto as prescrições médicas quanto a auto prescrição redundam em reforço da medicalização, posto que partem do entendimento de uma atividade corporal codificada em termos médicos e, portanto, passível de intervenções farmacológicas. Assim, pacientes tornam-se consumidores, pois como afirma Nikolas Rose (2011), as pessoas buscam ativamente o tratamento e os produtos que lhe convêm, a fim de maximizar sua potencialidade vital e estética.

Uma das brechas encontradas ao colocarmos em questão o discurso da PNAISH sobre o fato de os homens não acessarem a atenção básica e sim a emergência, é que encontramos estatisticamente outra evidência, a fim de por em movimento as veridões sobre o corpo masculino. Conforme indicadores da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios pelo IBGE ⁷(2008), os homens acessam a atenção básica em saúde e a emergência em proporção muito similar a das mulheres. Apenas o número de homens que dizem acessar a farmácia, é pouco maior do que das mulheres (ANEXO 1).

A automedicação é uma tecnologia do biopoder que se produz pelas maneiras de conduzir o próprio corpo e reflete o quanto a medicina tornou-se intensamente capitalizada, redesenhando, assim, a prática clínica pelas exigências

⁷ Tabela anexo 1, página 176. Ver mais em:

<https://www.google.com/url?q=http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%2520-%2520RJ/panorama.pdf&sa=U&ei=gcgjUebFGurQ2QXe1YG4Bg&ved=0CAcQFjAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNHtRebVN2YKkzRg6RySHrYczHTiwA>

dos seguros saúde e pelos critérios de reembolso, mas também sua associação com a biotecnologia proporcionada pelos fármacos. A busca imediata de aplacamento dos sintomas com o uso da medicação pode ser considerada também como efeito do dispositivo do trabalho sobre o corpo masculino: o desenlace que se produz entre os imperativos do trabalho e a busca pelo acesso em saúde. Assim, como dispositivos que organizam a vida, além do dispositivo da sexualidade, é importante levar em consideração para problematização do acesso dos homens aos serviços de saúde, o dispositivo do trabalho, que conforme Henrique Nardi (2006), também funciona como organizador da vida social e criador de subjetividades.

Judith Revel (2005) afirma que nas instâncias de controle que se desdobram sobre o corpo desde o início do século XIX, buscassem potencializar este corpo para a produtividade no trabalho. Com o advento do capitalismo, ocorre a necessidade de controlar os fluxos e a repartição espacial da produção e do mercado de trabalho que torna necessário a polícia e a vigilância das populações. Segundo Jorge Lyra e Benedito Medrado (2009), a sociedade impõe o emprego na vida dos homens, onde este não pode ocupar a posição de doente e sim se mostrar disposto e saudável. Lilia Schraiber (2010), em sua pesquisa, por meio de entrevistas, demonstrou que uma das razões do suposto não cuidado à saúde por parte dos homens, é a pressão social e patronal para que os trabalhadores coloquem as atividades laborativas em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, mesmo para os sujeitos com maior grau de escolaridade. Marcia Couto (2010) em uma pesquisa que tinha como objeto os usuários e profissionais de uma Unidade Básica de Saúde destaca o fragmento de um dos depoimentos:

"Essa nossa cultura é a cultura de empregado e empregador, cultura de não faltar ao trabalho, de não se cuidar. Os homens não se cuidam. Eu mesmo, sou homem, sou médico e negligencio minha saúde para não faltar ao trabalho".
(Médico, RN1)

A partir destas pistas, no campo da sexualidade e do trabalho, iremos de encontro aos processos de subjetivação, idealmente fomentados pela Política Nacional de Atenção Integral à de Saúde do Homem e que situam o homem como sujeito vítima de sua própria masculinidade, já que objetivo principal da PNAISH é enfraquecer a resistência masculina à medicina de uma forma geral.

Se o homem é tido como disfuncional dentro da massa populacional, no que se refere à circulação pelos níveis de atenção à saúde, seria de questionarmos a função deste enunciado: “*O homem não cuida de sua saúde*”. Não seria, entre outras verdades, uma tentativa de interiorizar um discurso na sociedade de modo que as “barreiras institucionais”, postas no documento oficial da PNAISH sejam suprimidas pelo processo de culpabilização atribuído àquele que é tido como resistente em demandar prescrições e operações no seu corpo? Este é o tema do subcapítulo subsequente.

1.2 *Um homem para cuidar: enunciados que culpabilizam*

“Não é, pois, o poder, mas o sujeito que constitui o tema geral de minhas investigações”. (Foucault, 2006, p.223)

Foucault se questionava como nos tornamos sujeitos. Para ele há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência e preso a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento.

Segundo Judith Revel (2005), os modos de subjetivação correspondem a dois tipos de análise: de um lado, os modos de objetivação que nos transformam a partir das práticas de objetivação; de outro lado, a maneira pela qual na relação consigo, e por meio de certo número de técnicas, nos constituímos como sujeito de nossa existência.

Existem três modos de objetivação: o sujeito do discurso (na filologia e na linguística), a objetivação do sujeito produtivo, do sujeito que trabalha (na economia), ou do sujeito que vive (na biologia). (Foucault, 1995)

Edgardo Castro (2009) assinala que Foucault situa as “práticas divisoras”, como as que objetivam o sujeito quando este é dividido no interior dele mesmo e em relação aos outros para classificá-lo e fazer dele um objeto. Foucault vai estudar, também, a maneira como o ser humano se reconhece como sujeito de uma sexualidade, a partir do dispositivo da sexualidade e, sobretudo, a constituição do sujeito como objeto para ele próprio:

“a formação dos procedimentos pelos quais o sujeito é levado a se observar, se analisar, se decifrar e se reconhecer como campo de saber possível. Em resumo: como nos constituímos como sujeitos de nosso saber; como sujeitos que ocupam diferentes posições nas relações de poder; e como sujeitos morais em nossas ações.” (Henrique Nardi e Tatiana Ramminger, 2008, p. 341)

Se como Foucault, chamarmos de “pensamento” ao ato que instaura, segundo diferentes relações possíveis, um sujeito e um objeto, uma história do pensamento seria a análise das condições em que se formaram e se modificaram as relações entre sujeito e objeto para tornar possível uma forma de saber. As condições, dizem respeito aos jogos de verdades, as regras segundo as quais o que um sujeito pode dizer, inscreve-se no campo do verdadeiro e do falso e pelas quais um saber ganha efeito de verdade. (Edgardo Castro, 2009; Michel Foucault, 1995)

Patrícia Medeiros (2008) assinala que os múltiplos discursos significam distintas formas de subjetivação. Portanto, os discursos não são subjetivos, mas subjetivam, na medida em que o indivíduo toma para si determinados discursos, considerados legítimos e verdadeiros, modificando-se e identificando as prerrogativas desse discurso como suas.

Assim, o objeto não é algo dado, mas se constitui como efeito num campo de verdades. Os jogos de verdade, não se referem mais a uma prática coercitiva, mas a uma prática de auto-formação do sujeito na contemporaneidade. Para Foucault (2006), a relação saber-poder seria mais um instrumento que permitiria analisar o problema das relações entre sujeitos e jogos de verdades.

Se o governo da conduta, que veremos no subitem que segue, pauta-se pela invenção de critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a um modelo de ser sujeito, são as relações de poder-saber que tornam possíveis a invenção desses critérios, a sua materialidade (por meio de técnicas, procedimentos e práticas), seu sucesso ou mesmo a resistência a eles. (Medeiros, 2008)

E o que define uma relação de poder é um modo de ação que não age direta e indiretamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. O poder é um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre um campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia facilita, ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos

provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos. Mas para haver relações de poder que são sempre instáveis e voláteis é necessário que exista pelo menos certo grau de liberdade. (Foucault, 2005)

Segundo Rosa Fischer (2001), o problema da produção histórica das subjetividades pertence, ao mesmo tempo, à descrição arqueológica da constituição de certo número de saberes sobre o sujeito, à descrição genealógica das práticas de dominação e das estratégias de governo às quais se podem submeter os indivíduos, e a análise das técnicas de si que se produzem e se transformam no tempo. Se os jogos de verdades são as formas de legitimação de enunciados/discursos que tem efeitos de verdade, trata-se de buscar que enunciados circulem na produção do homem da PNAISH e quais as estratégias de sua legitimação, ou seja, quem pode falar e como sobre a saúde do homem.

Para entendermos como Foucault foi trabalhando os conceitos de formações discursiva e enunciados, no seu livro *“As palavras e as coisas”*, o autor chamou de enunciado todo o pensamento, toda a prática, toda a fala de uma época que são coordenados, em última instância, por um conjunto pequeno e restrito de ideias e que constituem matrizes anônimas de toda a inteligência desse tempo determinado. Tais matrizes sofrem alterações de tempos em tempos, e modificam toda a configuração de saber, o que faz com que, entre as épocas, diferentes camadas de discursos e práticas se superponham (uma vez que são produtos da influência de diferentes enunciados).

Já na *Arqueologia do Saber*, Foucault amplia o conceito de enunciado para pensar na função enunciativa:

“[...] voltando atrás, apercebi-me de que não podia definir o enunciado como uma unidade de tipo linguístico (superior ao fenômeno e à palavra, inferior ao texto); mas que tinha de me ocupar de uma função enunciativa, pondo em jogo unidades diversas (elas podem coincidir às vezes com frases, às vezes com proposições; mas são feitas às vezes de fragmentos de frases, séries ou quadros de signos, jogo de proposições ou formulações equivalentes); e essa função, em vez de dar um 'sentido' a essas unidades, coloca-as em relação com um campo de objetos; em vez de lhes conferir um sujeito, abre-lhes um conjunto de posições subjetivas possíveis; em vez de lhes fixar limites, coloca-as em um domínio de coordenação e de coexistência; em vez de lhes determinar a identidade, aloja-as em um espaço em que são consideradas, utilizadas e repetidas.[...] Em suma, o que se descobriu não foi o enunciado atômico - com seu efeito de sentido, sua origem, seus limites e sua individualidade -, mas sim o campo de

exercício da função enunciativa e as condições segundo as quais ela faz aparecerem unidades diversas (que podem ser, mas não necessariamente, de origem gramatical ou lógica)" (Foucault, 2010, p. 120-121).

As condições que Foucault refere acima estão associadas e são produzidas por relações de poder, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder que as supõem e as atualizam. Nesse sentido, o discurso ultrapassa a simples referência a "coisas", pois existe para além da mera utilização de letras, palavras e frases, não pode ser entendido como um fenômeno de mera "expressão" de algo: apresenta regularidades intrínsecas a si mesmo, através das quais é possível definir uma rede conceitual que lhe é própria. É a esse "mais" que o autor se refere, sugerindo que seja descrito e apanhado a partir do próprio discurso, até porque as regras de formação dos conceitos, segundo Foucault, não residem na mentalidade nem na consciência dos indivíduos; pelo contrário, elas estão no próprio discurso e se impõem a todos aqueles que falam ou tentam falar dentro de um determinado campo discursivo (Foucault, 1986, p.70).

Dulce Ferraz (2010) e Márcia Couto (2010) possibilitam que nos questionemos a respeito de como os autores contemporâneos ainda pecam por reproduzir certos enunciados como se fosse uma realidade - dada em si - que tivesse que ser desvendada, ao invés de se buscar colocar os enunciados em relação um aos outros a fim de nos questionarmos quais mecanismos de poder estão em jogo na PNAISH.

Estes autores afirmam que se, de um lado, a resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários decorre das variáveis culturais que estabelecem uma dissociação entre os valores de masculinidade e a fragilidade representada pela doença, por outro, é justificado pelo horário de funcionamento, que coincide com a carga horária do trabalho da maior parte da população masculina. Entretanto Márcia Couto (2010) assinala, sob um prisma aparentemente redundante que, diferente dos homens, as mulheres mesmo trabalhando acessam os serviços de saúde, o que indiretamente afirma que seria uma incapacidade destes ao não buscar atendimento às necessidades de saúde. Salienta-se, que esta mesma afirmativa foi feita no IV Seminário Estadual e V Seminário Municipal de Políticas de Saúde para o Homem por um dos gestores painelistas.

Rosa Fischer (2001) afirma que não há enunciado que não esteja apoiado em um conjunto de signos, mas o que importa é o fato dessa "função" caracterizar-se por quatro elementos básicos: um referente (ou seja, um princípio de diferenciação), um sujeito (no sentido de "posição" a ser ocupada), um campo associado (isto é, coexistir com outros enunciados) e uma materialidade específica – por tratar de coisas efetivamente ditas, escritas, gravadas em algum tipo de material, passíveis de repetição ou reprodução, ativadas através de técnicas, práticas e relações sociais.

Parafraseando a autora, a fim de me dedicar ao que vem circulando como um dos possíveis enunciados – e lembrando que *“para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento.”* Tomaremos como exercício de análise, através dos quatro elementos básicos de um enunciado, aquele presente nos materiais anteriormente citados (documento que institui a PNAISH, a declaração do Presidente da época, a fala dos painelistas do Seminário de Políticas para a Saúde do Homem), que seria *“O homem não cuida de sua saúde”*:

1. a referência a algo que identificamos (o referente, no caso, a figura do homem como incapaz de se cuidar e se deixar medicalizar);
2. o fato de ter um sujeito, alguém que pode efetivamente afirmar aquilo (ocupam o lugar de sujeito desse enunciado os especialistas médicos, em especial os Urologistas e suas instituições (como Sociedade Brasileira de Urologia e o Instituto Nacional de Próstata) na sua postulada condição de saber-poder associada à racionalidade do estado no fomento de uma política de saúde específica para o homem. No caso dos homens como objeto pela PNAISH é de questionarmos se os homens se reconhecem nestes discursos da gestão e dos especialistas).
3. o fato de o enunciado não existir isolado, mas sempre em associação e correlação com outros enunciados, do mesmo discurso (no caso, o discurso biomédico) ou de outros discursos (por exemplo, os enunciados sobre a mulher, sobre a noção de família, a paternidade, e assim por diante);
4. a materialidade do enunciado, as formas muito concretas com que ele aparece, nas enunciações que aparecem, como vimos em estudos acadêmicos, nos documentos da PNAISH, nas falas dos especialistas e gestores, além das

campanhas vinculadas pela mídia e pela própria mídia, tomando como exemplo a reportagem da Zero Hora do dia 31 de outubro de 2011, intitulada de “*Homens não são de ferro: receio de ir ao médico compromete a saúde masculina.*”

Descrever um enunciado, portanto, é dar conta dessas especificidades, é apreendê-lo como acontecimento, como algo que irrompe num certo tempo, num certo lugar. O que permitirá situar um emaranhado de enunciados numa certa organização é justamente o fato deles pertencerem a certa formação discursiva. As formações discursivas devem ser vistas sempre dentro de um espaço discursivo ou de um campo discursivo, ou seja, elas estão sempre em relação com determinados campos de saber.

Na continuidade deste processo, uma das prioridades da PNAISH seria fomentar o acesso do homem ao nível de atenção básica em saúde, em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim situa-se a família como elemento principal no atendimento. A ESF prevê a adoção de Equipes Multiprofissionais de Saúde da Família que possuem como foco de atenção, o trabalho com população adstrita, estabelecimento de vínculo, continuidade do cuidado e resolutividade, a partir de ações de prevenção, promoção e reabilitação à saúde da família. (Brasil, 2006). Não subestimamos os avanços produzidos no debate político pelo campo da saúde coletiva, os quais buscam ampliar a dimensão do cuidado e o exercício da integralidade no Sistema Único de Saúde, mas focamos nossa análise nas relações de poder que não estão atreladas às instituições em si, mas pelas relações de poder que circulam em torno delas e entre elas.

Ferraz (2010) salienta que uma das preocupações centrais da PNAISH é a promoção do acesso da população masculina aos serviços de atenção primária à saúde. Isto se justifica pelo fato de que a principal porta de entrada no sistema de saúde para a população masculina são os serviços de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, em estágios já avançados do adoecimento. Este comportamento não apenas contribuiria para a maior vulnerabilidade dos homens, as sequelas de enfermidades graves e crônicas, bem como a mortalidade mais precoce destes em comparação com as mulheres, como também onera o sistema de saúde com tratamentos prolongados e de alto custo que poderiam ser evitados por meio de cuidados preventivos.

Figueiredo (2005), afirma que ocorre uma associação da ausência dos homens ou sua invisibilidade nos serviços de saúde a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas, pois nesses lugares, os homens seriam atendidos mais rapidamente e conseguiriam expor seus problemas com mais facilidade.

Novamente, colocamos em movimento o enunciado em questão, que atrela o corpo social masculino como incapaz de acessar corretamente a rede tecno-assistencial dos serviços de saúde. Como exemplo, temos os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, IBGE (2008), supracitados anteriormente. No que diz respeito aos dados comparativos de internação entre homens e mulheres, não há diferença significativa. (ANEXO 2, p.177).

Além da internação, os dados do IBGE, quebram com a hegemonia das veridicações da PNAISH, pois não há diferença significativa entre homens e mulheres no que condiz ao tipo de acesso aos serviços de saúde (ANEXO 1). Não se trata, obviamente, de buscar uma verdade dentro destes discursos, mas assumir o quanto tem se tornado importante dizer que os homens não se cuidam e mesmo quando acessam o sistema de saúde, o fazem de forma considerada inadequada.

Inverter-se, desta maneira, a pergunta que ainda é realizada em muitos estudos, de “porque os homens não se cuidam?”, para justamente questionar: “Porque é tão importante justificar que os homens não se cuidam?” O enunciado que justifica a suposta falta de acesso dos homens à atenção básica não obscurece ainda mais as iniquidades em saúde que atingem a todos e todas?

A circulação pelos serviços de saúde como inadequada e incipiente para o cuidado em saúde não é uma problemática atual. Luiz Cecílio (1997) critica o diagrama dos modelos tecno-assistenciais onde a atenção básica estaria na base de uma pirâmide como a “porta de entrada” para o cuidado da maior parte das problemáticas, seguido da atenção secundária em saúde e na sua ponta a terciária, a fim de indicar como os/as usuários/as devem circular pelos serviços de saúde.

Cecílio invoca a subversão deste modelo tecno-assistencial para outro que seja disposto em círculo, expressando a importância de ser levado a cabo como as pessoas realmente acessam os serviços de saúde: pelo que lhes é mais acessível. Todavia, chama-nos atenção, que na época o autor citou as mulheres e as crianças, como alvo de críticas pelo acesso às emergências, o que denota que nem sempre os homens eram objeto desta problemática fomentada pela PNAISH. (ibidem)

Alguns estudos conseguem colocar em questão este enunciado, como Márcia Tereza et al. (2010) que, em sua pesquisa, averiguaram as representações dos profissionais de saúde da atenção básica. Os homens não foram reconhecidos como potenciais sujeitos de cuidado pela falta de estímulo às práticas de promoção e prevenção da saúde ou pela falta do autocuidado em saúde. Tamanha foi a invisibilidade dos homens nos serviços da atenção básica em saúde que as/os autores tiveram dificuldade inicial em realizar a pesquisa, pois os profissionais argumentaram que os homens não acessavam o serviço. Foi ao longo da observação que os homens se tornaram visíveis, tanto para pesquisadores quanto para os profissionais. Baseado nessa premissa, suas ações no cotidiano da assistência acabam por reforçar esta dimensão da suposta invisibilidade.

Cynthia Sarti (2005) sublinha que na esfera da Estratégia de Saúde da Família uma das questões discutidas é a predominância de mulheres e crianças entre os frequentadores dos serviços de atenção básica. Os homens procuram os serviços como idosos, sendo que há uma negação de sua sexualidade. Esta representação é alimentada pelo imaginário social e pela organização dos serviços de atenção primária, que historicamente privilegiaram a saúde materno-infantil. Contudo, as maiores vítimas de mortalidade são homens, negros de 14 a 24 anos. Dentre a mortalidade por causas externas, o mapa da violência de 2010 registrou, conforme Julio Waiselfisz (2011) que 49.932 homicídios registrados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do DATASUS, 45.617 pertenciam ao sexo masculino (91,4%) e 4.273 ao feminino (8,6%). Historicamente, essas proporções não mudam de um ano para outro.

Para as causas externas, em especial os casos de violência, a atenção básica não se constitui como serviço de acolhimento na maioria dos casos. Cynthia Sarti (2005), afirma que os hospitais de emergências (pronto-socorros) se constituem

como serviço “porta de entrada” para atendimento de acidentes e situações que envolvem agressão física. Entretanto, a questão da violência, marcada por um gênero, uma classe, uma cor não é problematizada nestes serviços.

Michael Lipsky (2010) aponta que as emergências se constituem em um dispositivo estrutural mais comum para administrar as consequências da rotina, pois resolve a maior parte dos dilemas das burocracias ao nível da rua (o/a trabalhador/a da ponta), como pode ser pensado no sujeito que acessa os serviços de saúde, e como se regula o deixar viver e deixar morrer dentro do biopoder (Foucault, 2002). As emergências permitem que os burocratas do nível da rua realizem as rotinas, pois elas fornecem um “caminho rotineiro” para as exceções, sem destruir a legitimidade das organizações (Michael Lipsky, 2010) como até bem pouco tempo eram e ainda são vistos os homens e suas masculinidades nos serviços públicos.

Analisando os acidentes por causas externas que os serviços de emergência acolhem, Cynthia Sarti (2005) através de entrevistas com os profissionais dos serviços de emergência relatou que a atribuição designada por estes seria curar o ferimento e recuperar as funções vitais, em seus aspectos fisiológicos, independente da razão que levou o paciente ao hospital: um ato violento, um acidente ou uma doença. Entre as razões alegadas por esses profissionais, está a dificuldade subjetiva de prestar assistência quando se sabe a história do paciente. Esta questão é frequentemente destacada diante do atendimento recorrente a criminosos, alcoolistas, tentativas de suicídio, sequelas de aborto e outros casos que envolvem conflitos morais de várias ordens.

Então que casos de violência possuem inteligibilidade no campo da saúde pública? A relação violenta estabelecida entre homens é uma relação ambígua, pois se os homens são naturalizados como potenciais réus do ato em si, como designar quem é considerado a vítima? O branco, o negro? E se forem dois negros? E se for um homem e uma mulher? De acordo com Cynthia Sarti, (2006), as mulheres, crianças e idosos são objeto de políticas e programas que possuem como foco o combate à violência, especialmente àquela que se manifesta no mundo privado das relações familiares e domésticas. A ênfase na vitimização feminina, quanto pela cristalização dos lugares de vítima e agressor sacralizam o fenômeno da violência. No discurso médico, violência remete, sobretudo, à violência doméstica e familiar.

Esta categoria delimita-se pela identificação de alguma fragilidade na figura da vítima: mulher, criança, idoso/a.

Assim, vítima e agressor⁸ são construções simbólicas (Cynthia Sarti, 2006), sobretudo diante da associação naturalizada entre violência e masculinidade, tão presente no imaginário social, que identifica o homem com o agressor, ao fazer da violência um atributo da masculinidade. Homens adultos sofrem violência física, particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em conflitos domésticos. A expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, também configurou lugares cristalizados de agressor e vítima. Daniel Welzer-Lang (2009), dissolve a dicotomia entre a violência de âmbito privado e a de âmbito público. Para compreender os laços entre violências domésticas e violências públicas, é preciso, inicialmente, aceitar o postulado dos estudos de gênero sobre a transversalidade público/privado, como o autor explica em entrevista concedida ao Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (Clam) no ano de 2009:

“São as mesmas relações sociais de gênero que constroem os personagens no público e no privado. As relações são transversais. Assim, é porque existe um trabalho doméstico gratuito, realizado pelas companheiras, que certos homens podem fazer uma carreira ascendente e rápida, estando liberados da carga das crianças, do sustento afetivo dos próximos. Assim também, é raro que um homem violento em casa – aquele que pensa ser legítimo manifestar assim sua posição de homem (de superioridade) frente à sua companheira, definida como “mulher” – não seja também dominante no espaço público com seus próximos, definidos socialmente como inferiores a ele. Além disso, é raríssimo que um homem violento no exterior (trabalho, bar ou lazer, onde a repressão das atitudes violentas é mais severa), não o seja também no espaço privado. Eu demonstrei isso amplamente nos meus trabalhos sobre os homens violentos. E esses conhecimentos não são teóricos, pois acolhi homens violentos em um dos primeiros centros da Europa, em Lyon (França), entre 1987 e 1993”.

No entanto, a dicotomização das relações de gênero em conflito, em seu caráter heteronormativo, materializa-se nas políticas públicas, onde o campo da saúde irá abarcar a atenção às vítimas de violência (mulheres e crianças), ao passo que políticas da segurança pública, por exemplo, irão se ater aos réus (homens). Qual seria então, a seara das políticas públicas de saúde para aqueles que são atingidos pelo fenômeno da violência urbana? No caso da PNAISH, a noção da

⁸ No caso de travestis, a análise de Sérgio Carrara e Luis Vianna (2006) mostra o quanto, mesmo nos casos de assassinatos brutais, é difícil construir para estas um lugar de vítima.

produção de um sujeito moral, incapaz de cuidar de si, produz uma política que culpabiliza.

Foucault (1999) afirma que a biopolítica busca normalizar o corpo, a saúde, as maneiras de morar, de se alimentar, as condições de vida e os espaços de circulação. Há necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida. E a saúde será uma estratégia da norma.

Desta maneira, não podemos tomar a discussão sobre a produção de um homem que circula no interstício da posição vítima-culpado como originária da PNAISH, mas como algo que reverbera através uma rede de tensionamentos de diversas conjunturas políticas, culturais e históricas. Percebe-se que a discussão sobre masculinidade e feminilidade são metáforas de poder e de capacidade de ação que orientam valores morais nas práticas sociais de homens e mulheres.

1.3 Da costela de Eva, Adão.

“multiplicarei tuas dores do parto / em sofrimento darás à luz os teus filhos / e o teu desejo será para o teu homem, e ele te submeterá.” (Gênesis, capítulo 13)

No mito bíblico, o feminino surge como a derivação (secundária e subordinada) do masculino, afinal a costela é de Adão. Carla Rodrigues (2011), utilizando-se das prerrogativas de Derrida, sugere que o texto da *Gênesis* seria um dos mitos responsáveis pela hierarquia de gênero. Simone Beauvoir (2009) também se utiliza do *Gênesis* indicando a existência da mulher como um “Outro” minoritário na história ocidental, ou seja, uma relação não recíproca entre homens e mulheres. Em sua célebre frase *“Não se nasce mulher, torna-se mulher”*, esboça-se a teoria que recusa o biológico como o destino.

Para Donna Haraway (2004), a natureza é uma ficção reguladora dos corpos. Os organismos não seriam objetos naturais, eles são construídos nas práticas técnico-científicas de um mundo em mudança por atores coletivos em tempos e lugares particulares. Segundo Haraway "não existe nada no fato de ser mulher que una de maneira natural as mulheres".

No que concerne ao foco deste capítulo, o trocadilho a respeito da “origem” mítica do homem e da mulher contido no título serve como analogia que se aterá sobre o terreno da medicalização dos corpos no que concerne às políticas públicas de saúde no Brasil voltadas ao corpo masculino e feminino. Uma analogia que pretende situar historicamente as distintas forças em jogo na tessitura de políticas públicas generificadas em saúde.

Para Jorge Lyra e Benedito Medrado (2010), o sexo nos debates das políticas públicas para os homens seria o equivalente da reprodução nas políticas para as mulheres. Sonia Correa e Rosalind Petchesky (1996), seguindo o debate acerca dos direitos reprodutivos numa perspectiva feminista, afirmam que historicamente e culturalmente o que seria a suposta “liberdade de escolha” reprodutiva atribuída às mulheres se situa de fato em um campo de tensionamentos que envolve interesses pelo Estado, o modelo patriarcal presente em diversas sociedades e o próprio movimento feminista; sendo que este último questiona as condições em que os direitos sexuais e reprodutivos são garantidos (ou não) a determinadas populações.

As descrições médicas dos corpos de homens e mulheres, em que a diferença era salientada, aliavam-se a evidências de que a sexualidade feminina também se associava às funções de mãe e esposa, e que o desejo sexual das mulheres era, por natureza, menor do que o dos homens. Com base nos papéis diferenciados na reprodução, são prescritos papéis sociais distintos para homens e mulheres: aos primeiros destinam-se atividades do mundo público, do trabalho, da política e do comércio e, às últimas, atividades na esfera privada da família, desempenhando funções de mães e esposas, no que concerne á burguesia. Em relação às mulheres pobres, estas sempre foram obrigadas a trabalhar, apesar das atribuições maternais lhes serem inferidas (Tonia Costa e Eduardo Stotz, 2006)

Na relação intrínseca entre a patologia e a natureza feminina exigia a criação de uma ciência específica; ao passo que, embora existissem as doenças caracteristicamente masculinas, como as desordens na próstata e testículos, a patologia do sistema sexual masculino não determinava a natureza do homem. A partir da ação dos movimentos feministas e dos movimentos homossexuais, as denúncias envolvendo violência doméstica, assédio sexual, monopólio no mercado de trabalho, discriminação e violência homofóbica, entre outras, foi possível

questionar comportamentos e valores que estavam naturalizados, vistos como inerentes ao corpo e ao mundo masculino. A masculinidade passa a ter de ser explicada, compreendida, ela torna-se explicitamente política. (Carrara, 2005)

No contexto da governamentalidade biopolítica, o corpo feminino foi destacado como espaço de investimento privilegiado, posto que a racionalidade das políticas de saúde focaram amplamente a saúde da mulher no que se refere ao seu sexo, à reprodução, com efeitos de vigilância, normalização e controle; afinal, historicamente, esse era o corpo que assegurava a continuidade da população e era de domínio relacional do público e privado.

Sendo assim, “a costela seria de Eva”, ao se colocar em análise a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)? A resposta seria afirmativa se fosse baseada apenas nas afirmativas do documento oficial da PNAISH, já que, no item "Metodologia de construção da política", justifica-se que a ideia central 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"* (PNAISH, 2008, p. 9).

Traçar a história do corpo feminino como objeto das políticas públicas de saúde no Brasil nos fornece pontos de ancoragem para a problematização dos principais movimentos que impulsionaram a constituição de uma atenção à saúde específica para o corpo masculino. Seria a saúde do homem derivada das lógicas biopolíticas que regem o corpo feminino no campo a saúde? Ou seria parte de uma máquina complexa de poder que sustenta a naturalização de sujeitos para uma cidadania regulatória com distintas estratégias de poder que se deslocam se chocam, e ao mesmo tempo, se fortalecem?

Dagmar Meyer (2005), ao falar sobre a saúde da mulher, afirma que as evidências políticas atuais de institucionalização de perspectivas (plurais e até conflitantes) de gênero não podem ser atribuídas, linear e unicamente, a um governo e aos partidos políticos que lhe dão sustentação e, tampouco resultam de ações isoladas de políticos, grupos, instituições e entidades sociais. Elas resultam de processos multifacetados, disputados e negociados, desencadeados com e a partir dos movimentos de mulheres no seio dos feminismos em que se articulam

movimentos sociais e políticos com abordagens teórico-metodológicas de diferentes matizes.

Traçando uma breve perspectiva histórica no Brasil acerca da mulher no campo a saúde, Fabiola Rodhen (2002) afirma que até o começo do século XIX, mesmo quando o foco de atenção dos médicos eram somente as doenças consideradas graves, os casos de partos complicados que colocassem em risco a vida da mãe ou da criança recebiam especial atenção da medicina. Conforme o apanhado histórico das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua 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. (BRASIL, 2004).

Ou seja, segundo Patrícia Medeiros (2008), a saúde da mulher até a década de 1970, era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa. Em 1975, o Programa Materno-Infantil foi implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura e apenas em 1983, Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, pela resolução 123 do INAMPS), incluía pela primeira vez serviços públicos de contracepção, e que visavam à incorporação da própria mulher como sujeito ativo no cuidado da sua saúde, considerando todas as etapas de vida.

Sob impacto dos movimentos feministas, na década de 1980, a mobilização de mulheres levou à instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983 (Marta Farah, 2004). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Contudo, Patrícia Medeiros (2008) pauta essas mudanças a partir de outras formas de legitimação, como a possível vinculação do PAISM à questão do controle populacional – planejamento familiar –, em virtude do momento em que o programa

foi avançado, exatamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita. Ao longo de 25 anos de implantação, o PAISM apresenta diferenciações. No período inicial de 1984 a 1989, ainda não estava implantado o SUS e o programas eram verticais, então o PAISM, enquanto proposta mais horizontal e participativa teve que conviver com uma máquina administrativa vertical e autoritária configurada tanto pela herança da tecnoburocracia da ditadura militar como pela governamentalidade neoliberal que emergia com a redemocratização. Na década de 1990, com a implantação política do SUS, e a subsequente municipalização e reorganização da atenção básica, o PAISM ganhou força, embora as ações no campo da saúde reprodutiva tenham sido privilegiadas, demonstrando ainda a visão hegemônica da saúde materna nas práticas desenvolvidas.

A rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher na agenda governamental só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência de Cairo em 1994. (Kátia Souto, 2009). Conforme Márcia Couto (2009) foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – ICPD, ocorrida em 1994, no Cairo e à IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em 1995, em Pequim, que a figura masculina compôs explicitamente as discussões articuladas às demandas das mulheres. Partindo do pressuposto que os homens exercem, na maioria das sociedades, um poder preponderante em quase todas as esferas da vida, o relatório propôs claramente a inclusão dos homens, inclusive os jovens, nas iniciativas que visavam melhorar a condição das mulheres, incentivando-os e habilitando-os a assumirem a responsabilidade por seu comportamento sexual e reprodutivo e por seus papéis na sociedade e na família.

Contudo, no Brasil, houve dificuldades e descontinuidades no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. Patrícia Medeiros (2008) assinala que, no que se refere aos avanços das políticas voltadas às mulheres, foi apenas no ano de 2003, que outras demandas no campo da saúde foram visibilizadas. A formulação das políticas passou a ser feita em cenários de participação social, nos quais a integralidade e a intersetorialidade das políticas públicas tornaram-se diretrizes fundamentais e que serviu de influência para a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da

Saúde, a qual identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e novas ações foram propostas na perspectiva de inclusão da diversidade da condição feminina: mulheres rurais, lésbicas, negras, portadoras de deficiência, entre outras. Em seguida, a Área Técnica buscou a parceria dos diferentes departamentos, coordenações e comissões do Ministério da Saúde, incorporando as contribuições do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Por fim, o Ministério da Saúde submeteu a referida Política à apreciação da Comissão Intersetorial da Mulher, do Conselho Nacional de Saúde, onde foi aprovada. (BRASIL, 2004). Todavia, Kátia Souto (2009) sublinha que apesar das diversas formas de ser mulher (rural, urbana, negra), a PAISM traz limitações ao não incluir homens e masculinidades e tampouco a forma como as relações de gênero constroem vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres.

Outra questão pontuada por Marta Farah (2004) é de que a Atenção Básica, enquanto modelo da rede tecno-assistencial do SUS, passa a ocupar o lócus central onde as políticas de saúde voltada ao feminino vão se materializar no cuidado em saúde. A Estratégia de Saúde da Família tornou-se a principal estratégia de atenção à saúde, devendo abranger 90% da população total. A incorporação da mulher como mãe neste modelo de atenção, não apenas indica a focalização de um grupo de risco, mas também assinala uma incorporação baseada em sua 'função' na família. Assim, embora os programas de Saúde da Família assinalem um importante desvio nas políticas de saúde no país, ainda parece ser incipiente a incorporação da "filosofia" do PAISM, de atenção integral à saúde da mulher".

Na continuidade deste processo, uma das prioridades da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem seria fomentar o acesso ao nível de Atenção Básica em Saúde, em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, situa-se a família heterossexual e mononuclear como elemento principal no atendimento neste nível atenção em saúde. Conforme Michel Foucault (1979) os procedimentos *in lócus*, a partir do século XVIII, asseguravam um maior controle da família enquanto cuidadora, oferecendo, a medicina, cuidados gratuitos ou menos custosos possíveis (medicamentos, vacinação) para uma população de baixa renda

que poderia disseminar doenças ao restante da população, se esta não fosse controlada.

“Se o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina é uma estratégia biopolítica”, (Foucault, 1989, p. 47), nesta direção, ao suspender os discursos que sustentam o terreno das políticas voltadas aos corpos generificados no binômio homem-mulher, buscou-se colocar as formações discursivas em circulação. Perceber as roupagens que homens e mulheres deverão se utilizar, quando ocupam o lócus de determinadas práticas de governamentalidade, enquanto problemáticas sociais que devem ser etiquetadas, reguladas. Que forças estão em jogo para que seja tão importante historicamente fazer emergir, a partir do corpo feminino, o masculino como objeto de atenção á saúde? Que produção social de homem é necessária para potencializar a racionalidade do Estado?

As atuais estratégias biopolíticas da saúde a mulher buscam inserir diretamente em seu escopo de cuidado em saúde o corpo masculino, a fim de potencializar as estratégias tomadas pelas políticas de saúde da mulher e da criança anexando a PNAISH nos programas atuais a saúde da mulher. São eles: Rede Cegonha e Pré-Natal Masculino.

Inicialmente, toma-se como analisador o programa a Voz do Brasil; um noticiário radiofônico público que vai ao ar diariamente em praticamente todas as emissoras de rádio aberto do Brasil, às 19h00, horário de Brasília. A Voz do Brasil faz parte da história da rádio brasileira, além de ser o programa mais antigo de rádio, criado em 1935, no governo Getúlio Vargas. O programa a seguir, é a transcrição das informações concedidas no dia 28 de novembro de 2011:

Ministro da Saúde - Alexandre Padilha: *Esse ano, o Ministério da Saúde realizou o dobro de testagem rápida para o HIV do que foi o ano passado. Foram 3,1 milhões de testes rápidos. No próximo ano, nós faremos 8 milhões, por um lado ampliando a testagem rápida nos eventos, nas ações, nos locais de maior concentração dos jovens; e 4 milhões de testagem rápida através da “Rede Cegonha”, com foco entre as gestantes, para buscar reduzir a transmissão da gestante para o bebê.*

Luciano: *E 52 municípios de todo o país vão receber R\$ 55 mil, cada um, com a meta de melhorar o atendimento de saúde específico para os homens.*

Kátia: *Essa ação faz parte da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, que quer facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde pública, como exames preventivos.*

Luciano: *Uma das iniciativas é a realização de exames, por homens, que levam as esposas para fazerem as consultas de pré-natal.*

Repórter Paulo La Salvia (Brasília-DF): *Os homens morrem mais cedo do que as mulheres, uma média de sete anos antes por conta de exageros com o álcool e o cigarro, além de doenças como diabetes, hipertensão, complicações cardíacas e mortes violentas, principalmente entre os jovens de 20 a 30 anos. Os homens também não fazem consultas médicas com regularidade e só procuram um especialista quando sentem que alguma coisa não vai bem. É por isso que o Ministério da Saúde está incentivando os homens a utilizarem os serviços públicos quando as mulheres estão grávidas. O procedimento é simples e está sendo chamado de pré-natal masculino. O homem, quando leva a mulher no médico para o pré-natal, também pode realizar alguns exames de prevenção como, por exemplo, o da próstata. É o que explica Eduardo Chakora, coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde.*

Coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde - Eduardo Chakora: *O que a gente quer, na verdade, é incorporar os homens numa atividade educativa voltado para o planejamento familiar. A gente quer que, quando a mulher vá fazer o seu primeiro exame de pré-natal, os homens já possam estar acompanhando - os seus parceiros, os seus companheiros - e possa ser ofertado para esses homens aferição de pressão arterial, de glicemia, fazer exame de sífilis, de HIV, hepatites virais. E isso é muito positivo porque reduz muito a possibilidade do homem passar para a mulher uma doença sexualmente transmissível.*

Repórter Paulo La Salvia (Brasília-DF): *Entre 2003 e 2009, triplicaram de 1 milhão para 3 milhões no Sistema Único de Saúde os testes que podem detectar uma atividade anormal da próstata, o que pode prevenir o câncer. A ampliação já é resultado da Política Nacional de Saúde do Homem. Lançado em 2009 pelo governo federal, tem a meta, segundo Eduardo Chakora, de aumentar o acesso da população masculina aos serviços de saúde.*

Coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde - Eduardo Chakora: *A política está em plena expansão, e estamos indo de acordo com o que o Ministério está pregando, que é fazer uma expansão que é lenta, gradativa, mas que é consistente em relação à estratégia de ações voltadas para a população masculina no país.*

Repórter Paulo La Salvia (Brasília-DF): *Entre 2003 e 2009, aumentou o número de vasectomias no Sistema Único de Saúde, de 19 mil para 34 mil procedimentos. Parte do aumento se deve à Política Nacional de Saúde do Homem. De Brasília, Paulo La Salvia.*

O Pré-Natal masculino integra o Programa Rede Cegonha, visando garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. O Pré-Natal é uma das ações que integram a atual implementação da PNAISH em nível federal, fruto do projeto desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP). Geraldo Duarte (2007), também diretor do próprio Projeto, desenvolveu uma pesquisa tendo como objeto e estudo este Projeto de Atendimento. Desde 2007, esta experiência consiste no atendimento pelos médicos obstetras que atendem os casais e convidam o homem a fazer alguns exames, inclusive alguns que já fazem parte do pacote que a grávida tem de realizar ainda no primeiro trimestre de gravidez. São eles: sorologia para hepatite B e C, HIV e sífilis, além de exames de sangue para detectar presença ou não de diabetes, verificar níveis de colesterol e medição da pressão arterial.

Segundo este autor, houve um retorno positivo: mais de 80% dos futuros pais aderiram ao pré-natal, toparam fazer todos os exames e acompanhar as esposas em todas as consultas. Também aceitaram participar de oficinas sobre cuidados básicos do bebê e a importância da amamentação exclusiva.

Esta experiência foi discutida no primeiro Seminário Internacional de Saúde dos Homens das Américas no ano de 2010 que ocorreu no Ministério da Saúde, no qual o objetivo foi estabelecer uma agenda comum de cooperação internacional para estimular os homens a se envolverem nos cuidados preventivos. Desde então, o trabalho desenvolvido em nível municipal foi inserido na agenda governamental em nível federal inserido como parte das ações do programa Rede Cegonha. (Brasil, 2011 b)

Com financiamento de R\$ 9,4 bilhões do Ministério da Saúde, a Rede Cegonha prima na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança, com foco em regiões onde a vulnerabilidade social se faz presente, como na Amazônia e na região Nordeste, que registram a maior taxa de mortalidade infantil e materna do País. Também terão prioridade as regiões metropolitanas de todo o país, porque concentram o maior número de gestantes. (BRASIL, 2011c)

“O pai será incentivado a participar do momento do nascimento do seu filho, estimulando a formação de vínculos.” As boas práticas de atenção ao parto e nascimento serão exigidas nas maternidades. Uma delas é o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto e puerpério.” (...) Desde a descoberta da gravidez até o parto, as gestantes terão acompanhamento da Rede Cegonha, tomando um posto de saúde como referência, e saberão, com antecedência, onde darão a luz. As grávidas receberão auxílio para se deslocarem até os postos de saúde para realizar o pré-natal e à maternidade na hora do parto, como vale-transporte e vale-táxi.” (BRASIL 2011c)

Busca-se com a institucionalização desta proposta, além dos aspectos citados acima, a responsabilização do homem pela paternidade e a redução da violência no “seio” familiar. Parte da transcrição realizada pela empresa radiofônica EBC, em entrevista com o Coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde - Eduardo Chakora, situa-nos nos objetivos ampliados do Pré-Natal masculino (Jornal de Brasília, 2010):

“(...) no acompanhamento das consultas, isso cria um vínculo afetivo maior entre o casal e entre o casal e o filho que irá nascer. Então não temos dúvida que esse tipo de estratégia reduz substancialmente situações de violência que poderão ocorrer no futuro; faz com que o casal tenha maior capacidade de lidar com os desafios de um novo ser.”

Na reportagem do jornal Zero Hora do Rio Grande do Sul, em setembro de 2010, verifica-se discurso semelhante, nas palavras do diretor da faculdade de medicina da USP em Ribeirão Preto, Geraldo Duarte, responsável pela implementação do projeto no município:

“(...) consciente dessas mudanças, o homem tende a ficar mais compreensível com a parceira e entender melhor seus próprios sentimentos – o que reduz, inclusive, a violência doméstica.”

As diretrizes ancoradas na figura paterna pela Rede Cegonha relacionam-se com a análise da conjuntura política da saúde da mulher, tal como descrita por Marta Farah (2004), quando afirma que a saúde da mulher, na sua dimensão política prima por duas principais vertentes: a) A primeira vê a mulher, sobretudo a partir de sua função na família, devendo as políticas públicas ‘investirem’ nas mulheres pelo efeito multiplicador que tal ação pode ter sobre a família e sobre a sociedade como um todo. Entre as iniciativas analisadas, programas da área de saúde, com foco no segmento materno-infantil, aproximam-se em geral dessa perspectiva; b) Uma segunda vertente – preponderante na agenda dos movimentos de mulheres no Brasil – tem por base a perspectiva de direitos. Segundo essa vertente, trata-se de garantir a ampliação do espaço da cidadania, pela extensão de direitos a novos segmentos da população e pela inclusão desses novos segmentos na esfera do atendimento estatal. As iniciativas da área de saúde que adotam a perspectiva de atenção integral e os programas de combate à violência contra a mulher.

Dagmar Meyer (2005), Kátia Souto (2009) e Fabiola Rodhen (2002, 2012) compartilham da ideia que a díade mulher-mãe ocupa o eixo central nas políticas de saúde voltadas ao corpo feminino. Na sociedade atual, as mulheres no campo da saúde pública são esquadrihadas agora como família, a qual segue sendo sustentada pelo pressuposto essencialista da diferença entre sexos.

Atualmente, nos encontramos numa conjuntura social onde a PNAISH se insere em um campo de distintas tensões com determinadas estratégias, táticas de poder que vem se dedicando ao governo do corpo social masculino, o que pode ser considerado relativamente novo dentro do campo que atravessa as relações de gênero. Todavia, traçamos um breve percurso da saúde da mulher que nos levou a tecnologias que se debruçam sobre o corpo masculino/figura paterna.

Analisando as condições de possibilidade da emergência a PNAISH, o homem figura como objeto de uma política pública de saúde como amálgama do corpo feminino medicalizado; o corpo masculino é circunscrito aos mecanismos biopolíticos voltados à família. Das “costelas de Eva e de Adão” se originam as relações de saber-poder no campo da saúde, com o corpo masculino fazendo história na lógica familista; elemento indispensável onde o biopoder circula na sociedade através do controle das subjetividades. Para cada corpo feminino reprodutivo e maternal, um homem.

Com o advento do Pré-Natal masculino, apesar de ser descrito nos discursos da gestão, como sendo parte integrante da PNAISH, essa estratégia de atendimento está incorporada dentro do programa Rede cegonha. Segundo o Ministério a Saúde (Brasil, 2010), o “pré-natal” do parceiro, como o check-up masculino já está presente nas políticas de saúde dos 26 Estados e do Distrito Federal, além de 80 municípios com mais de 100 mil habitantes. O Pré-Natal Masculino terá “atuação integrada às demais iniciativas do SUS para a saúde da mulher”, compondo uma das diretrizes no Programa Rede Cegonha. Lançada em março de 2011 pelo Governo Federal, a Rede Cegonha é um programa que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê.

“Parece ser algo muito pequeno querer que o homem acompanhe a gestante para poder fazer os exames preventivos. Mas nós do setor DST-HIV sabemos que podemos prevenir diversas doenças com os exames e detectar a sífilis congênita que é algo bem importante, pois muitas vezes a mulher não foi detectada com a doença, mas o homem é portador dela. E o teste rápido nas Unidades Básicas de Saúde faz toda diferença para ver tanto se a mulher tem alguma DST, como o homem.” (Representante do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) do Departamento de Ações Estratégicas (DAS) do Estado do Rio Grande do Sul, no Seminário Estadual de Saúde do Homem em agosto de 2012).

A discussão dos direitos sexuais e reprodutivos dos homens não se faz presente no debate exposto acima. Esta questão, adquire importância na visão de autores como Maria Siqueira (2000) e Margareth Arilha (1998). Ou seja, ir além dos programas voltados ao uso do preservativo ou de disponibilização de vasectomia, enquanto métodos de contracepção masculina. Siqueira (2000), por sua vez, afirma que não se trata de pensar os homens como meramente apoio das mulheres — atores secundários dos processos reprodutivos, nem como deles exigir que

obrigatoriamente assumam sua participação neste campo a partir de uma visão moralista e/ou sexista.

No intento de visualizarmos o corpo masculino no debate sobre direitos reprodutivos, encontramos na Constituição Federal de 88, o § 7º do seu art. 226, os princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável. O planejamento familiar vai ser associado à paternidade responsável⁹, que obriga os genitores a prover a assistência moral, material, afetiva e intelectual aos filhos (Valéria Cardin, 2010).

Já em 1996, a Lei ordinária n.º 9.263, vai ampliar a lei do planejamento familiar exposta na Constituição e sublinhar o masculino em seu caráter generificado. No Art. 3º, já com as alterações da Lei ordinária n.º 9.263, retifica-se: *O Planejamento Familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.* No mesmo artigo complementa às seguintes providências na atenção à saúde:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.

A PNAISH foi instituída apenas no ano de 2009, mas com a implementação da Lei Ordinária n.º 9.263 do Planejamento Familiar, o homem enquanto sujeito generificado, é inserido dentro desta lei, tanto no direito à vasectomia enquanto método contraceptivo de esterilização voluntária. O homem é aderido com exclusividade a um direito que antes pertencia somente à mulher. Ademais, citam-se as ações preventivas bem como as doenças sexuais, no caso o câncer de pênis. Sublinha-se diante da neoplasia ligada ao órgão sexual a tentativa de expor o

⁹ Nesse art. 226, § 7º, a Constituição Federal de 88 definiu o planejamento familiar *fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável*, bem como na utilização de recursos educacionais e científicos, para sua realização. A concordância nominal na presente lei quando referente à “paternidade”, refere-se tanto às funções maternas quanto paternas. Com a complementação pela lei ordinária n.º 9.263, em 1996, o termo paternidade é suprimido. Butler (2008) irá problematizar a neutralidade do masculino na linguagem. O que nos faz pensar que mesmo com a preponderância das mulheres como objeto das políticas públicas em saúde o léxico na gramática do idioma português é estritamente referenciado no masculino.

homem como sujeito a ser medicalizado para além do seu caráter de sujeito universal na sociedade brasileira.

Assim, ao retomarmos brevemente a história do corpo feminino nas políticas de saúde do Brasil; de lá para cá, busca-se o mesmo para o corpo masculino, os mesmos efeitos de investimento de biopoder que atravessaram e atravessam o corpo feminino, ao tomarmos, por exemplo, a ampla comparação, como já foi citado anteriormente entre o câncer de seio da mulher e o câncer de próstata para o homem.

Assim, o corpo existe em um universo socialmente mediado segundo Sônia Correa e Rosalinda Petchesky (1996). O terreno do poder decisório sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual, envolve as noções de “integridade corporal” ou “controle sobre o próprio corpo”. No entanto, também estão em questão as relações que se têm com filhos, parceiros sexuais, membros da família, a comunidade.

As políticas públicas de saúde buscam ascender e conduzir o desejo de determinados nichos populacionais a determinadas tecnologias de regramento dos corpos. Os homens, assim como as mulheres, devem se submeter aos preceitos médicos desde a infância, conforme vemos pela Lei nº 13.694 de 02 de outubro de 2009 do município de Campinas, zona sudeste do Brasil, que institui o programa municipal de saúde do homem e dá outras providências:

Art. 3º - No Programa Municipal de Saúde do Homem, a Secretaria Municipal de Saúde realizará atendimento e exames clínicos referentes às doenças que tenham maior incidência na população masculina, especialmente as dos Sistemas Urinário e Reprodutor.

Parágrafo único - Dar-se-á ênfase aos exames específicos condizentes com a faixa etária do paciente:

- I - Aos dois anos, verificar a localização dos testículos no escroto;*
- II - Aos três anos, verificar a existência de fimose;*
- III - Aos quatorze anos, verificar se há a presença da varicocele;*
- IV - Aos vinte anos, ecocardiograma e teste ergométrico;*

V - Aos trinta anos, exames para avaliação da dosagem de colesterol, triglicerídeos, glicemia e ácido úrico;

VI - Aos quarenta anos, exame de próstata, exame para dosagem de testosterona e o checkup cardíaco de rotina, que incluirá eletrocardiograma, ecocardiograma, teste ergométrico e exames laboratoriais.

VII - após os cinquenta anos, exame clínico para avaliação da função erétil.

Segue abaixo outro exemplo. São fragmentos da fala de gestoras da PNAISH, em nível estadual e federal, no Seminário Estadual de Saúde do Homem do Estado do Rio Grande do Sul, realizado em 2012:

“Se a menina menstrua, ela vai ao ginecologista. O menino não vai. Ele só vai no posto durante a infância porque é levado pela mãe. Temos que olhar integralmente o menino como se faz com a mulher. Para que seja no futuro um homem sadio”. (...) “Ela está apalpando os seios e não está se masturbando (sobre exame preventivo de câncer de mama-exame de toque). É isso que queremos com o menino. Trabalhar a prevenção”.

Com os pressupostos da biomedicina, a sexualidade passa a ocupar um território asséptico. *“Não é masturbação, é prevenção à saúde”.* A implementação do Pré-Natal Masculino institui como o homem deve fazer exames preventivos que vão além do exame de toque retal para prevenção do câncer de próstata, pois as possíveis mazelas de saúde vão para além da próstata. Doenças sexualmente transmissíveis, impotência, violência doméstica, negligência paterna. Homens que não se cuidam tornam-se um risco para a futura sociedade, o futuro de uma nação higienizada: as crianças. *“A verdadeira proprietária dos filhos é a nação, e não os pais, que legitima a atuação dos médicos e do Estado no âmbito da reprodução e da educação.”* (Valéria Corossacz, 2009, p. 208)

Foucault não atribui aos médicos o principal papel na colocação em prática da medicalização. Essa é definida, em primeiro lugar, como uma forma de vigilância dos comportamentos incorretos e patológicos da criança, no seio da família, e essa vigilância é exercida pelos próprios pais:

“Foi valorizando a sexualidade da criança, mais exatamente a atividade masturbatória da criança, foi valorizando o corpo da criança em perigo sexual que se deu aos pais a diretriz imperativa de reduzir o grande espaço polimorfo e perigoso da gente da casa, e constituir com seus filhos, com sua progenitura, uma espécie de corpo único, ligado pela preocupação com a sexualidade infantil, pela preocupação com o auto-erotismo infantil e com a masturbação” (MICHEL FOUCAULT, 2001, p. 315).

O processo da medicalização consiste, assim, numa transformação da família em agente de vigilância e de controle disciplinar. Esse processo compreende as ações efetuadas no seio da família, ao mesmo tempo em que o controle médico é exercido do exterior sobre a família:

"no momento mesmo em que se encerra a família celular num espaço afetivo denso, investe-se essa família, em nome da doença, de uma racionalidade que a liga a uma tecnologia, a um poder e um saber médico externos. A nova família, a família substancial, a família afetiva e sexual é ao mesmo tempo uma família medicalizada" (FOUCAULT, 2001, p. 317).

Conforme Valéria Corossacz (2009), no início do século XX no Brasil, a medicina assume o mesmo caráter histórico e social descrito por Foucault quando esse traça a emergência da medicina social; a qual tem como objeto o controle da população. As modalidades de tal intervenção variaram de acordo com a classe social. No que concerne aos filhos (as) do país, nas classes populares, a intervenção foi mais brusca, tendo como exemplo as "clínicas dos hábitos", destinadas aos pré-escolares e as consultas em domicílio promovidas nos anos 1930 pela Liga Brasileira de Higiene Mental, com o objetivo de investigar as condições de vida das crianças de classe popular. Já a intervenção nas classes média e média alta, deu-se em modalidades igualmente impositivas, mas menos violenta. Segundo Jurandir Freire Costa (1999) e Valéria Corossacz (2009), se formou a convicção de que da saúde da prole depende a grandeza, o progresso e o bem-estar do Brasil. A difusão entre as famílias das elites brasileiras de novos hábitos e costumes eugênicos se baseará na afirmação da incompetência da família para cuidar da prole. O que insere a medicina como principal educador de como a família deve cuidar e educar seus filhos e filhas.

Veremos em capítulo posterior, a respeito da história da saúde pública no país, o quanto a reprodução é na sociedade brasileira, um espaço ainda fortemente marcado pela identidade nacional, tanto pela eugeniação da raça (Valéria Corossacz, 2009), bem como pelos modos de subjetivação do homem brasileiro na produção de uma moral do trabalho ancorada na lógica familista (Antônia Colbari, 1995). "Homem-pênis", "homem-próstata" e "homem-gestante". Dissolver estas e outras compartimentalizações é poder colocá-las em constante movimento. Não há apenas uma história a ser contada, mas homens que contam na história.

2. HOMENS MAMBEMBE: SAÚDE E PRODUÇÃO SOCIAL DAS MASCULINIDADES NO CONTEXTO BRASILEIRO

Mendigo, malandro, muleque, mulambo bem ou mal
Escravo fugido, um louco varrido
(...) Mambembe, cigano
Debaixo da ponte
Cantando
Por baixo da terra
Cantando
Na boca do povo
Cantando

(Mambembe, Chico Buarque, 1972)

Francisco Buarque de Hollanda, mais conhecido como Chico Buarque é musicista, poeta e compositor brasileiro¹⁰. Com a música Mambembe, situa o universo subversivo do teatro e do circo de rua. O título da obra é uma expressão que surgiu no Brasil entre os séculos XVII e XVIII, palavra, possivelmente de origem africana que significaria "lugar distante". Para os dicionários brasileiros Mambembe significa "ordinário", "algo de má qualidade", "imprestável".

No que concerne ao corpo social na história da saúde do Brasil, distintos arranjos de masculinidades foram produzidos no interior do dispositivo da medicalização; masculinidades tanto legitimadas na vida política e social como homens mambembes, ou seja, corpos inúteis e danosos ao país. Apesar da importância de estudos que contemplem as interseccionalidades das hierarquias de raça, classe, sexualidade e relações de gênero, pois estas combinam formas de desigualdades na prática das relações sociais (Corossacz, 2009), quando a perspectiva do debate nas pesquisas sobre a saúde no Brasil transversaliza o debate sobre a generificação dos corpos em determinadas conjunturas, é o corpo feminino que costuma entrar em análise (Estela Aquino, 2006).

A história foi escrita por homens, mas durante grande parte do século XX, a historiografia brasileira caracterizou-se por um discurso que exaltava os "grandes homens" (heróis desta história) e julgava e desqualificava homens que eram produtos de nosso contexto social, mas que foram transformados em culpados pelo

¹⁰ <http://www.chicobuarque.com.br>
<http://ciapauliceiadesevairada.blogspot.com.br/2010/08/teatro-mambembe.html>

atraso do país (escravos, miscigenados, degenerados). Neste sentido. Maria de Matos (2001) questiona-se que eventos e personagens históricos¹¹ foram desmemoriados para se construir uma memória preponderante no país.

Ademais, o espaço público foi e ainda é tratado pela historiografia tradicional como espaço de construção e fortalecimento da nação, realizado preponderantemente por mentes e braços masculinos, em diversos momentos históricos. A dicotomia espaço público voltado aos homens e espaço privado concernente às mulheres irá servir de escopo à consolidação das principais estratégias de poder voltada ao corpo social.

No caso das mulheres, entre o final do século XIX e princípios do século XX, discursos e práticas feministas passaram a ocupar um espaço social de maior visibilidade, o que contribuiu para a conquista de importantes direitos civis. Sem dúvida, a trajetória do feminismo está de alguma forma, relacionada com essas primeiras formas de organização de mulheres, que contribuíram para gerar uma cultura social favorável à progressiva emancipação feminina, a superar um hiato entre os espaços público e privado. (Natália Mendez, 2005). Entretanto no que condiz a inserção da mulher no mercado de trabalho, esta esteve por muito tempo à margem dos direitos que eram outorgados aos homens.

Redundantemente, o caráter totalizador de descrição dos corpos que fizeram história no Brasil, sempre descritos gramaticalmente no masculino, silenciou sobre os modos como os sujeitos foram capturados pelo dispositivo da medicalização no Brasil. Veremos que a medicina social foi convocada a normalizar a população como forma de controle das grandes epidemias e doenças, mas também se inscreveu em seu caráter individualizante: esquadrinhou, classificou, vigiou, controlou os homens, estabelecendo uma hierarquia de acordo com os parâmetros do normal estabelecido pela norma.

Mais do que focalizar a construção histórica das masculinidades, temática bastante atual e com escassa bibliografia, é necessário traçar uma perspectiva

¹¹ Convém salientar que as mulheres na narrativa historiográfica, também foram silenciadas nas pluralidades das formas de viver as feminilidades, descritas sob o jugo das desigualdades de gênero. A ausência das mulheres na história como parte de uma sedimentação seletiva é objeto de reflexão da autora Michele Perrot. Para a autora, a partir das décadas de 1960-1970 emerge a reivindicação de uma história das mulheres que seja escrita por elas. (Michele Perrot, 2005)

genealógica de como foram se constituindo os distintos arranjos de masculinidades a partir de diferentes marcadores de poder. Assim, como questões centrais para uma atualidade tangível a ser problematizada, buscamos situar as distintas produções sociais de masculinidades no interior do dispositivo da medicalização, a partir de variadas conjunturas históricas do Brasil, bem como analisar a forma como se deu o acesso ao cuidado em saúde de homens tornados inteligíveis a partir de sua inscrição em masculinidades circunscritas como legítimas ou ilegítimas no país.

Existem histórias “*por debaixo da terra*”, “*debaixo da ponte*”; existências que Foucault (2007) revelou como infames. Lilia Ferreira Lobo retoma esta expressão do autor, em estudo sobre a produção social de corpos degenerescentes no Brasil:

“Existências infames: sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo. (...) Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não de violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento ou manifestações de alegria.” (Lilia Ferreira Lobo, página 17)

Parafraseando Foucault em seu livro “Em defesa da sociedade”, questiona-se: que vidas importaram serem vividas para a nação brasileira? Os “(...) corpos que importam”, os “sujeitos aceitos(...)”, (Louro, 2004, p. 15) são aqueles que obedecem a normas regulatórias. Aqueles que oscilam, hesitam, inventam novos caminhos e ousam trilhá-los são suspeitos, no limite, descartáveis, restos.

Ao invés de reproduzir os jogos de verdades acerca dos homens, segmentarizados em identidades fixas ou na postulada dificuldade dos homens se deixarem medicalizar, como vimos em capítulo anterior, pretende-se entender porque determinadas questões tornam-se tão importantes de serem colocadas em pauta e difundidas como verdades; estudar as masculinidades periféricas e múltiplas onde os indivíduos não apenas circulam nas malhas do poder, como afirma Foucault (1979, p. 93), “mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão.” Assim, reafirmamos que a construção de masculinidades são efeitos de poder-saber numa determinada conjuntura histórico-política e aqui iremos esboçar que masculinidades se materializaram em distintos corpos de homens em nossa história.

“Neste sentido, o dispositivo da medicalização é interior à biopolítica, ele age conformando modos de ser”. (Vivian Ignácio, Henrique Nardi, 2007, p. 89).

Compreender os efeitos do dispositivo da medicalização nos modos de subjetivação de distintas masculinidades implica em entender como se atualizam as estratégias biopolíticas como controle da população e como uma forma de disciplinarização dos corpos no campo da saúde pública.

Como estratégia biopolítica atual, voltada ao homem, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, descrita no início deste trabalho, se inscreve descaracterizando o corpo social masculino de seu teor histórico, ou seja, naturalizando uma determinada masculinidade. Vai assim, compor com a herança de um país que desvincula os processos culturais e sociais nas formas de governar uma determinada população, nas ações governamentais, como assinala Sidney Chalhoub (2001).

Diante do exposto, busca-se analisar o homem no terreno da saúde a partir da perspectiva Foucaultiana, Queer e de autores que problematizam a história de saúde do Brasil, além do recorte literário e musical, frutos de determinados períodos históricos. Em relação à bibliografia utilizada, partimos da problematização da suposta neutralidade conferida às relações de gênero. A fim de dissolver a inscrição de uma hegemonia endereçada às masculinidades em relação de dominação com o oposto de tudo aquilo que lhe diferencia, pretende-se retomar parte da história inscrita no campo da saúde a fim de buscar suas brechas, suas rupturas e contradições. Ler com outros olhos os fatos que estão dados. Posto que nas brechas, linhas de fugas, se escondem eles: homens propositalmente esquecidos nas páginas dos livros.

Como disparador para nosso percurso genealógico, utilizaremos também os poucos estudos disponíveis de autores (as) que problematizam, numa leitura pós-estruturalista, sobre as masculinidades em determinados contextos históricos e culturais, como Lilia Lobo, Maria Matos, Fernanda Santos, Sidney Chalhoub. Além disso, o uso da arte como a literatura e a música brasileira, vão compor alguns momentos deste estudo.

Sobre a literatura - mas podemos pensar o mesmo sobre a música brasileira- Foucault (2007), afirma que, se por um lado, ela faz parte do sistema de criação de verdades que entram em circulação, por outro, ela preserva o seu caráter de resistência: procura o cotidiano para além do comum, deslocando as regras e os códigos, fazendo dizer o inconfessável, ela tenderá, então, a se pôr fora da lei ou, ao

menos, a ocupar-se do escândalo, da transgressão ou da revolta. “Mais do que qualquer outra forma de linguagem, nela permanece o discurso da “infâmia”: cabe a ela dizer o mais indizível – o pior, o mais secreto, o mais intolerável, o descarado”. (Foucault, 2007, pág. 207)

Neste sentido nos utilizaremos do personagem conceitual presente na filosofia de Felix Guattari e Gilles Deleuze (1992). O personagem conceitual emerge a fim de explicar que os conceitos não existem em algum lugar pronto para serem descobertos; eles existem no intermédio entre o conceito e o pré-conceito, (Rosane Silva, 2004). Os personagens conceituais não designam um personagem extrínseco, como por exemplo, um personagem de diálogo ou um tipo psicossocial, mas uma presença intrínseca ao pensamento, uma condição de possibilidade do próprio pensamento.

Assim, para Felix Guattari e Gilles Deleuze (1992), o personagem conceitual é ativo porque tem vida própria e determina sua própria vida, não é um símbolo ou uma alegoria, um monumento da verdade. Ele carrega a ambiguidade própria de quem vive, possuindo características próprias que emanam dele mesmo e são inseparáveis, é uma figura que põe afeto no pensamento do autor. Um dos personagens conceituais propostos pelos autores é o idiota, que justamente é nomeado desta forma devido à contradição que impõem ao pensador. O idiota expõe o plano discursivo às contradições, ele não aceita as verdades da história. “Ele quer que se preste contas de cada vítima da história, que lhe devolvam o perdido, o incompreensível, o absurdo.” (ibid, p.77)

Veremos que Policarpo Quaresma é um idiota, se tomarmos o sentido expresso pelos autores. Também teremos outros personagens conceituais: os homens de Chico Buarque, os homens de Racionais Mc’s. Dentre os tipos psicossociais, loucos, escravos, homossexuais, trabalhadores, malandros, criminosos, se conjugará a estes, os personagens conceituais. Tipos psicossociais da história do Brasil e os personagens invocados neste estudo “remetem uns aos outros, que se conjugam sem jamais se confundir”. (ibid, p. 85)

Utilizamos o entendimento destes autores, visto que os personagens conceituais superam a próprio desenlace temporal e o eixo identitário. Por exemplo, até o período histórico da República Velha nos ateremos prioritariamente no homem escravo. Não há personagem conceitual que irá dialogar com este momento textual.

No entanto, este tipo social permanece o tempo todo ao longo da perspectiva genealógica dos homens mambembes na história do Brasil, ele vive nos personagens conceituais, neste caso, os personagens narrados pelo grupo de rap Racionais Mc's. Personagem conceitual e tipo psicossocial “por vezes se conjugam, se enlaçam como se, a um acontecimento forte demais, respondesse um estado vivido por demais difícil de suportar.” (Felix Guattari e Gilles Deleuze ,1992. p.86).

Sendo assim, homens mambembes é um conceito análogo aos homens infames descrito por Foucault, ao passo que expressa a peculiaridade de tomar os homens em seu caráter de generificação dos corpos, bem como marcar a peculiaridade das masculinidades produzidas no Brasil. justamente na tentativa de dissolver os diversos enquadramentos normalizadores do corpo social masculino, buscamos traçar os tipos psicossociais em que os personagens conceituais abrigam, a fim de percebermos os meandros da produção de sujeitos morais constituídos historicamente, como “o vagabundo”, “o perigoso”, “o bom trabalhador”, “o louco”, “o negro”, inscritos na lógica do biopoder no Brasil. Estas masculinidades ensejadas e ensaiadas no território público, exaltadas ou deslegitimadas no afã da construção de uma nação e fortalecimento dela, são marcações de poder que vão possibilitar ou não estes homens a terem determinados acessos à produção do cuidado em saúde.

2.1 Lugar distante; corpo abjeto: do trabalho (e do) escravo

“Terra do El-Dorado e das Amazonas, onde os pequenos núcleos de povoamento branco eram frequentemente dizimados pelos ataques dos ferozes canibais "tão cruéis que ainda não acabavam de matar um homem quando o despedaçavam e comiam". Terra onde homens marinhos mordem e afogam os navegantes cujos corpos aparecem nas praias despedaçados, onde lobos d'água - jaguarucus , no pitoresco dizer do cronista- 'maior que nenhum boi ' possuindo "dentes de grande palmo, andam dentro e fora d'água e matam gente" , e monstros de estranhos aspectos como o que teria aparecido em 1564 na capitania de São Vicente, com garras, escamas, cara de tigre e andando nas duas patas traseiras, trazem desassossego à população local. (Emília da Costa, Primeiros povoadores do Brasil: o problema dos degredados. p.77-78, 2012)

A história da colonização. O início dos tempos. “*Quem descobriu o Brasil?*”, a pergunta que ouvimos na escola quando crianças. “*Pedro Alvarez Cabral*”, a resposta que já sabemos. Já sabemos? “*Mas quem disse que foi o português? E os indígenas que lá moravam?*”, as crianças poderiam perguntar.

Somos o sujeito do discurso; desde a tenra infância já aprendemos sobre que corpos foram importantes para a história e que corpos não fizeram história. Corpos quando não silenciados, execrados. Provavelmente, as crianças não sabem, mas os primeiros portugueses a habitarem a colônia portuguesa foram os degredados. Mas quem foram estes primeiros povoadores? Com esta questão Emília da Costa (1998), revela que com o descobrimento do Brasil, as coisas do lado de lá mudaram para os criminosos. As leis em Portugal ficaram cada vez mais severas, havia tantos criminosos quanto havia extensão de terras nas colônias de Portugal.

A fim de multiplicá-los, para o povoamento das novas terras, qualquer pena era motivo de deportação e em regra geral, a maior parte dos crimes punidos com a morte, passam a incorrer no depredo para o Brasil. Apenas em 1.600, 10 mil brancos aportaram nas terras brasileiras. Tirando algumas mulheres consideradas desordeiras e de “vida fácil”, todo o resto eram homens brancos: os jovens, os enfermos que não poderiam servir nas Galés, os velhos criminosos sem serventia, homens que roubaram, que mataram e os muitos que apenas desrespeitaram minimamente as regras do soberano. No caso dos sodomitas... Bom, para estes ainda restava a pena de morte como única opção. (Ibidem).

Interessante pontuar que os primeiros homens degredados e também degradados da história do Brasil, foram os homens europeus e brancos. Consideramos importante este aspecto, pois os anos que vão compor o recorte temporal utilizados neste estudo podem ser considerados como alguns dos mais importantes para situarmos as masculinidades produzidas através da noção de raça, enquanto tática de poder no interior do dispositivo da medicalização.

A escravidão impunha-se não apenas como solução econômica, mas também como estratégia de poder, destinada a moldar os indivíduos e adaptá-los à ordem social defendida pelas elites metropolitanas. O escravo, instrumento da vida urbana, (Claudio Pinheiro, 2002), era a mão de obra pesada, tanto na produção de manufaturados como no trabalho não menos árduo executado nos principais centros urbanos. Além da necessidade econômica de braços para o trabalho Lilia Lobo (2008) afirma que a propriedade de escravos era símbolo de status social que todos/as desejavam, até mesmo o homem negro.

Ressalta-se o escravo, descrito gramaticalmente no artigo masculino, aqui utilizado em seu caráter genereficado; isto é, escravo enquanto corpo social masculino que vai marcar este período histórico. Entre os escravos trazidos nos navios negreiros ao Brasil, Cláudio Pinheiro (2002) salienta o grande número de homens, em comparação ao de mulheres e crianças, sendo que as estimativas do número de escravos a partir do tráfico negreiro variaram entre 3,6 milhões e 4,8 milhões. (Lília Lobo, 2008).

Apesar do regime da escravatura ser parte da vida política e social dos brasileiros na época colonial, os senhores donos de escravos, conforme Ângela Porto (2006), só se preocupavam com a saúde destes, quando suas reservas diminuía por efeito de uma epidemia, e frequentemente os sintomas de doenças eram desprezados como fingimento" para faltar ao trabalho. Os maus tratos dos senhores encontravam limites mais no medo de perder o escravo pela morte ou pela fuga que nas leis que o protegiam, pois estas raramente se cumpriam. A vida útil de um escravo variava de 6 a 10 anos. Quando não morriam nos navios negreiros, as condições deploráveis de vida eram a principal causa de mortalidade. Assim, de lá para cá os índices de morbimortalidade dos homens brasileiros, principalmente os negros, não mudaram muito; entre os escravos as causas de morte mais comuns eram decorrentes de causas externas (maus-tratos físicos, suicídio e acidentes de trabalho).

As doenças epidêmicas da época como lepra, febre amarela, sífilis e elefantíase também afetavam particularmente os escravos em razão das condições de higiene e condições de vida (Lobo, 2008). Apesar das condições de vida e do quadro de morbi-mortalidade dos escravos africanos, a assistência médica ao escravo só existiu de fato um pouco após extinção do tráfico, quando seu valor aumentou no mercado. (Kaori Kodama, 2008)

Conforme Ângela Porto (2008), a higiene do escravo e as doenças que mais os acometiam no século XIX, apenas eram tema de teses, manuais, tratados e artigos em periódicos médicos especializados no intuito de promover aos proprietários de escravos o aconselhamento das condutas morais e da higiene. Um exemplo deste uso do saber médico eram os cuidados com as amas de leite escravas, pois estas poderiam contaminar os (as) filhos (as) de não escravos.

Até cessar o tráfico de africanos era enorme a mortalidade e mínima a possibilidade de nascimentos e constituição de uma família nuclear entre homens e mulheres vivendo sob o regime da escravidão (Lilia Schwarcz, 2006). A criança que conseguia nascer nessas circunstâncias, na maioria das vezes, não conhecia o pai, era criado por adultos e outros parentes do grupo e pela mãe. Os laços de parentesco acabaram por se constituir em outros formatos que não pressupunham o tripé pai-mãe-filhos (as). As mulheres escravas que engravidavam, optavam muitas vezes pela prática do aborto, pelas tensões geradas pela gravidez e a falta de boas perspectivas para a futura criança.

O corpo escravo, assim, constitui-se em sua existência abjeta, termo adotado por Judith Butler, (Prins & Meijer, 2002, p. 161) aos corpos sem uma existência legítima que vivem na sombra de uma possível ontologia do humano. A noção de abjeto se refere “a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como não importante”.

O escravo/a foi impedido socialmente de constituir família nos moldes padronizados. Como estratégia de resistência a este modo de dominação, estabeleceram entre si outras formas de relações de parentesco. Butler (2003) assinala que o parentesco, se qualifica como tal somente se assumir uma forma reconhecível de família. Foucault (1979), ao descrever a medicalização da família, na Europa do século XVIII, afirma que não basta pensar na sobrevivência da criança, mas em melhor geri-la, onde o conjunto pais-filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde.

Até mesmo no início da colonização do país, vê-se a família a ser pontuada pelo poder religioso como salvação para terras habitadas por degredados em sua maioria. Numa cartas, endereçadas ao Padre Mestre Simão no ano de 1549, dizia: *"Trabalhe Vossa Reverendíssima por virem a esta terras pessoas casadas porque certo é mal empregada esta terra em degradados, que cá fazem mal e já que cá viessem havia de ser para andarem aferrolhados nas obras de Sua Alteza"*. (Emília da Costa, 1998, p. 97, apud, Carlos Malheiros, 1988)

Todavia, não basta investir em qualquer rede de parentesco, mas no modelo de família ideal, desvinculada de corpos abjetos. Ainda hoje, podemos perceber a permanência desta estratégia de medicalização na PNAISH, quando esta descarta

outras redes de relações na produção de saúde dirigida aos homens que não o parentesco heteronormativo.

O efeito duradouro da história da escravidão sobre as relações de parentesco afro-americanas tornou-se o foco de novos estudos de Nathaniel Mackey e Fred Moten (2001) que mostram como a expropriação de relações de parentesco pela escravidão gera um legado contínuo de “parentesco como ferida” na vida afroamericana. A escravidão seria o fantasma na “máquina do parentesco”. (Judith Butler, 2003, p. 222). Não desejar que o escravo estabelecesse laços familiares, o colocava numa posição abjeta legitimada pelas formas de governo da época no Brasil.

A medicina nunca fez da realidade específica da escravidão a sua questão mais fundamental. Os poucos médicos existentes no Brasil colonial, tinham como objeto a medicina voltada ao atendimento familiar. Conforme Lilia Lobo (2008), o século XIX, no Brasil, tinha como alvo principal a família dos ricos, e somente próximo ao final deste século é que a medicina estendeu aos poucos sua intervenção normalizadora a toda população. Segundo Foucault (1979), a família, primeiramente, deveria funcionar como um pequeno hospital provisório, individual e não custoso. Trata-se de situar que a medicina volta-se primeiramente seus esforços ao corpo da sociedade burguesa, à sua potência e assepsia e, após, ao proletariado. Na medida em que emerge a importância da espiral do trabalho, a família como modelo para o governo da população vai perder importância, dando margem à emergência da família como elemento no interior da população (Foucault, 1998, 1979), como a forma pela qual o biopoder age estrategicamente para conduzir a conduta da população.

Pensando nas condições de saúde de outros corpos masculinos não escravos, Flávio Edler (2010) afirma que apesar da variedade de situações em que se encontravam os sujeitos no período colonial, as condições de vida de mascates, artesãos, mecânicos, capangas, mendigos e pobres não eram muito melhores que algumas categorias de escravos e se distanciavam muito da elite branca, de senhores de engenho, fidalgos e comerciantes. Sífilis e tuberculose (Lilia Lobo, 2008) eram doenças comuns tanto entre negros como em brancos; a tuberculose, em especial, dizimava famílias inteiras. O destino do cativo em estado grave eram os

hospitais das Santas Casas de Misericórdia, lugar de salvação das almas e não de cura.

Apenas ao final do século XIX a medicina social emerge no contexto brasileiro, após ser convocada a cuidar da população diante das grandes epidemias. Antes, o sincretismo no cuidado em saúde era predominante tanto entre os pobres como nas elites.

Ângela Porto (2008) sublinha que os escravos tiveram importância significativa em relação à história da doença e da cura. Neste sentido, apesar da posição de abjeção do corpo do escravo, as práticas da saúde configuravam-se como práticas de resistência aos ditames políticos da época. Todavia, em 1870, (Lilia Lobo, 2008), o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos. Edler (2010) afirma que a perseguição aos curandeiros, antes tolerados, emergiu com força; houve uma campanha para que a elite passasse a desprezar completamente as terapêuticas populares em prol da medicina diplomada.

Os hospitais das Santas Casas de Misericórdia foram a principal instituição de atendimento aos doentes. Lilia Lobo (2008), Flávio Edler, (2010) e Maria Barreto (2010) afirmam que estes eram espaços insalubres que assistiam a uma população de indigentes e moribundos sob o jugo da filosofia cristã, sustentadas pela elite. Mesmo que os tratamentos e as visitas médicas tivessem alguma regularidade, até o século XIX, os hospitais do Brasil não eram lugares de cura, mas de salvação e evitado por todos (as).

Além do hospital, o sistema de asilos de leprosos, que resumiam-se ao confinamento obrigatório dos doentes, também se configurava em depositário dos considerados incuráveis. O internamento de loucos e leprosos teve início no século XVIII, com o surgimento de poucos asilos especializados. “Os serviços médicos nos leprosários eram ainda mais raros do que nos hospitais comuns. A mesma situação caracterizou, mais tarde, as separações nos asilos de inválidos, velhos e portadores de doenças crônicas, também considerados incuráveis”. Encerrar os doentes para que não contaminassem o resto do povo da cidade, ou isolar soldados para que não se contaminassem com os outros internos, foi uma prática que não se limitou aos leprosários. (Lilia Lobo, 2008, p. 289).

É difícil responder efetivamente sobre o público das Santas Casas pela falta de registros. Conforme Ângela Porto (2008), ao contrário da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, na cidade de Salvador, a documentação hospitalar não foi preservada no Rio de Janeiro. Mas sabe-se que era norma da Santa Casa admitir gratuitamente em suas enfermarias pacientes que comprovassem falta de recursos para tratamento, este eram principalmente, os marinheiros de navios nacionais, os escravos de senhores que não tivessem mais de um escravo e que apresentassem atestado de pobreza. Além dos falsos atestados de pobreza, muitos senhores abandonavam ali seus escravos para morrer.

Segundo Foucault (1979), a série doença-serviços médicos-terapêutica ocupa um lugar limitado e raramente autônomo na política e na economia complexa dos socorros. O custo da manutenção de um doente é bem menor para a sociedade se ele é sustentado e alimentado em sua própria casa. É necessário tornar a pobreza útil e diferenciar os bons ociosos dos maus ociosos, os bons pobres dos maus pobres; pensar em como lhes transformar em mão de obra útil; pensar a doença dos pobres em relação aos imperativos do trabalho e a necessidade de produção.

Percebe-se assim que o corpo do escravo não era considerado enquanto trabalhador e sim um corpo-mercadoria. Seu corpo não merecia cuidado, não importava; como se a procriação de um sujeito considerado inferior fosse indesejada e o cuidado à saúde relevante apenas para sustentar a mão de obra necessária. Mas se a produção desta masculinidade aqui ocupa uma posição abjeta, com a abolição da escravatura, outros trabalhadores também ocuparão este mesmo lugar?

2.1.1 Preto no Branco: a Raça como estratégia de biopoder na inscrição de masculinidades.

- Pois havemos então de restaurar o mau gosto colonial, um barroco de importação atravessado de barbarismos oriundos da cabeça de pedreiros pretos? Levada a intransigência a ponto agudo, era caso de responder que o pedreiro preto, que com seu sentimento pessoal colaborou na arte vinda da metrópole, era branco por dentro; como o snob de hoje que copia a França é preto retinto na alma; porque o preto fazia obra de branco e estes brancos falsários fazem obra de pretos do Senegal, useiros em meter na cabeça uma cartola velha, enfiar casaca, atochar os pés num botinão e virem para a rua crenças de que o público os confundirá com puros parisienses." (A questão de estilo, Monteiro Lobato, 1946, p. 31).

Para onde vai o escravo que já não o é mais ao passo que outras relações de poder foram engendradas? O que resta deste corpo que não é mais o mesmo? Veremos que a noção de raça irá ampliar as formas disciplinares sobre os corpos, pois ao criar a separação entre brancos e não brancos se institui um lugar de degeneração, partindo-se do lugar abjeto do escravo.

As condições de vida dos ex-escravos, após a abolição da escravidão em 1888, mudaram para pior segundo Maria Lamounier (2007), Lilia Lobo (2008) e Kaori Kodama (2008). Os trabalhadores livres e pobres, brancos ou negros, também ocupavam-se dos mais diversos ofícios urbanos e rurais muitas vezes em condições deploráveis. Eram agregados, camaradas, empreiteiros, pedreiros, carpinteiros, vendedores ambulantes, vendeiros, empregados das tropas e da construção de estradas de ferro, entre outros. No contexto rural, como pequenos proprietários, esses indivíduos trabalhavam muitas vezes temporariamente, ou por empreitada, nas fazendas de café da vizinhança, sendo socialmente dependentes dos fazendeiros.

Lilia Lobo (2008) e Sidney Chalhoub (2001) situam que a abundante oferta de força de trabalho com o aumento da imigração e a abolição da escravatura, aumentou a competição entre os trabalhadores, necessária para dificultar a organização das lutas reivindicatórias indesejadas. Assim, dispositivos de poder disciplinador, na lógica das práticas de governo policiaescas eram voltados aos homens, até mesmo aos brancos e imigrantes, pois estes poderiam implementar uma prática até então desconhecida aos escravos e aos outros trabalhadores nacionais. De fato, os escravos desenvolveram formas de resistência à sua condição (fugas, boicotes, assassinatos, quilombos), mas estavam inteiramente despreparados para as lutas contra a exploração do trabalho livre.

Diante das condições de trabalho, análogas ao do escravo, o que fazer com os homens que não querem/podem trabalhar? A resistência ao trabalho ou a incapacidade/impossibilidade colocam o homem na posição de vagabundo que deve ser combatida pela lei. Sidney Chalhoub (2001) afirma que em 1889 o projeto de repressão da ociosidade, elaborado pelo ministro Ferreira Viana, foi votado quase unanimemente pela Câmara, pois uma preocupação recorrente era de que o escravo liberto comprometesse a ordem e para isso deveria ser reprimido. Os

debates sobre o projeto de repressão à ociosidade mostram claramente a tentativa dos parlamentares de precisar o conceito de trabalho e seu significado no mundo em que viviam. A relação que se estabelece entre trabalho e moralidade é que quanto mais dedicação e abnegação o indivíduo tiver com seu trabalho, mais positivos serão seus atributos morais. O projeto previa que os ociosos seriam conduzidos a colônias de trabalho, com preferência para atividades agrícolas, onde seriam internados com o objetivo de adquirir o hábito do trabalho. O imigrante que não possuísse uma ocupação estava sob o risco de ser deportado.

A vigilância policial criava mecanismos de controle dos espaços que cada masculinidade era autorizada a ocupar a partir de marcações de poder que envolviam o corpo do trabalhador livre. Os indivíduos que se encontram no botequim e nas ruas e que não conseguiam provar sua condição de trabalhadores eram punidos. No Rio de Janeiro, na passagem da escravidão para o capitalismo burguês, a imposição repressiva da nova ordem pela vigilância policial, transforma a rua - espaço onde circulam as masculinidades - em verdadeiro palco de guerra.

O projeto contra a vagabundagem era voltado aos corpos masculinos; às masculinidades que circulavam pelo território público, de maneira contrária ao prescrito. Não foi apenas o dito vagabundo; perigo social para o bem estar de uma nação que vinha a se constituir, mas outros corpos mambembes, como os leprosos, sífilíticos e loucos passaram pelo crivo da tática de poder da polícia. O trabalho na lógica ainda escravocrata, também era imposto, neste período, aos loucos. Ana Venâncio (2011) relata que o trabalho como tratamento para a alienação mental, ancorava-se na crença de que era possível a aproximação da vagabundagem com a loucura, já que sua natureza alienada não deixava de conservar, em algum nível, o ser de razão o que, por consequência, tornava-a passível de cura. Na perspectiva psiquiátrica a proposta do isolamento dos doentes em colônias foi também prontamente associada à vida rural, longe das cidades, menos em virtude de eventuais benefícios do clima que da possibilidade de o exercício do trabalho agrícola desempenhar um papel terapêutico.

Segundo Maria Lamounier (2007), os negros ou mulatos agora desprendidos do regime de escravatura, deveriam mostrar do que viviam. Muitos brancos que nas capitais se achassem sem meios de subsistir, nem de predicados para fundar

família, deveriam ir trabalhar nos campos ou no corpo das tropas. Como bem coloca Foucault (1979), na Inglaterra do século XIX, ao serem introduzido sistemas de saneamento, urbanização, entre outros a medicina voltada aos pobres, preocupa-se com aqueles que agora são dispensáveis e que circulam pelas cidades misturados aos ricos. Separar pobres dos ricos é evitar as revoltas dos desiguais, a mistura de doenças e sujeiras.

Até a segunda metade do século XIX, os loucos que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos andavam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia. A partir de 1830, um grupo de médicos higienistas solicita, entre outras medidas de higiene pública, que se construa um hospício para os alienados; asilos higiênicos e que disponibilizassem o tratamento moral dos loucos.

Ressalta-se que eixo identitário “vagabundo” foi uma terminologia inspirada no termo importado de “classes perigosas”. Sidney Chalhoub (2001) explana que o termo classes perigosas apareceu originalmente na Inglaterra, inspirado no Tratado da Degenerescência de Benédicte Auguste Morel datada de 1857 (Lilia Lobo, 2008). Para Morel, o termo classes perigosas era sinônimo de pobreza. “Os pobres apresentam maior tendência à ociosidade, são cheios de vícios, menos moralizados e podem facilmente rolar até o abismo do crime”. (Lilia Lobo, 2008, página 54) Os médicos brasileiros, inspirados nos postulados de Morel, reconheceram os fatores morais como associados à degenerescência e se apressaram a fixá-los na hereditariedade.

Conforme Flávio Edler, (2010), o novo despotismo sanitário combinava a naturalização das diferenças sociais, agora sancionadas pelo racismo científico e pelo darwinismo social. Jurandir Freire Costa (2007) afirma que para fazer face às revoltas e para poder continuar explorando economicamente os negros, os brancos, através de suas elites intelectuais, forjaram uma explicação que lhes permitiu guardar a supremacia social de que sempre se beneficiaram. Uma vez que havia desaparecido a hierarquia de sangue da nobreza, eles inventaram uma hierarquia biológica das raças.

Nota-se que com a repressão da vagabundagem pela lei, existia uma fenda onde o sujeito poderia circular dentro ou fora desta posição identitária. Com a emergência do mecanismo de normalização, pelo princípio da raça, cria-se um sujeito intrinsecamente degradado, que já o é e continuará o sendo pela sua herança biológica. Desta maneira, vemos a medicina se apropriando da problemática social que antes era do aparato jurídico, ou seja, o sujeito vagabundo que é culpado pela sua degenerescência.

Para visualizar com maior clareza a conexão entre a regra jurídica e a regra da norma na produção de um sujeito imprestável para a sociedade, situamos formas de governar exploradas por Foucault em seu livro “Em Defesa da Sociedade (1999). O autor explica que o poder soberano está vinculado a uma forma de poder muito mais sobre a terra e seus produtos que sobre os corpos e seus atos: se refere à apropriação pelo poder dos bens e da riqueza e não do trabalho; permite transcrever em termos jurídicos obrigações contínuas e distribuídas no tempo; possibilita fundamentar o poder na existência física do soberano, sem recorrer a sistema de vigilância contínuo. Já o poder disciplinar foi fundamental para a constituição do capitalismo industrial e do tipo de sociedade que lhe é correspondente; este poder não soberano, alheio a forma da soberania é o poder disciplinar.

“Mas a interpelação entre o direito de soberania e o mecanismo de disciplina exercitam o poder, visto que a lei da soberania está presente nas leis jurídicas de direito público presente conjuntamente com o princípio do corpo social. As disciplinas são portadoras de um discurso que não pode ser o direito; o discurso da disciplina é alheio ao da lei e da regra enquanto efeito da vontade soberana. As disciplinas veicularão um discurso que será o da regra da norma, que não será pela lei mas pela normalização. Os procedimentos de normalização vão cada vez mais colonizar os da lei. Assim, o desenvolvimento da medicina, a medicalização geral do comportamento, dos discursos, dos desejos, se dão onde a soberania e disciplina se encontram.” (Foucault, 1979, p. 147)

Segundo Lilia Lobo (2008) é justamente quando os escravos de origem africana passam a fazer parte da sociedade brasileira como sujeitos cidadãos que estes se tornam exclusivamente pretos, ou seja, que são percebidos somente por meio de um traço físico, compreendido agora como a manifestação de uma diferença e inferioridade puramente biológica. A raça, enquanto próprio inventário do racismo introduzirá o homem branco como norma pelo discurso de poder-saber da medicina.

“Vamos ver que todos os discursos biológicos-racistas sobre a

degenerescência, mas também todas as instituições que, no interior do corpo social, vão fazer do discurso das raças funcionar como princípio de eliminação, de segregação e, finalmente de normalização da sociedade”. (Foucault, 1999, página 73)

A noção da raça produziu no Brasil a consistência necessária para o regime escravista que já se esfacelava e continuou sua domesticação ¹² sobre corpos de negros e mestiços após a abolição. Teve também outros rostos: a contribuição para a normalização de todos os comportamentos (mesmo os da elite) e a disciplinarização dos trabalhadores livres (em especial os dos imigrantes, brancos e operários).

O racismo não está ligado a mentalidades, ideologias do poder, mas as técnicas do poder, as suas tecnologias (Foucault, 1999). Parafraseia-se Simone de Beauvoir (1949), “não se nasce negro, torna-se negro”, a fim de expor o caráter performativo a que algumas masculinidades são lançadas, tendo como herança o escravo. Ou seja, o termo branco e preto (Corossacz, 2009) são categorias de classificação que não indicam uma realidade física, ou seja, não existe um preto nem um branco mas uma relação social que constrói alguns como brancos e outros como pretos. Foucault (1999) explica que a polaridade binária coloca a raça não como exterior uma a outra, mas o desdobramento “de uma única e mesma raça em uma super-raça e uma sub-raça, ou também como reaparecimento, a partir de uma raça, de seu próprio passado”. (Foucault, 1999, p.72)

No Brasil, a emergência da medicina social instituiu um mecanismo de poder inteiramente novo, e isso muito antes do surgimento de um novo tipo de Estado mais aparelhado e capaz de levar a cabo as transformações de ordem econômica, como a industrialização. A medicina social disseminou-se pelo tecido social, introduzindo aos poucos sua ação normalizadora, a partir do hospital (sua primeira tomada de poder), nas famílias, nas escolas, “nos quartéis, nas fábricas, até penetrar sua nova racionalidade no aparelho do Estado: o controle e a organização das condições de

¹² Corossacz (2009) assinala que classe e raça ainda são inseparáveis na compreensão do dispositivo da medicalização. Para pensar a atualidade destas interseccionalidades, explana com dados do ano de 1988. Enquanto a incidência da pobreza entre brancos era estimada em 14,7% (, página 37), a proporção entre indivíduos de cor é mais do que o dobro deste valor, sendo 30,2% entre pretos e, um tanto surpreendentemente, dadas as noções generalizadas de um status intermediário que pardos ocupariam na sociedade brasileira 36% entre os membros deste último grupo.

vida dos indivíduos e das populações”. (Lilia Lobo, p. 110)

Conforme Valéria Corossacz (2009), sustentados pela legitimação científica das teorias racistas sobre inferioridade dos não brancos e pela legitimação social do projeto de cuidar de uma população degenerada, os médicos constituirão em sua prática o corpo doente como corpo racializado, tendo como finalidade a construção de uma biotipologia brasileira saudável e forte. Em finais do século XIX, o Brasil mestiço tinha no branqueamento em um século, sua perspectiva, saída e solução.

Mas sendo de humanidade inferior, Lilia Lobo (2008) afirma que o negro só poderia executar as tarefas menos nobres, mas o mestiço também não estava fora deste rol, pois carregava a marca de uma raça degenerada – a produção de um corpo doente, imbecil e indolente. Foucault (1999) ressalta que este racismo interno, de purificação permanente será uma das dimensões fundamentais da normalização social. Segundo Corossacz (2009), a estratégia principal de branqueamento da população era regular o fluxo de imigrantes, que supostamente também deveriam contribuir com o povoamento do restante das terras brasileiras e suprir a demanda da mão de obra para a indústria nascente.

A figura do médico político é fundamental para a luta do país contra a degeneração. As Faculdades de Medicina de Salvador e do Rio de Janeiro, conforme Ângela Porto (2006), foram implementadas no século XIX, cidades que continham o maior número de escravos. Porém os alvos são específicos: enquanto na faculdade de medicina da Bahia ¹³ dá-se uma atenção especial aos temas da medicina criminal, já na faculdade de medicina do Rio de Janeiro, a pesquisa e a atuação se concentrarão na higiene pública.

Lilia Lobo (2008) discute o desempenho importante da hereditariedade na explicação de causas de numerosas doenças e desvios, em particular das doenças mentais (alcoolismo, delinquência, epilepsia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, idiotia, imbecilidade). Por isso as medidas eugênicas de prevenção

¹³ Os médicos baianos procuraram se ater ao cruzamento racial que se apresenta como questão estratégica. É somente a partir do contexto de debate que se pode entender a introdução da questão da medicina legal. Na condição de médicos peritos, especializados no estudo da mente do criminoso, eles defenderão a qualificação do criminoso. Os exemplos de embriaguez, loucura, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a ser utilizados como provas de correção e de condenação ao cruzamento racial. Enquanto para os médicos cariocas tratava-se de combater doenças no contexto urbano, para os profissionais baianos era o doente degenerado que estava em questão. (idem)

concentravam-se quase exclusivamente no controle das uniões e procriações. O ócio e o vício também contribuía para a multiplicação dos deformados.

Referente à sífilis, vale lembrar que os portadores desta doença sofriam de condenação moral. Corpos promíscuos e degenerescentes para os médicos, segundo Sérgio Carrara (1996), aqueles que eram internados com sífilis portavam um estigma social. Expressões como “sífilis imerecida”, “sífilis inocente” e “sífilis merecida” eram jargões médicos para avaliar moralmente o paciente. Na primeira expressão os médicos tentavam amenizar o caráter vergonhoso da doença adquirida sexualmente. Ou seja, a “sífilis imerecida” se dava quando a esposa era infectada pelo marido infiel, a segunda era adquirida pela gravidez e a terceira, obviamente contraída pelos homens. (CARRARA, p. 146, 1996). Como afirma Daniel Oliveira (2009), as profissões que compõem o maior número de enfermos venéreos são as exercidas por homens que tiravam seu sustento de atividades marítimas. Ofícios estes que possibilitavam grandes chances de mobilidade geográfica.

A culpabilização destas masculinidades mambembes, que seriam infames e ou mesmo abjetas, criam um circuito em que ocorre a produção de homens em identidades compartimentalizadas sob o regime de normalização de uma herança degenerada. Intrinsecamente imperfeitos, imprestáveis, o que resta a estes homens? Se suas vidas são naturalmente perigosas ou pelo menos dispensáveis à sociedade, o que lhes resta?

Aos homens que são potencialmente perigosos (o mestiço, até mesmo o imigrante), resta-lhes competir pelo trabalho menos indigno, tendo em vista que o mestiço brasileiro já o é potencialmente degenerado pelo sangue de negro que corre em suas veias. A materialidade do preconceito não os escapa, está gravada na pele. As relações entre os homens preservaram o caráter hierarquizante entre aqueles que se beneficiam do trabalho dos outros e aqueles que se sacrificam.

Numa sociedade em que corpos produtivos eram considerados inferiores é de se questionar se as relações escravocratas não se ampliaram ao conjunto da população pauperizada, pela via das condições de trabalho. Não mais sob o jugo da dominação escravagista nas relações sociais, mas através da disciplina e da regulamentação, capturou-se a produção de masculinidades produtivas. Tornar o trabalho enquanto dispositivo de poder foi uma tarefa árdua em que a lei jurídica do

poder soberano já não o era mais suficiente. A medicina teve o papel essencial neste campo ao produzir desejos, culpas, necessidades, ou seja, uma sociedade normalizada.

Diante disso, negros e pobres ficam no limbo das relações sociais. O escravo que antes não poderia constituir família, agora é o homem que não se deseja ter como pai. A esperança de que crianças não degeneradas venham a construir uma futura nação só é possível através da procriação entre uma mulher não branca com um imigrante. A responsabilidade, aqui, está depositada no homem branco. A este cabe quase que obrigatoriamente a ser o provedor de uma nação que se assemelhe as características arianas, pois como vimos anteriormente, para o homem branco “vagabundo” que não possui família, cabe-lhe a repressão. Mas na atualidade, conforme Lilia Schwarcz (1998), se a mestiçagem vem aumentando, como atesta o crescente contingente de pessoas que se definem como pardas, ocorre mais à custa dos casamentos de mulheres brancas com homens pretos do que o contrário, o que atesta o caráter de valorização das mulheres brancas nas relações heteronormativas. Neste sentido Richard Miskolci (2009) afirma que:

“As formas de opressão, (...) são interdependentes em um mesmo processo de racialização do sexo e sexualização da raça, que, por sua vez, se associa à criação de outras categorias essencializadas socialmente como nação. A matriz essencializadora e subalternizante estaria na conexão raça-sexualidade, um nó que evidencia um mesmo processo normalizador que cria seres considerados menos humanos, em suma, abjetos.” (Richard Miskolci, 2009, p. 161-162)

Como considerações preliminares da pós-abolição da escravatura, com as táticas de normalização, percebemos que é necessário que alguns degenerescentes morram pra que a vida da população seja mais sadia. O discurso de poder assume sua dimensão biológica. A função assassina do Estado só pode ser assegurada, desde que o Estado funcione no modo pelo biopoder, pelo racismo. O assassinato não significa uma ação direta, mas como efeito indireto. O que a história parece nos contar nos períodos Colonial e do Império, sob um prisma que nos permita uma ontologia do presente, é a inscrição de masculinidades que tiveram suas vidas dizimadas simbolicamente, quando não fisicamente. Relações de subjugação e sujeição no embate entre distintas masculinidades que ficaram “*debaixo da terra*”, onde ninguém as escutava. Se nos remetermos à Política de Atenção integral à Saúde do Homem, onde estão? As interseccionalidades de raça e classe não são

discutidas nas produções do masculino. Assim, nosso primeiro homem, objeto das políticas de saúde é o homem negro, mestiço, mambembe, degenerado, controlado, sifilítico e alienado.

2.2. Embriagado de amor ou de cachaça? Trabalho e sexualidade como dispositivos de poder na produção social de masculinidades na República Velha.

- Este sítio já foi uma lindeza major. Quanta fruta! Quanta farinha! As terras estão cansadas e ...
 - Qual cansadas, seu Antônio! Não há terras cansadas. A Europa é cultivada há milhares de anos, então...
 - Mas lá se trabalha.
 - Porque não há de se trabalhar aqui também?
 - O senhor verá com o tempo major. Na nossa terra não se vive senão de política, fora disso, baubau.
- (Lima Barreto, Triste Fim de Policarpo Quaresma, 1997, pagina 61.)

A obra literária “Triste Fim de Policarpo Quaresma” demonstra os arranjos de masculinidades produzidos no campo da saúde na República Velha. Primeiramente, porque no contexto literário, Lima Barreto, explorava em suas obras, as injustiças sociais e as dificuldades das primeiras décadas. O autor, filho de pais pobres e mestiços, fazia uso constante de álcool; características que o fariam ser objeto dos programas eugênicos da medicina social da época, não fosse o lugar social que Lima Barreto ocupava como artista. Já, a maioria dos homens deveria ser potencialmente inscrita como trabalhador, na teia produtiva de uma nação em processo de industrialização e urbanização.

Mesmo que atravessado pelo naturalismo e pelo tom ufanista de seus ideais, o personagem de Lima Barreto sonhou com uma sociedade que aceitasse a heterogeneidade cultural e a democratização política prometida com a ascensão do período. Policarpo Quaresma, mais conhecido por Major Quaresma, situava-se num momento histórico de intensas transformações urbanísticas e sanitárias. Conforme explana Claudio Filho (2008), as mudanças políticas e sociais surtiram efeitos benéficos na higiene pública para as elites, enquanto as camadas mais pobres da população continuaram a ter precárias condições de vida.

Este eixo histórico remete-nos ao desenvolvimento da medicina social na França, (Foucault, 1979) que é demandada a organizar o espaço urbano da cidade que com o processo de industrialização se torna, além de um mercado, um lugar de produção. Na França, no final do século XVIII, outra razão da existência da medicina social se dá com o desenvolvimento de uma população operária que tensiona politicamente a cidade com suas revoltas por melhorias de trabalho. A exclusão dos pobres a fim de criar zonas de conforto para os ricos e nesta estratégia inclui-se a expulsão dos pobres dos centros urbanos, a institucionalização dos considerados doentes e as estratégias de polícia sanitária, são aspectos semelhantes que podemos verificar entre a França do final do século XVIII e o Brasil da República Velha.

Ao proteger o bem estar dos ricos, a política de saúde relegava ao segundo plano o restante da população, que continuava a viver nos cortiços e a ser a maior vítima de enfermidades que se tornavam raras entre as elites. Maria de Matos (2001) complementa que a cidade dicotomizada entre pobres e ricos também apareceu como sinônimo de progresso em oposição ao campo, que fora totalmente excluído das ações sanitaristas das primeiras décadas. Conjuntamente à questão urbana, construiu-se a questão social, com o surgimento da pobreza e a identificação do outro – o pobre, o imigrante, o negro – que necessitava ser educado, civilizado, eliminando todos seus vícios, entre eles o alcoolismo.

Diferente da medicina voltada ao corpo da cidade, como o foi na França, veremos que na Inglaterra a medicina social foi voltada aos pobres e trabalhadores. Foucault (1979) sublinha que a pobreza não era considerada como problemática social, mas sim como parte da instrumentalização da vida urbana. Entretanto, no século XIX, na Inglaterra, alguns aspectos geraram tensões que foram suscitadores de um controle médico sobre os trabalhadores pobres. São eles: o medo da revolta dos pobres, a dispensabilidade deste corpo social com a organização de estabelecimentos de serviços em que se passa a constituir uma separação clara entre o trabalhador e o desempregado e por último, os medos políticos e sanitários desempenhados pelas grandes endemias (no caso da Inglaterra a cólera; no Brasil republicano a Doença de Chagas).

Retomando a obra “Triste Fim de Policarpo Quaresma”, percebe-se o patriotismo do personagem, através de sua trajetória de vida que se centraliza em três projetos ufanistas visando à mudança na cultura e hábitos brasileiros: a oficialização do Tupi como idioma nacional, o trabalho agrícola e a reforma política. Nos três tempos históricos que constituíram este personagem, os planos de Policarpo foram ridicularizados perante a sociedade. Apesar de ser um homem da elite brasileira, Policarpo serve, neste capítulo, como representação das masculinidades infamadas na realidade histórica e social deste período. Para os homens mambembes, a institucionalização: Policarpo fora tanto subjetivado como louco (foi internado compulsoriamente num hospício) quanto desordeiro. No seu triste fim, a prisão.

Ademais, mesmo nostálgicas e individuais, as reivindicações de Policarpo servem como analogia à resistência contra o sistema político empreendido na República Velha. Conforme Fernanda Santos (2012), este período é marcado pelo surgimento dos primeiros movimentos feministas, e a visibilidade de homossexuais nas ruas das grandes cidades (no carnaval e em bairros boêmios). Estes homens e mulheres foram percebidos como fortes ameaças às hierarquias estabelecidas, mas não se deve esquecer o movimento de resistência dos trabalhadores nas grandes greves do início do século que deram margem à conquista dos primeiros direitos previdenciários. Todavia, a maior representatividade de revolta do povo com a suposta democracia instituída, costumeiramente descrita nos estudos no campo da saúde, foi o movimento da Revolta da Vacina¹⁴.

Nesse momento, em que emergem resistências à ordem pública autoritária da República Velha, surgiu a necessidade de reajustar, de reformular o modelo ideal de masculinidade para que as hierarquias de raça, classe, gênero e sexualidade fossem mantidas. Equacionar as diferenças para que se estruturasse uma nova masculinidade dominante significou se apropriar de um aparato científico para

¹⁴ “A lei da vacina obrigatória, produziu em novembro de 1904, o movimento conhecido como Revolta da Vacina, onde por seis dias seguidos houve tentativa de golpe militar e ameaças de bombardeio dos redutos ocupados pelos antivacinistas. Considerada um dos maiores levantes populares ocorridos no Brasil durante o século XX, a Revolta da Vacina tem sido interpretada, muitas vezes, como um movimento originário, que se deu exclusivamente, de manipulações políticas engendradas por segmentos da elite brasileira descontentes com os rumos assumidos pela república. Entretanto, não há como negar que a obrigatoriedade da vacinação tenha força suficiente para provocar reações violentas em defesa da privacidade e da livre determinação da população brasileira.” (Carlos Ponte, 2010, página 66-67)

produzir um discurso de verdade sobre uma série de “outros”. Neste sentido, para que se construísse um ideal de masculinidade vinculado ao homem heterossexual, branco, integrante da elite urbana, foi preciso um esforço para caracterizar a mulher, os homossexuais, os negros e os pobres como seus opostos. Esse esforço envolveu médicos, cientistas, pesquisadores e homens de letras, ainda que não se tenha produzido apenas uma verdade sobre as diferenças, mas inúmeras. (Fernanda Santos, 2012)

O princípio da arianização lançava as bases científicas do preconceito racial e legitimava as desigualdades sociais em nome da democracia. Conforme Maria de Matos (2001), a eugenia foi para a psiquiatria um instrumento teórico posto a serviço da crítica ao sistema democrático-liberal da República. Mas a preocupação eugênica com o povo brasileiro não ascende da psiquiatria. Foram os homens historiadores, antropólogos, sociólogos, literatos, os primeiros a difundir na cultura brasileira as ideias de eugenia, originados dos meios intelectuais europeus no início do século XX. A psiquiatria somente reelaborou, a sua maneira, a discussão de um tema corrente nos meios intelectuais da época a partir da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

A LBHM foi fundada no Rio de Janeiro em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, com a ajuda de filantropos de seu círculo de relações. Enquanto entidade civil reconhecida de utilidade pública, a LBHM funcionava com uma subvenção federal e, posteriormente, em 1925, com a renda dos anúncios publicados em sua revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, surgida neste mesmo ano (Jurandir Costa, 2007). De acordo com o autor, o objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Todavia, Lilia Lobo (2008) afirma que a partir de 1926, os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as aspirações iniciais da LBHM para além da prevenção das doenças mentais e proteção dos egressos dos manicômios. Visava, sobretudo, a prevenção, eugenia e a educação dos indivíduos para que estes não se tornassem doentes. Conforme afirma Jurandir Costa (2007), a ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes do aparecimento dos sinais clínicos. O que interessava era a prevenção e não a cura.

A LBHM passou então, a ter clara intenção de reformar a sociedade, impondo-lhe normas de comportamento, medidas proibitivas de casamentos e procriação como dispositivos de aperfeiçoamento da raça, entendida inicialmente como sinônimo de espécie humana. (Lilia Lobo, 2008). A maneira como os psiquiatras concebiam o tratamento e a prevenção da doença mental era em si indicativa de um desejo de intervir no seio da população.

Intrínseco às preocupações da medicina com as práticas de casamento, sexo e reprodução, o corpo e suas diferenciações, ou seja, a ideia de homens e mulheres concebidos/as como entidades naturais ganha força. Fortalece-se, assim, o elemento principal de controle do corpo social pela medicina como bem vimos no final do Império: a família heteronormativa. Maria de Matos (2001) explana que os comportamentos femininos e masculinos passam a ser esquadrihados pela medicina. A teoria da diferenciação sexual¹⁵ e da complementaridade entre os sexos reforçava a divisão de áreas de atuação, a divisão sexual do trabalho e dos espaços: aos homens caberia enfrentar a competitividade do mundo público; as mulheres deveriam se voltar para o privado, tendo na maternidade o ponto definidor da feminilidade.

A Medicina, respaldada na perspectiva heteronormativa, passa a demarcar os limites entre público e privado, apresentando o bar, cabaré e botequim, como territórios perigosos para a constituição de homens para a vida na cidade, em contraposição, a fábrica, a oficina e ao escritório, espaços de trabalho e espaço do lar eram formadores do bom homem. Considerava-se que os espaços de lazer encorajavam a indisciplina e libertinagem. Neles se misturavam sociabilidade, violência, prazer e desordem, causando problemas no trabalho e ruína doméstica. Maria de Matos (2001) assinala que o conceito de honra, em situações de crimes passionais era legitimado; o conceito jurídico de defesa da honra e o conceito médico de loucura somavam-se justificando o poder masculino sobre os corpos femininos.

Segundo Fernanda Santos (2012), o sexo configurou-se nesses discursos como o capital patológico da espécie, pois o descontrole do próprio corpo levava à proliferação de doenças que corroíam gerações. Desse modo, objetivou-se, através

¹⁵ Ver Thomas Laqueur (1992).

da proposta de campanhas intervencionistas, medicalizar casamentos, nascimentos e as vidas daqueles que seriam indispensáveis para a construção do futuro da nação. Tratava-se, em última instância, de regular a sexualidade para desenvolver os tipos que eram considerados mais aptos e ao mesmo tempo impedir a proliferação dos menos aptos. Disto decorriam os discursos que apontavam para a responsabilidade no exercício das práticas sexuais.

O sexo produtivo, neste sentido, era aquele que permitia garantir o povoamento e ao mesmo tempo o branqueamento, gerando indivíduos que aplicassem a sua força de trabalho de forma útil. Já o sexo improdutivo deveria ser vigiado e evitado. Jurandir Costa (2007) reforça que a eugenia envolvia o combate ao alcoolismo e a sífilis dos procriadores, a equitação das uniões de indivíduos tarados e a segregação e esterilização dos degenerados.

O contato com as prostitutas além de revelar o descontrole sobre a própria sexualidade, significa para o homem tomar contato com grandes riscos de adquirir doenças venéreas das quais dificilmente conseguirá ser curado. As moléstias causadas pela depravação moral levariam não raras vezes, à impotência, seja ela causada por doenças adquiridas no contato com prostitutas, seja pelo próprio uso demasiado dos órgãos sexuais. Ainda que o homem se mantivesse distante das meretrizes, a masturbação ou o excesso sexual dentro do próprio casamento poderiam torná-lo impotente. (Fernanda Santos, 2012)

Assim, casamento e contenção sexual eram as receitas indicadas para a preservação da masculinidade e a manutenção de um lugar social para o homem, que se converteria em chefe de família. (Maria de Matos, 2001). O casamento, conforme Fernanda Santos (2012) é tido como o espaço ideal para o amor e, portanto, é preciso associar amor e sexo, para que se tenha uma vida saudável e completa.

O amor, como demonstra Jurandir Freire Costa (2007), foi extremamente útil aos higienistas, pois trazia a estabilidade necessária às uniões para a formação das futuras gerações. Fernanda Santos (2012) assinala que o discurso higienista reforçou essa ordem ao transformar a preservação dos filhos em primeira preocupação do casal, que deveria lhes proporcionar um ambiente de amor fraterno. Percebe-se que o ideário do amor (tanto romântico quanto o fraterno), se

constituiu sobre o signo da binariedade dos corpos e tornou-se potente para os modos de subjetivação que fortalecessem a construção de homens e mulheres nos arranjos político-sociais idealizados.

Conforme afirma Foucault (2008), a disciplina normaliza, ou seja, ela decompõe os gestos, as ações, ela classifica para determinados objetivos. Ela também estabelece “os procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e, enfim, estabelece a demarcação entre os que são inaptos, incapazes e os outros.” (Foucault, 2008, p. 75) A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo padrão, construído a partir de determinadas estratégias de poder. A normalização consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a um determinado modelo. Mas é necessário lembrar, que conforme o autor, a sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam a norma da disciplina e a norma da regulamentação.

Um exemplo (Maria Matos, 2001) destes mecanismos é o questionamento da medicina acerca do trabalho feminino fora do lar, pois este poderia ameaçar a estratégia de regeneração social; a ausência feminina afetava as tarefas e a higiene doméstica. No que concerne às campanhas antialcoolismo, promovidas pela LHBM, a figura feminina aparecia com frequência nas campanhas: a esposa, mãe dedicada e vítima do alcoolismo do marido. Destacando que a mulher tinha por natureza aptidões para os cuidados com a infância e era responsável pela família, o discurso médico levou-a a uma valorização positiva dentro do lar, ampliando os poderes femininos no privado, tornando-a mais operante e delegando-lhe um novo estatuto, fazendo com que as mulheres se reconhecessem dentro dessa esfera e se construíssem dentro da unidade familiar e não fora dela.

Em passagem contida na obra “Triste Fim de Policarpo Quaresma”, percebemos o teor dos mecanismos de poder que determinados discursos na época assumem para os corpos generificados:

“Desde menina ouvia a mãe dizer: - Aprenda a fazer isso porque quando você casar... ou senão: - Você precisa aprender a pregar botões porque quando se casar... A todo instante e a toda hora, lá vinha aquele – “porque quando você se casar... e a menina foi se convencendo que a existência só tendia para o casamento. A instrução, a satisfação íntima, a alegria, tudo isso era inútil. A vida se resumia numa coisa: casar.” (Lima Barreto, Triste fim de Policarpo Quaresma, 1997, p. 41)

O fragmento acima ilustra o pensamento de Policarpo sobre sua sobrinha que “*morre de tristeza e solidão*” ao ser abandonada pelo noivo. Referente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), ainda hoje, é sublinhado o papel fundamental que a mulher assume na política de saúde. Como cuidadora, a mulher possui a incumbência de vigiar o corpo masculino; como amálgama de estratégias de controle sobre este. Contudo, questiona-se se o discurso “*a mulher precisa cuidar do homem*”¹⁶, não se movimentaria como estratégia de vigília sobre a própria produção de subjetividade do feminino. Pois para exercer o cuidado à família (homem e criança) a mulher deve permanecer no ambiente privado do lar. Dessa forma, que produção de cuidado à saúde dos homens é possível, quando o cuidado ao corpo masculino necessita da responsabilidade da figura feminina?

Contudo, retornando à República Velha, conforme Fernanda Santos (2012), um novo homem útil à nação teria que ser capaz de gerir melhor a si mesmo, começando pela própria sexualidade. Na passagem do século XIX para o XX emergiu um novo modelo de masculinidade hegemônica no Brasil: racional, valente, autônomo, viril — era fundamental que eles pudessem ter suas ações e escolhas aceitas e reconhecidas como legítimas.

Importante salientar, conforme Maria de Matos (2001), que os dispositivos de racionalização do controle dos adultos também se movimentaram pelo controle do corpo infantil. Não apenas a família vai exercer o controle sobre si mesma e sobre o corpo da criança através das estratégias de poder-saber da medicina social particularmente pela LHBM, que passou a estabelecer como alvo privilegiado das propostas eugênicas, sanitárias e educacionais a criança anormal. Esta categoria criada pela psiquiatria e bastante utilizada pelo discurso médico-pedagógico brasileiro do século XX foi o veículo de expansão do poder psiquiátrico recém-conquistado no hospício para outras instituições. A detecção da criança anormal era necessária não apenas por motivos escolares ou profiláticos, mas por motivos econômicos do uso de mão de obra de seus pais e parentes, pois a criança anormal causava estorvo e gasto de tempo de familiares úteis ao trabalho.

¹⁶ Discurso proferido tanto no “V Seminário Municipal e IV Seminário Estadual de Políticas para Saúde do Homem”, realizado no dia 24 de outubro de 2011, em Porto Alegre, como no I Seminário Estadual de saúde do Homem, organizado pelo Departamento de Ações em Saúde do estado do Rio grande do Sul, no ano de 2012.

Controle de corpo infantil como amálgama de controle do corpo dos pais; controle dos pais como amálgama do corpo infantil. Todos e todas deveriam ser circunscritos nas malhas das relações de poder na lógica da normalidade. Maria de Matos (2001) salienta que a criança é investida como futuro trabalhador. Assim, higienizar os hábitos maternos, interferir nas relações familiares e no espaço doméstico foram táticas bastante eficazes, não só para prevenir novas transgressões, como para abrandar as rebeliões dos adultos às imposições dos padrões e evitar que associações de autoproteção ao desamparo do trabalhador ganhassem caráter combativo de defesa e conquista de seus interesses.

Desta forma, como tática de controle das subjetividades, o ideário do amor heterossexual, restringe o investimento das masculinidades e feminilidades fora dos padrões esperados. Isto inclui também a necessidade de se produzir um homem heterossexual que por ser amado é cuidado pela sua mulher, que amando provêm às despesas, constituindo e se responsabilizando pela prole. Que por constituir família precisa constituir uma aliança com seu local de trabalho, mesmo que sob condições deploráveis e garantias trabalhistas inexistentes.

Foucault (2002) nos esclarece:

“...deduzir que os controles da sexualidade e da sexualidade infantil não são absolutamente desejáveis, ora, ao contrário, o que se necessitaria seria uma aprendizagem sexual, um treinamento sexual, na medida que se trata, afinal de contas, de reconstruir pela sexualidade uma força de trabalho a qual, como se sabe, considera-se, no início do século XIX pelo menos, que seu estatuto ótimo seria ser infinita: quanto mais força de trabalho houvesse, mais plena e corretamente o sistema da produção capitalista poderia funcionar.” (Michel Foucault, 2002, página 37)

Assim, o corpo do operário não é espontâneo. É preciso fabricá-lo. E a natureza indolente do trabalhador não se corrige pelos castigos, de acordo com Maria Matos (2001) e Lilia Lobo (2008), mas pela aquisição minuciosa de hábitos e habilidades que devem começar na infância (no lar e na escola) e desenvolver-se na fábrica. O trabalhador, em sua condição de indivíduo considerado cidadão, ao menos nominalmente, sujeito a direitos e deveres com a sociedade, faz dele um eterno devedor: recebe dela seus direitos a segurança, a liberdade, etc. Disciplinar, seria tocar no coração do operário.

2.2.1 Pobres homens: o trabalhador na mira da medicina social

Maria de Matos (2001) explana que no início do século XX, a elite brasileira despertara para os perigos que o sistema de trabalho nas fábricas produzira, a par da resistência dos operários (greves, paralisações, sabotagens) e das arruaças dos ajuntamentos populares. A partir do regime liberal-republicano, se inicia o longo processo pelo qual a pobreza começa a ser identificada como incômoda e até perigosa. Centraliza-se a valorização do trabalho a uma esfera maior de atuação do Estado no mercado trabalho.

Segundo Cláudio Filho (2008), se desenhava uma política social dirigida aos trabalhadores em geral e aos trabalhadores urbanos ativos, via previdência social¹⁷. O que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária.

A partir do momento que o pobre é potencialmente perigoso à sociedade, algumas estratégias de poder tomam força. Uma delas é o dispositivo do trabalho, como vimos acima, mas também, “a assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho, e esquadrinhamento geral da saúde pública”. (Foucault, 1979, p. 51)

Isto nos remete à medicina dirigida aos pobres, constituída na Inglaterra e que ao longo do processo histórico no contexto brasileiro, o direito ao cuidado em saúde será deslocado do corpo improdutivo ao corpo produtivo. O pobre, para ter algum direito à assistência médica, (no caso da República Velha, o acesso aos primeiros direitos previdenciários) necessita estar identificado como corpo trabalhador. Caso contrário, será incluído apenas em outras medidas de higienização da cidade:

¹⁷ A partir de 1923, com a promulgação da lei Eloy chaves, vemos proliferar as caixas de aposentadorias e pensões. Vinculadas a grandes empresas, destinavam-se a fornecer serviços de assistência médica e seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais efetuadas pelos empregados e empregadores. Tais fundos eram geridos formalmente por um colegiado composto por patrões e empregados, sendo que a participação dos empregados na gestão dos recursos arrecadados de modo compulsório era mínima, correspondendo na maioria das vezes, ao desequilíbrio de poder que marcava posições das classes ali envolvidas. (Carlos Pontes, 2010)

vacinação em massa, institucionalização dos doentes. “A medicina privada beneficiava somente quem tinha meios para pagá-la.” (Foucault, 1979, p. 52). Esta vai ser a mobilidade política da história na saúde no Brasil.

Embora a medicina social no Brasil tenha, desde o início do século XIX, eleito o espaço urbano o principal foco patológico a receber sua intervenção saneadora, e não a fábrica e seu corpo produtivo, os médicos do século XX, especialmente a partir da década de 20, passaram a interferir nos serviços de inspeção sanitária e nos discursos de orientação ao trabalhador. Afinal, a racionalização científica do trabalho referia-se apenas às técnicas de manipulação das máquinas, mas principalmente aos métodos de administrar esse corpo do trabalho e sua preservação física e mental. (Maria de Matos, 2001). Ainda de acordo com a autora, a medicina adere à produção social do homem trabalhador. Uma nova prática disciplinar deveria levar em conta o saneamento do trabalhador, que, proveniente de uma classe social destituída de bons hábitos, seria naturalmente propenso às enfermidades do corpo e da mente. Os relatórios do Centro Industrial do Brasil na década de 1920 trazem a necessidade de combater as possíveis doenças como o alcoolismo, doenças venéreas e os jogos de azar, além de favorecer o desenvolvimento harmônico da família operária. Desta forma, era preciso ir além da disciplina estrita, da vigilância despótica sobre o comportamento do operário e da aliança com a força policial.

A questão estava, portanto, conforme Maria de Matos (2001), em intervir na formação dos operários como classe, produzindo uma vida fabril segundo certas normas, neutralizando seus movimentos, ora com a aliança da polícia, ora principalmente por medidas de caráter assistencialista com a criação de vilas operárias, clubes recreativos, escolas, farmácias, cooperativas de alimentos, fundo de pensões, etc.

Conforme Sidney Chalhoub (2001), as palestras nos sindicatos e associações do proletariado procuravam inculcar-lhes a ideia de horror pelo uso de álcool e jogo, a necessidade de uma vida regrada, marcada pela economia e poupança, únicos meios de propiciar a paz, conforto e felicidade à família. As campanhas se atinham prioritariamente no corpo operário para uma sociedade plena de trabalho produtivo e sem alcoolistas. Assim, pretendia-se erigir o conceito de trabalho como princípio

regulador da sociedade, seu valor supremo, elemento dignificador e civilizador na construção de sua masculinidade. “*Como estratégia discursiva, o trabalho vem a ser identificado com o masculino.*” (Chalhoub, 2001, p. 29).

Nas malhas do dispositivo do trabalho, o homem, para garantir sua permanência na figura do trabalhador, necessitava seguir um padrão de vida modelo. O alcoolismo era a maior fonte de preocupação social na degeneração do operário. De acordo com Maria Santos (2001) apontavam-se como os mais atingidos pelo alcoolismo, o operário, o lavrador, o pescador e o pequeno empregado. Entretanto, para os trabalhadores autônomos, como os carroceiros, jardineiros, limpadores, havia uma cultura de pagamento para os serviços destes em caráter de escambo, em que o pagamento para pequenos serviços ou em caráter de gorjeta costumava ser contraditoriamente o da “cervejinha”. (Maria de Matos, 2001)

Como bem vimos, assim como o homem escravo era estimulado a fazer uso de álcool para aguentar as condições de seu labor, os trabalhadores de baixa especialidade eram movidos a permanecerem no mesmo território subjetivo no qual foram capturados seus corpos. Assim, percebe-se que as condições de saúde são constructos sociais, onde determinadas doenças são referenciadas e até mesmo estimuladas. Confluyente à lógica assumida pela LBHM, acerca da completa descaracterização de doenças adquiridas como sífilis e alcoolismo das condições sociais e culturais dos sujeitos, a PNAISH, descola os principais fatores de morbimortalidade dos aspectos sociais implicados.

Assim, o assujeitamento ao sistema de produção industrial, como dispositivo de expansão da saúde, habilidade e eficiência produziram seu contrário: o corpo socialmente pesado do doente (sifilítico, alcoolista) e do vadio (potencialmente desordeiro) e as técnicas eugênicas de controle baseadas na prevenção e recuperação.

2.2.2 Rebeldes são criminosos, alcoolistas são vadios e os caboclos invisíveis: os ideários eugênicos.

Tudo para ele não pagava a pena. Não pagava a pena consertar a casa, nem fazer uma horta, nem plantar árvores de fruta, nem remendar a roupa. Só pagava a pena beber pinga.
 - *Porque você bebe, Jeca, diziam-lhe.*
 - *Bebo para esquecer.*
 - *Esquecer o que?*
 - *Esquecer das desgraças da vida.*
E os passantes murmuravam:
 - *Além de vadio, bêbado.*
 (Monteiro Lobato, 1951, p. 329-330).

Conforme Carlos Ponte (2010), o livro *Problema Vital*, circulou em 1918, igualmente com a coletânea de textos para a imprensa diária, em que o escritor Monteiro Lobato expressava sua adesão ao ideário sanitário, sintetizando-o no famoso personagem Jeca Tatu, como exemplo do impacto das doenças sobre o homem rural e das possibilidades de sua redenção. Cláudio Filho (2008) sublinha que, em 1918, o Brasil tinha uma população rural em torno de 12 milhões de pessoas; havia 17 milhões de enfraquecidos por parasitas intestinais, três milhões de vítimas de doença de chagas, dez milhões de tuberculose; além de imperar a subnutrição e o alcoolismo. Sem acesso a remédios e cuidados médicos e muitas vezes sob o jugo de coronéis que dominavam a região, o personagem Jeca Tatu de Monteiro Lobato, era o ícone do caboclo brasileiro.

O saneamento no território rural se deu tardiamente, pois o meio rural foi relegado ao segundo plano e só chamou a atenção dos médicos e das autoridades quando os problemas sanitários interferiram na produção agrícola destinada à exportação. Ressalta-se que as propostas eugênicas tiveram dificuldade de atingir a população rural. O alcoolismo conforme Maria dos Santos (2001), localizado no campo, era atribuído como causa de doenças como verminoses e degenerava o trabalhador rural, gerando neste preguiça e indolência, sendo fruto da ignorância. Afirmava-se que o homem do campo consumia mais álcool do que o da cidade, mas propostas antialcoólicas para o campo não seriam viáveis, pois em quase todos os municípios do interior se fabricava aguardente, que era vendida em tendas na beira de estradas, fugindo a fiscalização e aos impostos. (Carlos Filho, 2008)

Neste período histórico, o homem rural vai ocupar um lugar social de invisibilidade, tanto pelas medidas sanitárias, como pelas ações eugênicas da LBHM. A figura emblemática de Jeca Tatu, a sua postura prostrada, desanimada perante a vida revela que nem toda produção de masculinidade considerada “vadia” era considerada como perigo social, ainda que como corpo que importava somente como símbolo de atraso, em comparação com o homem da cidade. Ainda hoje, no que concerne a PNAISH, a discussão sobre o homem inserido nas relações sociais no contexto rural não são discutidas.

Retornando a questão cidade e o alcoolismo como risco social, desde 1830, conforme Jurandir Costa (2007), os médicos higienistas vinham solicitando a construção de hospícios para alienados. Mas foi apenas em 1912, no governo Rodrigues Alves que a psiquiatria ganha ímpeto como especialidade atuante na construção de instituições específicas para doentes mentais. Neste período foram construídas colônias de tratamento moral e o manicômio judiciário. Como o alcoolismo e a sífilis eram sinônimos de decadência moral e sexual, nada mais natural que tomar os programas de higiene mental em cruzada de propaganda racista. “*A eugenia assim o exigia; os eugenistas assim o fizeram*”. (Jurandir Costa, 2007, p. 119).

Desde o início do século XX e ainda nos anos 30, a psiquiatria brasileira deu muita importância à incidência e a prevalência dos diversos tipos de doença mental e sua distribuição étnica. Neste período era afirmado pelos eugenistas que a população negra era muito mais atingida pela sífilis e o alcoolismo que a população branca. Os atributos psíquicos dos indivíduos não brancos, negros, amarelos, mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia. Esta tendência racista e antiliberalista vai se desenvolver ao longo da década de 30. (Jurandir Freire Costa, 2007)

Temos então, a doença mental como um instrumento tático utilizado pela psiquiatria para a implantação de um modelo de norma que correspondia às exigências de um novo ideal do brasileiro. Dentre as doenças que mais justificavam o ideário racial estava o alcoolismo, como foco das ações da LBHM. Maria de Matos (2001) afirma que o alcoolismo, enquanto patologia social era considerado como

uma epidemia, uma degeneração, uma anormalidade. Propunha-se, dessa maneira, o combate através das campanhas como ação preventiva. O discurso das campanhas adotou o caráter incisivo, identificando o alcoolismo como “flagelo”, “praga social”, “mal social”, “demônio da humanidade”, “veneno”. Era também apresentado como causa de escoamento e dispêndio de dinheiro público, o gasto com a polícia, manicômios e penitenciárias.

A figura do alcoolista, excluído das redes de produção possui gênero, conforme Maria de Matos (2001): o combate ao alcoolismo centrou seu foco no masculino. O discurso médico apresentava aspectos de normatização que explicitavam um imaginário social urbano em transformação, no qual estava presente e em formação o perfil ideal do masculino, construído diretamente em relação ao feminino. Assim, o discurso médico destacava as responsabilidades femininas no processo de reeducação do homem moderno, acentuando a necessidade de que a mulher atuasse como agente da campanha antialcoólica, como explanado anteriormente.

Fernanda Santos (2012) revela que na pesquisa do médico Eurico Sampaio, doutor em psiquiatria vinculado a LBHM, realizada em 1922, num total de 280 pacientes que estavam internados no hospital do Rio de Janeiro por alcoolismo, os homens eram o dobro das mulheres, quanto a instrução, 95% eram ou analfabetos ou com instrução rudimentar, e tinham entre 22 a 55 anos; quanto ao recorte racial a presença de negros era majoritária, quanto a ocupação a maioria eram lavradores ou trabalhadores urbanos. Ou seja, a pesquisa ajudou a reforçar os ideais eugênicos no combate ao alcoolismo.

A ação antialcoólica, para além das pesquisas, também propôs um programa de assistência, a criação de asilos, o ensino antialcoólico nas escolas públicas primárias, a criação de leis que restringissem a venda de bebidas alcoólicas e, sobretudo, uma educação higienista para os homens trabalhadores das fábricas. (Maria de Matos, 2001). Os psiquiatras definiam o alcoolismo como uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas. Segundo eles, o número de alcoólatras degenerados aumentaria progressivamente, caso não se pudesse controlar sua prole.

Ser provedor não era apenas a construção social de um homem que sustentava a família, mas que fornecia aporte moral aos filhos. Assim, conforme Maria de Matos (2001) os filhos de pais alcoólatras recebiam o vício como herança, apresentavam alterações de vontade, persistência, atenção e percepção, perdiam o senso moral, abandonavam a escola, caminhavam para a vagabundagem. O homem alcoolista significava a degeneração de sua prole.

“Uma criança que se masturba será doente para a vida toda: punição disciplinar no plano do corpo. Mas ao mesmo tempo uma sexualidade devassa tem efeitos no plano da população, uma vez que se supõem que aquele que foi devasso sexualmente tem uma hereditariedade, uma descendência que, ela também vai ser perturbada, e isso durante gerações e gerações, na sétima geração. É a teoria da degenerescência.” (Foucault, 2002, p. 301)

A teoria da degenerescência continua a movimentar a compartimentalização de arranjos de masculinidades em corpos que por si só já oferecem risco à sociedade. A PNAISH exime-se de uma análise do uso de drogas na vida dos homens. Estamos numa atual conjuntura política em que a droga é assumida tanto por discursos moralizantes quanto aqueles que colocam como eixo principal de discussão os emblemas e estigmas implicados na sociedade. Apesar do alto índice de morbidade pelo uso de álcool, não vemos uma interlocução do campo das políticas de saúde mental com a PNAISH nos principais documentos oficiais.

Fernanda Santos (2012), afirma que outra produção social de masculinidade na teia das teorias eugênicas foi a figura do homossexual. Dentro da lógica do modelo de masculinidade emergente no período, o homossexual foi execrado porque sua existência negava diretamente a função paterna, considerada universal na natureza do homem. O pederasta, como era chamado pela literatura médica, era posto como o anti-modelo de conduta sexual masculina e de masculinidades. No sistema hierárquico do corpo social masculino, o homossexual foi considerado um homem que não era homem ou que por vezes era “quase uma mulher”.

Além disso, se o Brasil era considerado como um grande hospital neste período histórico, conforme Carlos Pontes (2010) era necessário higienizá-lo e reorganizá-lo. Assim, a indisponibilidade ou incapacidade para a perpetuação de uma população mais higienizada era o centro da preocupação das propostas da medicina, que ao invés de centrar seus esforços nestes corpos inscritos na berlinda da sociedade, atinham-se à saúde daqueles potencialmente produtivos.

Outra estratégia de disciplina destes corpos mambembes era a polícia e suas práticas de repressão. Fernanda Santos (2012) sublinha que a tese de que negros e pederastas teriam tendências à criminalidade serviu para que essas figuras fossem constantemente colocadas sob suspeita e reforçou preconceitos presentes na sociedade da época.

Neste sentido, vemos que a interseccionalidade raça e classe assume uma força maior, justificada pela medicina da época como uma degenerescência agora também atrelada aos discursos de doença mental da LBHM. O alcoolista, o homem rural, o descontrolado sexual, todos estes homem mambembes sofrem de um predicado: não constituíram ou mesmo não souberam constituir, família.

2.3. Um Pai para pobres homens: a produção de um sujeito moral no Estado Novo

“A continuidade na conservação do trabalho servil, levado teimosamente quase às portas da República, entrou a solução de um dos problemas capitais da nossa vida econômica. Feita a abolição, o novo regime encontrou o trabalho desorganizado, e tão profunda foi a repercussão desse fato que, até hoje, só de forma parcial temos conseguido atenuar-lhe os efeitos nocivos.” (Discurso Getúlio Vargas proferido em 18 de agosto de 1933, p. 319)

Conforme Carlos Carola (2012), no século XIX, um dos clássicos debates ocorridos no mundo ocidental foi sobre a “verdadeira” origem da riqueza de uma nação, discussão que no Brasil se fez presente no período Imperial, desafiou a Primeira República e se inverteu a partir da era Vargas. Até a República Velha, Vanessa Xavier (2010), salienta que o que se tinha era um Estado, mas não a Nação. Para se ter a Nação, seria preciso que o povo tivesse características uniformes, que dessem uma identidade ao brasileiro e permitissem seu reconhecimento.

Vimos que, apesar do apelo inicial à configuração familista, a posição identitária ocupada pelo homem trabalhador no contexto da República Velha era fundamentalmente atrelada à vagabundagem e à desordem. Diante disto, a medicina social tinha como empreendimento prevenir as possíveis causas de degenerescências do homem produtivo. Tinha-se, então, como objeto de

preocupação da medicina a degeneração, e não a potencialização de um modelo padrão de homem, que será a estratégia ensejada na era Vargas. Ou seja, no período do Estado Novo (1937-1945), a principal estratégia de poder, será o enaltecimento do homem trabalhador, ressaltando sua dedicação para o labor, independente de hierarquia profissional.

Neste capítulo, serão utilizados fragmentos discursivos de Getúlio Vargas durante o regime do Estado Novo. Um dos motivos da escolha é o grande material disponível para consulta na Biblioteca da Presidência da República¹⁸, o que pode guiar a análise deste período tanto quanto o material literário ou musical. Afinal, Vargas era conhecido pelo tom ufanista de seus discursos no intento de afirmar o Brasil como “o país do futuro”, de gente trabalhadora, simples; um país de enorme potencial.

Além disso, Vargas se utilizou da comunicação em massa para direcionar os modos de subjetivação. Contando com o apoio do exército, Getúlio intensificou a atmosfera policial no país e criou o DIP – Departamento de Imprensa e Propaganda¹⁹, com o objetivo de controlar os meios de comunicação, além de outras medidas que foram favoráveis ao seu governo.

Entre os presos políticos, exemplifica-se a prisão de escritores como: Jorge Amado, Monteiro Lobato e Graciliano Ramos. Estes escritores, que de acordo com a censura da época disseminavam ideias contrárias ao regime político da através de suas obras. Enfim, o populismo de Vargas, dentro e fora das páginas, vai buscar não mais o país do boêmio, do malandro, mas o Brasil do pai de família trabalhador, que tem seu regime de trabalho amparado por leis e um país que se desenvolve e “cuida” dos pobres.

O que veremos é que nunca o dispositivo do trabalho assumiu tanta força para a constituição da nação como na Era Vargas. O trabalhador aqui passará a ser

¹⁸ “A Biblioteca da Presidência da República foi fundada no governo do Presidente Wenceslau Brás (1914-1918), sendo composta inicialmente por setecentos e setenta e duas obras (772), em três mil seiscentos e noventa e cinco (3695) volumes (...). Com a introdução do portal da Presidência da República, a Biblioteca digitalizou todos os discursos presidenciais, legado que pertence ao povo, no qual estão documentados as grandes diretrizes e pensamentos que marcaram a evolução da história do Brasil.” (Ver mais em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/sobre-a-biblioteca>)

¹⁹ Dentro das atribuições do DIP situa-se: “fazer a censura do teatro, do cinema, das funções recreativas e esportivas, da radiodifusão, da literatura social e política e da imprensa; estimular a produção de filmes educativos nacionais e classificá-los para a concessão de prêmios e favores”;

(Retirado em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/DIP>)

exaltado e, ao invés da repressão, teremos outras táticas de poder, visando objetivos análogos aos empreendidos no final da República Velha. Nessa senda, mecanismos disciplinares de produção das masculinidades passam a atuar em intersecção aos mecanismos de regulação política e social.

Foucault (2008), explica que dentro dos mecanismos de regulação, a tecnologia biopolítica encontra suporte na tecnologia disciplinar; ela a integra e a modifica, em outras palavras, a biopolítica se apoia nos mecanismos da disciplina, contudo não tem como objeto e objetivo o corpo individual. Seu intuito situa-se em outra escala: é uma tecnologia que vai se dirigir e se aplicar ao “homem” enquanto ser vivo, espécie, ou seja, população. Se a disciplina é individualizante e penetra o corpo em seus detalhes, a biopolítica focaliza os grandes corpos populacionais, onde o que interessa são os processos de conjunto, suas modulações e as variáveis que os afetam. Apesar disso, a disciplina e a biopolítica (Foucault, 2002), se interconectam por seus objetivos; por mais diversos que sejam seus mecanismos, técnicas e modos de exercício, elas se sobrepõem e se completam, na medida em que visam a otimizar, maximizar e extrair a vida e as forças que a vida pode gerar, tanto no plano individual como no conjunto da população.

Ao contrário dos regimes anteriores, com a tomada de poder de Getúlio Vargas, Ana Lúcia Vieira (2011), sublinha que, neste período histórico, observou-se a produção intensa de mecanismos de regulação para além da repressão e exclusão mas também por estratégias de enquadramento de um grupo social – o operariado.

Vargas, então, considerado o “Pai dos Pobres”, irá exaltar a figura do trabalhador através de preceitos morais, que Antônia Colbari (1995) explora em seu Livro “Ética do Trabalho”. A autora revela que a pobreza seria atacada pelo trabalho e pela legislação social, buscando-se humanizar e dignificar as condições de vida. A proposta de humanização do Estado, como fundamento de uma concepção de democracia, distanciava-se de sua acepção liberal; a justiça social como base da democracia dependia de uma política de proteção do trabalho contra as desventuras do mercado.

O homem trabalhador é elevado como sujeito merecedor de algumas garantias e por isso a legislação vem, então, ampará-lo, bem como a sua família e, ao mesmo tempo, disciplinar o trabalho, dissipando as greves e propondo o Estado como

mediador da luta de classes. Proteção legal esta, que vinha associada a um discurso de valorização do trabalho manual, do trabalho árduo, da dedicação expressiva, do senso de honestidade e honra, em contraposição ao estigma da pobreza.

Estes enunciados movimentam-se inclusive na área cultural. Mauricio Costa (2006) afirma que este é o período que marca a ascensão do samba e do futebol como elementos fundamentais para uma nova definição de identidade nacional. Todavia, Adalberto Paranhos (2004) situa que durante o “Estado Novo”, particularmente de 1940 em diante, buscou-se interromper a íntima relação da história da música popular brasileira com o samba referindo-se à malandragem e passara a cultuar o novo homem: o trabalhador disciplinado.

No novo governo (Mauricio Costa, 2006), a construção da nacionalidade brasileira era a prioridade sempre presente que estimulava e justificava todas as realizações do Estado. Neste sentido, percebe-se que a produção social do modelo ideal de masculino, centrado na figura moral do trabalhador, se afirmava como mecanismo de poder que circulava em prol da criação de uma identidade nacional unificada.

A construção social das masculinidades, neste período, será investida na valorização destes “bons homens”, aqueles que seguem os padrões de comportamento atrelados à moral e aos bons costumes em uma lógica familista. A legislação trabalhista inscreve-se não como uma conquista dos trabalhadores, mas como estímulo à população, a fim de entender a expansão dos direitos sociais como uma dívida do governante:

“O meu Governo tem-se empenhado em garantir aos trabalhadores, aos que não dispõem de recursos acumulados e vivem do labor quotidiano, as condições de estabilidade econômica necessárias à manutenção da prole. A legislação em vigor e as instituições de previdência coletiva, em promissor desenvolvimento, se completam nos resultados e mostram o acervo da nossa política de valorização do homem de trabalho. Impunha-se, contudo, alargar a atuação do poder público, e diversas providências se adotaram nesse sentido. Já foi autorizado o plano de construção e instalação de cerca de cinquenta maternidades e lactários, distribuídos por todos os Estados; a lei de proteção às famílias numerosas será decretada em breve; o fundo especial do auxílio familiar, por meio de uma taxa cobrada aos solteiros e casais sem filhos, constituirá, sem dúvida, uma experiência proveitosa e digna de apoio.” (O Bem-Estar e a Saúde Das Mães e das Crianças: Discurso Pronunciado no Palácio Guanabara, em Comemoração do Natal, 24 de dezembro de 1939, Página 158)

A lógica familista, bem pronunciada no discurso de Vargas sobre as mães e seus filhos na véspera de Natal, visa recompensar aqueles que se inserem nos padrões heteronormativos estipulados pelo regime, ao passo que restringe direitos àqueles que não se enquadram no modelo padrão generificado (*“taxa cobrada aos solteiros e aos casais sem filhos”*).

Na trilha da lógica benevolente instalada no Estado Novo, remetemo-nos ao que Michel Foucault identifica como sendo o exercício do poder pastoral; intervenções que se definem pelo “bem-fazer”; é um poder que se efetua pela prestação de serviços, pelo cuidado contínuo, pela dedicação incansável, por uma ação ampla e permanente sobre o modo de pensar e de ser do outro. (Foucault, 2008, p.168)

Por certo, a dedicação ao bem estar dos homens, circunscrevia-se apenas aos trabalhadores assalariados, estes, desfrutavam da ampliação de acesso às garantias trabalhistas. Trabalhadores autônomos, desempregados e outros corpos sociais, incluindo o trabalhador rural (Carlos Pontes, 2010), estavam excluídos deste contingente populacional; aos desprovidos, restava apenas a caridade dos hospitais filantrópicos para eventuais atendimentos de saúde.

Para entendermos melhor a organização política engendrada no governo Vargas, Carlos Pontes (2010), nos explica que as atribuições políticas foram separadas em dois Ministérios, criados ainda ao final de 1930: O Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Neste último, estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, que, com o passar dos anos, se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. No Ministério da Educação e Saúde Pública, atrelada à educação, ficou tudo o que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária.

O autor também revela que o modelo oferecido pela lei Eloy Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, na década de 30, em várias categorias profissionais. Organizaram-se então as caixas de aposentadorias e pensões e os institutos de previdência. Sob a tutela do Estado, esses órgãos garantiram

assistência médica a uma vasta parcela da população urbana sem gastar nenhum recurso financeiro da administração federal.

A constituição de 1934 incorporou algumas garantias ao operariado, tais como assistência médica, a licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Nos anos subsequentes, outros benefícios, como o salário mínimo, foram incluídos na legislação trabalhista, culminando com o estabelecimento em 1943 da Consolidação das leis do Trabalho (CLT). Pela CLT, tornavam-se definitivamente obrigatórios o pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras e as férias remuneradas a todos os operários portadores de carteira de trabalho.

Ainda assim, conforme Cláudio Filho (2008), as caixas apresentavam serviços irregulares, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves. Carlos Pontes (2010) salienta a desmobilização do poder sindical, visto que cada sindicato dividido por categorias profissionais eram estimulados a buscar individualmente o cumprimento da legislação no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, na intenção de buscar a efetivação do direito ao assegurado.

A efetividade desta estratégia foi estimular a competição entre os sindicatos, desfavorecendo a luta coletiva por um sistema de proteção previdenciária mais abrangente. Importante sublinhar, que mesmo diante da campanha estadista pela valorização do trabalhador através de benefícios previdenciários, Cláudio Filho (2008), afirma que a assistência médica até 1945 permanecera acessível somente a poucos trabalhadores.

Estas diretrizes políticas, durante o primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945), segundo Carlos Pontes (2010), constitui-se em um amplo arcabouço institucional no âmbito da saúde pública que consolidou as bases do sistema público de saúde no Brasil e nos legou heranças que perduram até os dias de hoje. Esta configuração política, brevemente pontuada acima, serviu como pano de fundo para o modo de subjetivação que fazia emergir um novo modelo de homem no Estado Novo. Diferente do período da República Velha, não bastava somente detectar enfermidades sociais, ou mesmo preveni-las (Ana Vieira, 2011; Vitor Monteiro,

2006), mas antes, agir para construir este homem nacional a partir da produção da subjetividade.

Para estimular os preceitos morais deste novo homem, a lógica familista facilitou o despertar do interesse e do gosto pela laboriosidade bem como pela vida mais disciplinada, ao mesmo tempo em que sedimentou a ética de provedor e a condição de produtor, base para a universalização da racionalidade capitalista, fundada em regras, códigos de prêmios e punições. Os personagens da nova fábrica serão os operários ascéticos, disciplinados e produtivos e os patrões modernos, dinâmicos e educados. (Antonia Colbari, 1995)

Para tanto, era preciso criar mecanismos de regulação dessas relações sociais em todos os níveis, seja no espaço público quanto no privado, como lembra Antônia Colbari (1995) ao descrever a criação de vilas operárias. Esses conjuntos habitacionais justificavam-se pela possibilidade de estabilização e fixação desse contingente que tendia ao nomadismo e comprometia o processo de recondicionamento e ressocialização da força do trabalho empreendido pelos dirigentes das fábricas.

A pequena cidade construída para os operários era autossuficiente no que se referia ao abastecimento de casas, vestuário, farmácia, assistência médica, educação e lazer. A distração patrocinada pela fábrica coibia ou desestimulara a frequência a bares, botequins e lugares de “vício” e mantinha afastados os perigos do álcool e do jogo. Assim, buscava-se um território asséptico, com a promessa de proteção social, para o trabalhador e sua família.

Igualmente, a cidade operária, com origem no século XIX, (Foucault, 2002) articula os corpos no recorte mesmo da cidade, pela localização das famílias (cada uma numa casa) e dos indivíduos (cada um num cômodo). Ela visibiliza, normaliza os comportamentos, criando uma espécie de controle policial espontâneo que se exerce pela própria disposição espacial da cidade. Mas ainda se observam também os mecanismos que induzem comportamentos de poupança, por exemplo, e que são vinculados aos habitat. Sistemas de seguro saúde ou de seguro velhice. Além disso, as regras de higiene garantem a longevidade da população; as formas como a organização da cidade organiza a sexualidade, incitando a procriação, entre outras

aspectos vão ressaltar a coexistência de mecanismos disciplinares e mecanismos regulamentadores.

Antonia Colbari (1995) sublinha que o Estado Novo estabelecia a família, constituída pelo casamento indissolúvel e sob a proteção especial do Estado, como uma das principais colunas de sustentação do governo. Contudo, em tempos de guerra, a família não era elemento exclusivo para circulação das estratégias de biopoder do corpo social. Maurício Costa (2006) afirma que o corpo do indivíduo, a instituição Exército ou a sociedade como um todo, numa projeção inferida, deve expulsar elementos indesejáveis e desviantes. Para isso, era fundamental higienizá-los, expurgando tais traços considerados nefastos. Dentro do processo de melhoramento do homem brasileiro, as Forças Armadas, mas principalmente o Exército, são vistos como eixo central. Maurício Parada (2006) situa que além dos militares, crescia entre os médicos higienistas e pedagogos, uma preocupação com a prática desportiva. Esses especialistas vão produzir uma interpretação fundamentalmente moral sobre o tema: o aprimoramento físico deveria estar relacionado a ideais muito mais elevados como a melhoria do tipo racial e a intensificação do sentimento cívico.

A utilização do serviço militar como ritual eugênico, conforme Mauricio Costa (2006) era vista como vital para o engrandecimento do país. O serviço militar pode ser considerado como um rito de passagem para um mais desenvolvido da existência, como podemos perceber nas palavras de Vargas, em entrevista concedida em 12 de março de 1940, no Palácio do Governo, em Porto Alegre:

“Promulgou-se, ainda, um decreto²⁰ criando a Juventude Brasileira. Já é um grau mais alto de auxílio educativo, orientando a juventude na quadra em que precisa receber instrução cívica e moral e, também, paramilitar, de modo a preparar a mocidade, dentro do regime da disciplina e da ordem, para as altas funções que está chamada a desempenhar, na substituição das gerações atuais.” (12 de março de 1940)

Sob o ponto de vista sanitário, (Maurício Parada, 2006), a prática desportiva seria um meio para a superação de um problema, de uma falha na formação nacional do brasileiro, sua fragilidade física decorrente da sua fragilidade racial. A produção de um corpo sadio, bem treinado nas técnicas da moderna educação física e forjado na prática desportiva permitiria em longo prazo, o aperfeiçoamento da raça.

²⁰ Decreto que estipula a Matrícula obrigatória dos alunos das escolas superiores e institutos de ensino secundário nos centros de preparação de oficiais da reserva.

O hábito dos esportes adquirido na infância criaria uma nação saudável com corpos fortes e predispostos ao trabalho. Com a agressividade controlada, para bem dizer, cultivada e canalizada na direção que fosse necessária, a educação física colaboraria com a fabricação de corpos docilizados de crianças, jovens e adultos; corpos prontos para defender a pátria (Mauricio Costa , 2006).

Bem como o serviço militar, a medicina preocupava-se com o trabalho de potencialização da utilidade cívica do corpo infantil e jovem através do trabalho preventivo nas escolas. Dentro ou fora dos muros do quartel buscava-se atingir a juventude como foco de disciplinarização das masculinidades. Segundo Maurício Parada (2006) o jovem escolar familiarizado com os exercícios atléticos treinados nas classes de educação física, como a marcha, os saltos e as corridas, tinha uma importância no cálculo da estratégia militar. Por um lado, o jovem atleta, como indivíduo ordeiro e disciplinado, seria incapaz de traição, de revolta ou de motim; por outro lado, dotado de resistência, elasticidade e disciplina, esse esportista seria um homem perfeitamente mobilizável para as ações militares, constituindo-se em uma importante reserva de recursos humanos para a manutenção da integridade da nação.

A difusão do espírito nacionalista proposta pelo Estado tinha como objetivo fundamental a formação da juventude brasileira. A educação adequada desta juventude tinha na prática desportiva um elemento de extrema importância. E a educação física era a principal estratégia de higienização destes corpos. (Mauricio Costa, 2006)

O processo de higienização do corpo social masculino ocorre em “lugares onde os homens aprendem a ser homens”. Daniel Welzer- Lang (2001, 2004), a partir desta argumentação, descreveu os lugares monossexuados destinados aos meninos quando estes saem da custódia das mulheres para se tornarem, por assim dizer, “homens de verdade”. Momento este em que os mais jovens relacionam-se com homens mais velhos, os quais lhes vão ensinar os pressupostos de um gênero e de uma sexualidade dominantes e a serem diferentes do outro – a mulher. Nestes cenários surgem as pressões e até mesmo violências/violações nos espaços de homosociabilidade, estas formas de ensinar a ser homem evocam um modelo de

sexualidade que se reproduz em vários lugares da sociabilidade masculina e que no caso, aqui é ilustrado pelo exército/serviço militar.

Em interlocução com a atualidade que nos apresenta o documento oficial da PNAISH, este cita, por diversas vezes, os jovens (encontramos aqui uma linha de continuidade com o projeto Varguista) como aqueles que são as maiores vítimas de acidentes por causas externas. São os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, atribuídos a sua “crença na invulnerabilidade e na necessidade social de auto-afirmação”:

“Os adolescentes e adultos jovens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.” (PNAISH, 2009, página 15)

Ainda nesse sentido, esta Política foi desenvolvida de modo articulado, principalmente, com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde (2010), entretanto, questiona-se o acesso que os jovens costumam ter aos serviços de saúde. Conforme Sebastião Duarte; Juliano Oliveira (2012), o atendimento na Atenção Básica é essencialmente feminino. Mesmo quando algumas atividades de promoção e prevenção à saúde são dirigidas as (aos) adolescentes, Ivani Bursztyn (2008) salienta que ocorre a grande ênfase dada à promoção do uso de contraceptivos e no acompanhamento pré-natal das adolescentes grávidas, o que gera uma polaridade de gênero, deixando de se focar as necessidades próprias do homem jovem.

Se retomarmos as ideias de Daniel Welzer-Lang acerca dos espaços de homosociabilidade, podemos problematizar inicialmente as relações de força que estão em jogo em performances consideradas factíveis ou não factíveis nos espaços de saúde. Até o início do que as políticas de saúde definem como adolescência, o território da atenção básica em saúde é tanto do menino quanto da cuidadora; ambos são convocados a habitarem o terreno da saúde. O convite para o comparecimento deste público seria revelado pelos cartazes dispostos nas paredes do serviço, pelas agendas de atendimento, pelas atividades de cuidado em saúde disponibilizadas. Este espaço arquitetônico generificado seleciona e restringe quem vai ser o usuário a acessar (Michael Lipsky, 2010) o serviço.

Se considerarmos que o jovem, é incitado a torna-se homem em espaços legitimadores dos padrões performativos correspondentes ao masculino, o que Daniel Welzer-Lang (2004) chama de “a casa dos homens”, existe também a exigência social oposta: espaços desprovidos de qualquer associação às masculinidades; a “decoreção” dos serviços de saúde são um convite a não circulação dos corpos ditos masculinos. Não seriam os serviços da atenção básica em saúde, tão conclamados pela PNAISH, como porta de entrada para o atendimento dos homens, de fato, espaços de deslegitimação do masculino, enquanto norma dominante?

Não veremos facilmente jovens nos serviços de saúde, mas os veremos facilmente na escola, na praça, nas festas, nas quadras desportivas, pois são nestes espaços que os arranjos de masculinidades são postos a prova²¹, testados, forçados, misturados. No caso do governo Vargas, seriam nos espaços de educação, além do espaço militar onde se concentravam os esforços de prevenção da degeneração do futuro corpo útil à nação. Educação e Saúde, neste período, eram parte de um mesmo Ministério, complementares em seus esforços de higienização.

Apesar de novas técnicas e táticas de poder, Cláudio Filho (2008), sublinha que, ainda no Estado Novo, a administração reforçou as campanhas de educação popular, ainda apoiados nos princípios eugênicos defendidos desde a República Velha, como veremos abaixo:

“Convençamo-nos de que todo brasileiro não poderá ser um homem admirável e um modelar cidadão. Para isso conseguirmos, há um só meio, uma só terapêutica, uma só providência: é preciso que todos os brasileiros recebam educação.” (Discurso de Getúlio Vargas proferido em 18 de agosto de 1933. Página 325)

No caso da PNAISH hoje, esta se propõe ainda a promover articulações, principalmente com o setor da educação como uma de suas diretrizes, já que esse é um setor que visa auxiliar na mudança de comportamento dos meninos no que diz respeito a hábitos saudáveis e cuidados com a saúde, uma vez que, segundo a Política, a educação é “promotora de novas formas de pensar e agir” (MS, 2009, p.30).

²¹ Também serão vistos nas instituições de segurança pública, aspecto a ser desenvolvido em capítulo à parte.

Tomadas em seu caráter eugênico, as formas de se pensar e agir a educação em saúde no Estado Novo, tomavam as masculinidades infames como problemática social. Era necessário coibir e curar aqueles que poderiam frustrar o projeto político social da época, como os ditos malandros, os bandidos, as mulheres fora do padrão familista e os homossexuais.

Apesar do enaltecimento de uma identidade brasileira única, constituída pelo mestiço como o representante da fusão de todas as raças, ao longo das décadas 1930 e 1940, ressalta-se que o racismo à brasileira (Lilia Schwarcz, 2006) que se afirma neste período, exemplifica-se pela rigorosa perseguição por parte da polícia e do poder judiciário aos terreiros de candomblé, sendo igualmente denunciados como curandeirismo pela corporação médica, seus ritos de caráter mágico-religioso.

Ademais, a autora complementa que as relações estabelecidas entre os integrantes desta religião, quebravam a lógica de parentesco heteronormativa. As chamadas famílias de santo consistiam numa rede de apoio que complementava a família biológica ou até mesmo a substituía, na inexistência da família por laços consanguíneos, e se dispunha a acolher até mesmo situações de vulnerabilidade, como casos de doença ou mesmo falta de moradia. Válido situar que diversas sociabilidades coletivas subvertem a lógica da família heteronormativa constituindo outros laços, como os (as) escravos (as), como bem vimos no período do Brasil Imperial e os(as) homossexuais, que se constituíram em identidades compartimentalizadas, em contradição como projeto de constituição dos padrões familistas.

Ressalta-se que, para o momento histórico empreendido, era esperado o recalque e a retenção da sexualidade ao invés da gratificação dos desejos na conjuntura social em questão. (Vitor Monteiro, 2006). Assim, no que tange à homossexualidade, Fernanda Santos (2012), ao longo da década de 1930, afirma que as ações policiais foram responsáveis pela prisão de muitos homossexuais.

Apreendidos pela polícia, os homossexuais não raras vezes, eram presos e colocados a disposição para a realização de estudos médicos que com o respaldo do Estado pretendiam identificar, classificar e “curar” seus pacientes. O crescimento da medicina legal neste período, a seu turno, contribuiria para um aumento do racismo, uma vez que com frequência nas caracterizações do criminoso, o negro era

escolhido como o biótipo preferencial. Nota-se que o racismo ainda justificava a degenerescência destes homens infames, mesmo que o discurso oficial da Era Vargas, enaltecia a inclusão da heterogeneidade das diferentes raças na composição da identidade nacional.

Ainda hoje encontramos presentes distintos tensionamentos originados nesse período de intensa medicalização da homossexualidade. Com forte apelo eugênico, tanto pelos ditames do poder-saber da biomedicina, como por determinadas comunidades religiosas, Rachel Duarte (2012), aponta para as tensões políticas e sociais do Projeto de Lei do Decreto Legislativo N.º 234, de 2011, de autoria do deputado federal João Campos (PSDB-GO). O projeto busca sustar a aplicação de dois dispositivos da Resolução 1/99 do Conselho Federal de Psicologia que orientam os profissionais da área. O primeiro diz que os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura da homossexualidade. O segundo determina que os psicólogos não se pronunciarão publicamente de modo a reforçar os preconceitos em relação aos homossexuais como portadores de qualquer desordem psíquica.

Retornando à produção de homens mambembes no Estado Novo, outros desviantes morais, tomados como antipatrióticos eram objeto de preocupação: os comunistas e os estrangeiros. Conforme Vitor Monteiro (2006), as forças desnacionalizantes eram relacionadas ao estrangeiro, principalmente aos judeus e japoneses que eram tidos como povos de difícil miscigenação e integração fora de seu país de origem. Com a implantação do DIP, a censura ao imigrante concentrava-se nas redes de comunicação no idioma estrangeiro. Ademais, não poder-se-iam formar comunidades exclusivas de uma só raça.

No caso do comunista, este expressaria aquilo contrário aos ideais morais de honra, amor, pátria e família, ameaçando a construção de homem brasileiro. Percebe-se que os discursos de Vargas são um veículo de higienização das subjetividades que vai enaltecer determinadas masculinidades e depreciar outras:

“Os comunistas reconhecidos e declarados, os pretensos pregoeiros de reformas sociais, os utopistas ingênuos e os agitadores mercenários que pregam ideias subversivas aberta ou disfarçadamente, devem ser afastados do contacto da sociedade e recolhidos a colônias agrícolas, onde os trabalhos da terra lhes aproveitarão como corretivo e educação para a vida honesta e construtora, ensinando-lhes o caminho do bem e o respeito aos direitos alheios(....)Para combatê-los, é indispensável a união dos

brasileiros de todas as camadas sociais e de todos os matizes políticos, antepondo uma muralha intransponível à onda dissolvente que pretende destruir os nossos lares e aniquilar, com o patrimônio material e espiritual dos nossos maiores, o próprio futuro dos nossos filhos.” (discurso de Getúlio Vargas em resposta à manifestação popular recebida, na capital federal em 10 de maio de 1936, página 154)

No regime ditatorial imposto, as fronteiras entre o normal e o anormal se reforçam, e qualquer corpo considerado fora do padrão é coibido e institucionalizado. Bem como no início da República Velha, onde as primeiras colônias de tratamento aos doentes mentais propunham o trabalho como tratamento moral, os comunistas, como contraventores da ordem, eram punidos e ao mesmo tempo “tratados” através do trabalho forçado.

No contexto das políticas públicas em saúde mental forjadas a partir do final dos anos de 1930, e concretizadas na década seguinte, Ana Venâncio (2011) afirma que a Colônia foi sendo transformada em um hospital-colônia. Seguindo as experiências europeias, a proposta das colônias agrícolas articulava-se à da assistência familiar e, no caso da fundação da Colônia de Psicopatas-Homens (posteriormente denominada Colônia Juliano Moreira), atualizava o ideário da capacidade regeneradora do mundo rural e natural.

Conforme Janis Cassília (2010), com as reestruturações da assistência à saúde por parte do governo federal, foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), responsável pela execução da expansão da assistência psiquiátrica para todo o território nacional. Ana Venâncio (2011) explana a hibridez da configuração hospital-colônia que se forjava. De um lado conservava os investimentos já realizados na colônia agrícola e aquilo que era considerado um de seus principais trunfos: a terapêutica pelo trabalho para os crônicos, que trazia algum retorno orçamentário frente às despesas institucionais. De outro lado se apresentava como uma instituição hospitalar, visando empregar os tratamentos considerados de ponta na época e auxiliar o poder público no sentido de maior eficácia quantitativa e qualitativa para o problema da doença mental, incluindo-se a absorção de população já institucionalizada.

A guisa de conclusões preliminares sobre este período empreendido, temos aqui que para ser um “verdadeiro homem”, diante do “grande pai”, era necessário incorporar uma assepsia subjetiva que dava pouca margem para que as

masculinidades pudessem “entrar em regime de movimento, de fluidez, de deriva” (Fernando Seffner, 2003, p. 242). Ou seja, com o regime ditatorial, havia apenas um filho único, enquanto modelo heteronormativo a ser aceito socialmente: o trabalhador dócil, heterossexual, pai de família e patriota.

O trabalhador, para ser considerado de fato objeto de valorização deste governo, não poderia reivindicar qualquer direito trabalhista, muito menos estar ligado ao partido comunista, não poderia ser homossexual (não constituiria família), não poderia ser malandro, nem alcoolista. De preferência também não deveria ser mulher (pois deveria arcar concomitantemente com as responsabilidades maternas) e nem imigrante (se este não se dispusesse a seguir os padrões nacionalistas).

Tantas exigências modelam um homem brasileiro passivo e impotente. As estratégias moralizantes são regidas pela ideia da constituição de um país forte grande e higienizado que circula nos discursos oficiais. Esta normalidade prescritiva, educativa e ortopédica refletiu-se no campo da assistência em saúde, quando o que tínhamos era o cuidado em saúde disponibilizado apenas aos trabalhadores com carteira assinada. Nesta lógica de reforço e punição, temos a produção de um sujeito moral que é culpado pela sua condição de homem mambembe; aquele que causa revolta e ou incômodo e é responsável pelo atraso do país. As masculinidades que ocupam o lugar da norma ocuparão o lugar: o “bom homem” é o construtor da nação. Desta forma, podemos retomar a discussão sobre a produção de um homem que circula no interstício da posição vítima-culpado como ainda presente na PNAISH, como bem vimos em capítulos anteriores, não como uma simples linha de continuidade, mas como algo que reverbera através uma rede de tensionamentos de diversas conjunturas políticas, culturais e históricas.

Nesta esteira, é interessante salientar que a PNAISH fala na necessidade do homem ser protagonista na busca de seus “direitos” pela saúde, contudo, não houve demanda de movimentos sociais “da categoria” que participassem da implementação desta política (Sérgio Carrara, 2009). Todavia, há uma movimentação por parte dos homens para buscarem seus direitos? O que ocorre é que enquanto os movimentos LGBT e feministas lutavam por direitos, o homem, este “ser heterossexuado, dominante”; esteve em silêncio segundo Daniel Welzer-Lang (2009), o silêncio do dominante.

Margareth Arilha (2005), questiona "por que não se constrói socialmente uma real escuta para as vulnerabilidades e necessidades dos homens, quando se fala de gênero? "Se a palavra dos homens é o silêncio como diz Daniel Welzer-Lang (2009), devemos antes colocar em questão o que produz esse silenciamento. A própria PNAISH se (re) produz no modelo heteronormativo, ditando quem é o homem, onde e como este deve circular nos serviços de saúde, deslegitimando outros movimentos de inscrição social das masculinidades:

"Nós estamos vivendo, hoje, uma época paradoxal: nunca antes as mulheres, ainda submetidas a formas variadas de dominação masculina, falaram, discutiram e contestaram tanto. Nunca antes os gays, lésbicas e bissexuais abordaram tanto seus modos de vida. Entretanto, os homens continuam em silêncio. A tal ponto que o sociólogo canadense Marc Chabot pôde escrever: 'A palavra dos homens, é o silêncio'". (...) Então, minha ideia é tentar explicar o porquê desse silêncio; dizer como nós somos socializados, enquanto dominantes, na luta para ver quem é o melhor, o mais forte. Mas também como nós somos socializados de maneira homofóbica e vistos como "os grandes incapazes afetivos. Em suma, tentar explicitar a alienação masculina criada pelo sistema de gênero." (Daniel Welzer-Lang, 2009, sem página)

O Estado Novo buscou a desmobilização da vida coletiva dos homens, visto pela censura e punição daqueles que questionavam (como alguns escritores e artistas da época, os comunistas), dos coletivos de trabalhadores (os sindicatos) e da força interétnica (como os costumes e comunidades de afrodescendentes e imigrantes). Para além das causas de degenerescência, como doenças atreladas à hereditariedade; ancoradas na noção de raça, vemos neste período, a necessidade de docilização das diversas subjetividades que circulavam na sociedade. Era o momento de se investir num modelo padrão de masculinidade fruto de um regime totalitário e ao mesmo tempo individualizante, quer seja: a garantia de direitos aos que subjugam ao ditame do familismo e do trabalho.

2.4 Masculinidades com “jeitinho brasileiro”: a incompatibilidade entre saúde e trabalho no Brasil

“Prepara o teu documento
carimba o teu coração
não perde nem um momento
perde a razão
pode esquecer a mulata
pode esquecer o bilhar
pode apertar a gravata
vai te enforçar.”

(“Vai trabalhar Vagabundo”, Chico Buarque, 1976)

Trabalhador e malandro: em suas músicas, Chico Buarque transita entre estes dois personagens, que se interpelam ou mesmo confundem-se em um só. Inspirado nos estudos de Níncia Teixeira; Crislaine André (2008) e de Isabel Travancas (1999), as canções de Chico Buarque inspira-nos a analisar a produção social de masculinidades na história da saúde no Brasil, no contexto da ditadura militar.

A obra de Chico Buarque é um dos acontecimentos que refletem e refratam a história brasileira. Através de narrativas dinâmicas, salientam-se nas obras deste artista, modos de experienciar as masculinidades e as feminilidades. Os/as personagens de Chico Buarque revelam a trama destas existências, que parecem ser feitas de regras e desafino, mas que por cantarem, em si, propõem pensar o cotidiano.

Isabel Travancas (1999), em seu estudo, buscará perceber como se desenha ao longo da trajetória musical de Chico Buarque a figura masculina e, em particular, as representações do “trabalhador” e do “malandro”, sejam elas apresentadas na primeira pessoa, por uma mulher ou por um narrador. A música “Vai trabalhar vagabundo” faz uma crítica contundente ao imperativo que é utilizado como título.

As masculinidades têm movimento e se completam, não são estáticas, nem devem ser compreendidas como modelos ou estereótipos do brasileiro, assim como são os tipos sociais que Chico Buarque define. Ambivalência entre a norma e o que escapa dela: o que também pode ser dito sobre os operários, os malandros e os pedreiros de Chico Buarque. Há um movimento em sua música que se apropria destes tipos para dar a eles uma nova feição, o que nos mostra que as

masculinidades ocupam posições sempre situacionais e circunstanciais a uma determinada conjuntura política, social e cultural.

Tendo em vista que, se na história do Brasil, a produção social de masculinidades legitimadas era atrelada à categoria de trabalhador, como dentre os arranjos de masculinidades é produzido este modelo e o seu oposto? Através do conjunto de regras morais, o trabalho, segundo Henrique Nardi (2003), mesmo que de forma desigual, foi, na sociedade moderna, o dispositivo central da integração social e, ao mesmo tempo, uma forma de acesso à proteção do Estado.

A fim de estabelecermos o diagrama de forças que circundam a nossa atualidade no que condiz à PNAISH, e ao homem que ela chamará de seu, seguiremos o eixo histórico da Ditadura Militar (1965-1974) até a atualidade, a fim de traçar os principais movimentos políticos e sociais empreendidos para pensarmos o contexto de construção social das masculinidades pelo dispositivo do trabalho, o qual constitui determinados homens como sendo importantes para o país enquanto outros são excluídos deste rol. Nesta senda, temos os trabalhadores formais, os trabalhadores informais, os desempregados, os moradores de rua...

Todavia, nomear as compartimentalizações identitárias não confere tanto sentido como por em questão o jogo de forças que as constituem. Buscaremos empreender este estudo sobre o interstício dos trabalhadores e dos malandros; figuras narradas por Chico Buarque que coabitam todo o corpo social masculino. Quem é o trabalhador e quem é o malandro?

A ditadura militar herda de seu período político anterior, intitulado de Desenvolvimentismo, a industrialização como eixo político e econômico, com vistas à modernização do país (Carlos Pontes, 2011; Carlos Filho, 2008). O que movimentou o êxodo rural brasileiro, entre 1960 e 1980, com cerca de 27 milhões de pessoas, encontrando-se entre os maiores movimentos populacionais observados na história mundial. Mas aos trabalhadores rurais, restou esperar até 1971 para que tivessem garantidos seus direitos previdenciários. (Carlos Filho, 2008)

Desvios de verbas do Ministério da Saúde/INPS, terceirização dos serviços, como os hospitais privados e dos recursos humanos para a saúde, achatamento salarial, desinvestimento da prevenção em prol do curativismo, são alguns dos

principais marcadores político-econômicos do período. Além disso, os indicadores de mortalidade infantil eram alarmantes, contrastando com a alta incidência de morte de homens por acidente de trabalho. (Carlos Pontes, 2011; Carlos Filho, 2008).

Enquanto isso, a campanha Operário Padrão que tem origem em 1955, com o apoio das Indústrias do Distrito Federal em 1964 e, mais tarde, o patrocínio do SESI, movimentou toda a classe de trabalhadores do setor industrial a fim de fortalecer a identidade do trabalhador através da valorização das sociabilidades que se constituíam na fábrica e pela fábrica.

Reduzido a um diploma e um troféu, o perfil do operário era traçado considerando seu desempenho no local de trabalho, a postura na vida familiar e a participação em atividades comunitárias, o que envolve as relações sociais estabelecidas no local de moradia (Antônia Colbari, 1995). E apesar das adversidades do trabalho, do pauperismo salarial, o operário padrão deveria ter o “jeitinho brasileiro”, que busca ser feliz nas condições sociais e econômicas mais adversas.

Este homem padrão é o representante da classe operária que forma um corpo coletivo de trabalhadores, integrado e harmonioso, consciente de seus deveres e de sua participação num grupo social e na família. As festas ou cerimoniais, (Colbari, 1995), abrangiam o núcleo familiar do trabalhador e reforçam a identificação das empresas com as virtudes da família: o afeto, a solidariedade, a informalidade, e a dedicação. Nessa senda, a empresa procura transcender seu caráter de organização burocrática movida pelo cálculo racional e utilitário; abastece-se de representações simbólicas que a apresentam como uma instituição familiar.

O homem, neste caso, deverá ser o provedor estável, de quem se espera o sucesso para garantir e ampliar os padrões de consumo da mesma e assegurar a educação dos filhos. A imagem do pai combina rigidez e disciplina, com carinho e indulgência no caso de filhos pequenos. (Ibidem). Os pais são a fonte dos princípios e valores que fizeram dos filhos pessoas exemplares, como trabalhadores, chefes de família e cidadãos. Chico Buarque retrata o trabalhador inseparável de sua rede familiar, como em o pai de ‘Pedro Pedreiro’ (1968): *“Esperando o trem, esperando o aumento do mês que vem, Esperando a festa, esperando a sorte, e a mulher de Pedro, esperando um filho também”*. Na triste música ‘Construção’ (1971): *“beijou sua mulher como se fosse a última/ e cada filho seu como se fosse o único”*. Na

paródia de Vai trabalhar Vagabundo (1976): *“Deixaste casa e pensão/ Só para os teus/ A criançada chorando/ Tua mulher vai suar/ Pra botar outro malandro/ No teu lugar”*.

Conjuntamente, na história brasileira, a lógica do provedor é situada como central na construção do masculino (Henrique Nardi, 2006). O mundo operário se constituiu em um terreno onde as promessas de garantias trabalhistas se faziam presentes, bem como o fortalecimento pelo coletivo nas comunidades operárias, na medida em que os sindicatos, após o golpe de 1964 se submetem as formas de atuação impostas pela ditadura militar, adquirindo um caráter assistencialista.

O trabalho na indústria nos anos 1970 foi considerado simbolicamente e materialmente como uma possibilidade de adquirir uma profissão socialmente valorizada e que permitia a ascensão social.

As taxas de desemprego eram baixas apesar de serem acompanhadas de uma alta taxa de rotatividade. Estes fatores objetivos garantiam certa segurança no planejamento do futuro, que era pensado, sobretudo, em relação a uma melhor qualidade de vida para os filhos, enquadrando-se, desta forma, na ética do trabalho na sua versão brasileira, ou seja, da ética do provedor. (Henrique Nardi, 2006, página 112)

Entretanto, Carlos Filho (2008), conta-nos que nesta época, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) ameaçava sucumbir face à incapacidade gerencial e à complexidade do sistema previdenciário, além da enxurrada de fraudes dos hospitais privados. Buscando contornar estes obstáculos, em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Além disso, Carlos Filho (2008) cita-nos que, somente no ano de 1976, cerca de um quarto dos dois milhões de trabalhadores da construção civil foram vitimados por acidentes de trabalho. Essa proporção repetiu-se em vários outros setores como: mecânico, eletroeletrônico e madeireiros. Para amenizar essa situação, o adicional de insalubridade e periculosidade foi regulamentado de forma mais ampla, e estendido para vários trabalhadores, principalmente àqueles que desempenhavam atividades arriscadas.

Contudo, a culpa pelos acidentes era (e ainda o é) atribuída aos próprios operários a partir da alegação de que estes que se recusavam a obedecer às normas de segurança estabelecidas. Diante destes desenlaces:

As cabeças levantadas/Máquinas paradas/ Dia de pescar Pois quem toca o trem pra frente/ Também de repente Pode o trem parar Linha linha de

montagem/A cor a coragem/Cora coração/Abecê abecedário/Ópera operário/Pé no pé no chão. (Linha de montagem, Chico Buarque)

Diante desta *engrenagente*²², temos ao final dos anos 70, o movimento sindical, em sua potência de resistência às agruras do labor do operariado. A greve dos metalúrgicos do ABC paulista, conforme Henrique Nardi (2006) marca o nascimento do novo sindicalismo. As temáticas da reforma do Estado e da seguridade social, como afirma Sonia Fleury (2009), estiveram ausentes da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos setenta. As greves do ABC romperam o silêncio imposto aos movimentos sociais, durante a ditadura militar.

A partir da iniciativa do movimento sindical, (René Mendes, 1991), as discussões propiciadoras na VIII Conferência Nacional de Saúde e a realização da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, foram decisivas para a mudança de enfoque estabelecida na nova Constituição Federal de 1988.

Há o desvelamento circunscrito, porém inquestionável, de um adoecer e morrer dos trabalhadores, caracterizado por verdadeiras "epidemias", tanto de doenças profissionais clássicas (intoxicação por chumbo, mercúrio, benzeno, e a silicose), quanto de "novas" doenças relacionadas ao trabalho, como as LER (lesões por esforços repetitivos). Além disso, são denunciadas as políticas públicas e o sistema de saúde, incapazes de dar respostas às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores, em especial. (Carlos Filho, 2008)

Carlos Ponte e José Reis (2010) assinam no campo específico da luta sindical que, no ano de 1979, se observa um processo de generalização das greves, que passam a envolver milhões de trabalhadores de várias categorias e de todo país: além de metalúrgicos, professores, médicos, enfermeiros, lixeiros, cobradores e motoristas de ônibus, bancários, mineiros, trabalhadores da construção civil, num total de mais de três milhões de trabalhadores e 430 greves.

A percepção social da saúde como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção, (Roseni Pinheiro, 2001) é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 1970 e do início dos anos 1980.

²² Engrenagente é uma expressão que compõem a música Linha de Montagem, enquanto alegoria da exploração do corpo social dos operários.

A própria Reforma Sanitária é um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. O lema "Saúde, direito de cidadania, dever do Estado" implica também em uma visão desmedicalizada, na medida em que subverte uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identifica saúde com ausência relativa de doença.

Conforme Henrique Nardi (2006), a Constituição de 1988 tentou estabelecer um corpo de princípios que universalizaria às proteções próprias a sociedade salarial e ao Estado Social, a partir do modelo de proteção social que irá agregar e assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Entretanto, não se considerou o não assalariamento de mais de 50% da população à época. Ademais, o modelo de 1988 foi confrontado pelas políticas sociais neoliberais que se sucederam a partir de 1989.

Sonia Fleury (2009) complementa que na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público ocorre um retrocesso importante, no qual a saúde passa a ser vista como um bem de consumo e, mais do que isto, como um modelo de consumo caracterizado pela ausência da dor e do sofrimento, uma busca inesgotável do prazer e da construção no próprio corpo.

Vimos em capítulos anteriores, que a partir da República Velha e com força total no Estado Novo, o postulado de padrão ideal de trabalhador para a construção da nação vai sendo destinado aos homens pais, provedores, respeitosos da moral e dos bons costumes. O modelo operário padrão também suscitava este modelo performático de masculinidade. Todavia, nos processos de subjetivação atuais, o trabalhador ideal assume outras facetas, envolvido pelo contexto neoliberal.

Inspirado na prerrogativa de Pedro Bendassolli (2000), a figura do empresário e os modos de ação empresarial se tornou uma das fortes representações da masculinidade padrão na atualidade: um homem que ascendeu profissionalmente, um potente consumidor de bens e serviços, um herói das cifras e das metas que porta consigo tecnologias de última geração. Um estilo de vida que põe em ação a tomada de riscos numa sociedade que faz da concorrência interindividual uma justa concorrência.

A vida familiar também sofre mudanças, pois, tomando como critério de comparação o operário padrão, a partir de 1989, os critérios de seleção do representante a ser homenageado, modificou-se. Colbari (1995) conta-nos que a vida funcional, em detrimento à vida familiar e comunitária; passou a corresponder a 80% de pontos, o contrário do que era contabilizado em períodos anteriores. Em 1989, já não foi atribuída qualquer pontuação à família.

Também a partir de 1989, Chico Buarque deixou de ter como foco principal de suas músicas o trabalhador e o malandro. (Isabel Travancas, 1999). Na sua última música em homenagem ao malandro, Chico revela que este já não existe mais; ele se dissipou para o contexto geral da população:

“Eu fui à Lapa e perdi a viagem/que aquela tal malandragem não existe mais/Agora já não é normal, o que dá de malandro/regular profissional, malandro com o aparato de malandro oficial/malandro candidato a malandro federal/malandro com retrato na coluna social/malandro com contrato, com gravata e capital, que nunca se dá mal.”

Importante salientar, que veremos a figura do malandro despontar a partir dos anos 50, através do samba e do candomblé. "Malandro quando morre/ vira samba" (A morte do Malandro, Chico Buarque).

Segundo José Novaes (2001), a malandragem, nas primeiras décadas do século XX no Brasil, deve ser entendida como rejeição ao trabalho e como modo de sobrevivência em que se burlam as prescrições do trabalho. No percurso da MPB, cada compositor empresta-lhe volta e meia, um significado diferente. “*Muda-se o tempo, muda-se o vadio*”. O retrato de uma sociedade individualista mostra outro malandro que desponta: aquele que usufrui das possibilidades de burlar as regras; no “jeitinho brasileiro” de uma corrupção silenciosa, mas também do “jeitinho brasileiro” de trabalhar malandramente “*Mas o malandro para valer/ não espalha/aposentou a navalha/ tem mulher e filho e tralha e tal...*”. Ou seja, o modelo de masculinidade heteronormativo à moda brasileira, não deixa escapar nem mesmo os homens deslegitimados perante a sociedade; atravessa todo o corpo social.

A família, por exemplo, continua central, mas agora do ponto de vista de assegurar a sobrevivência dos seus, mesmo que em detrimento dos outros. Conforme Henrique Nardi (2006), a família passa a se constituir no último nicho de segurança existencial. As decisões morais tornam-se dependentes de um

juízo de custo-benefício imediato, é a temporalidade da sobrevivência no dia após dia que define o discurso moral. A ética do provedor continua presente, mas amputada dos valores relativos ao companheirismo e à justiça.

“*Dizem as más línguas que ele até trabalha...*” A música Homenagem ao Malandro (Chico Buarque, 1979), revela que “malandro”, muda conforme a conjuntura política e social de cada época, mas que o trabalho se torna indispensável para todos os homens, em função de permitir seus meios de sobrevivência, contudo, a forma clássica do trabalho como emprego já não é a mesma. (Henrique Nardi, 2006)

De uma situação de salários fixos, contratos de duração indeterminada com possibilidades de progressão funcional e negociação coletiva; chegamos hoje a uma infinidade de novas relações de trabalho, tais como: contratos flexíveis, temporários, com variações de remuneração e trabalho no domicílio, negociação individual, alternância de períodos de desemprego e trabalhos temporários, subcontratação e terceirização. O movimento sindical também se fragiliza nessa nova configuração e se encontra desorientado no enfrentamento dos argumentos de cooptação presentes nas novas formas de gestão. (idem, p.58-59)

Neste sentido, utilizaremos os postulados de Robert Castel (1998), em seu livro “As metamorfoses da questão social”. Castel vai problematizar o neoliberalismo a partir de uma genealogia que reconstrói as condições para que os homens e, mais tarde, as mulheres, tornem-se proprietários de si mesmos.

Propriedade social é um conceito-chave para o desenvolvimento da sociedade democrática ocidental moderna e é definida por Robert Castel (1998) enquanto um tipo de propriedade que não se pode comprar no mercado e que depende de um sistema de direitos e obrigações. Exemplo seria a aposentadoria, como um direito que não se pode vender; uma vez conquistada, cabe ao Estado garanti-la. A aposentadoria funciona como um mínimo de propriedade que gera segurança. (idem)

Na argumentação de Castel, segundo Henrique Nardi (2003, 2006), a sociedade salarial é a forma mais avançada de democracia da história ocidental. A condição de assalariado permitiu uma relativa desmercantilização das relações de trabalho. Tais relações foram estruturadas na sociedade salarial em torno de instituições do Estado que garantiram os suportes sociais materializados na

legislação trabalhista e na legislação social que instituíram o direito à aposentadoria, ao seguro desemprego e à assistência à saúde, por exemplo.

Temos a Seguridade Social tentando garantir, aos homens de carteira um bem social, inviolável. Por outro lado, Sonia Fleury (2009) assinala que a saúde ainda é tomada no contexto atual, como um bem e um modelo de consumo e são muitos homens que acessam a saúde suplementar.

Na trilha do dispositivo do trabalho, que atravessa o corpo social de homens de diferentes inscrições sociais, os postulados de Robert Castel (1998) nos auxiliam a por em questão o caminho árido que é percorrido pelas distintas matizes de masculinidades na busca pelo direito à saúde que não deveria se vender, que não precisaria se comprar.

No caso do Brasil, conforme André Brandão (2002) e Henrique Nardi (2003,2006) vemos que existe uma tentativa de se criar um Estado de Bem Estar Social que nunca se efetivou de fato. Como forma análoga à propriedade salarial, temos o sistema de proteção ligado à carteira assinada que foi denominado cidadania regulada e hoje, tardiamente, a tentativa de universalização dos direitos sociais afirmados na constituição de 1988, mas que penam a se efetivar de fato.

A nova configuração do trabalho fez emergir os homens desfilados, (André Brandão, 2002; Robert Castel, 1998) que corresponderiam então, aos “inúteis para o mundo” ou os “supranuméricos”. O “supranumérico” não consegue sequer ser explorado no mercado de trabalho; é um indivíduo “supérfluo” que não possui um lugar demarcado na sociedade exatamente porque não carrega competências que sejam úteis para o conjunto desta.

Os supranumerários no Brasil incluímos trabalhadores do setor informal, os quais, somente após a criação do SUS passam a ter direito a ser atendidos no sistema público e, ainda mais recentemente reconhecida a relação entre adoecimento e trabalho. Carlos Gomez (2005) e René Mendes; Ana Cristina Campos (2004), afirmam que não existem informações disponíveis sobre os índices de acidentes do trabalho e de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho informal. Na atualidade, o sistema de saúde representaria a única alternativa disponível, de curto prazo, para assegurar, aos trabalhadores do setor informal uma

atenção à saúde diferenciada, que contemple sua inserção no trabalho, uma vez que estes trabalhadores estão descobertos do amparo legal no que se refere à previdência social. Dentro da seguridade social, estes trabalhadores seriam acolhidos pela assistência social e pela saúde pública.

Vimos que os homens podem ter tanto como porta de entrada a atenção à saúde pela via da saúde suplementar, como o acesso ao consumo de fármacos ou aos serviços diretamente vinculados ao SUS. Mas seria a porta de entrada, uma escolha individual (numa sociedade individualizante), de responsabilidade do sujeito ou seria fruto de tensões que vão constituir portas inacessíveis para alguns homens que já para outros serão acessíveis? *Brasileiro nato/ Se não morro mato/ Fecha a porta!/ Abre a porta!/ Abra-te Sésamo!* (Uma pausa para a música de Raul Seixas²³, “Abra-te Sésamo”, 1980)

A fim de circunscrever os modos de subjetivação de masculinidades desfiladas do acesso à saúde, tem-se como disparador parte do relato do IV Seminário Municipal e V Estadual de Políticas para Saúde do Homem que foi realizado no dia 24 de outubro de 2011 em Porto Alegre. Entre a discussão do que seria mais eficaz para a detecção do câncer de próstata; toque retal ou PSA (teste de sangue), eis que emergem outras questões, quando aberta a sessão de perguntas e comentários aos ouvintes.

Um dos questionamentos adveio de um trabalhador da assistência social. Sua questão era sobre um usuário do SUS em situação de rua que necessitava ser encaminhado a um serviço de atenção básica em saúde para acompanhamento. Mas que serviço de atenção básica atenderia um homem sem território definido, sendo que o serviço deste nível do sistema atende apenas a população adstrita? Trabalhador social e usuário percorreram dois postos de saúde da ESF e o retorno era o mesmo: o usuário morador de rua deve comparecer ao serviço de Estratégia de Saúde da Família (ESF RUA), específico para este público, mesmo que distante de sua zona de circulação do usuário.

²³ Na música, Raul Seixas, artista que viveu as agruras da censura na ditadura militar, se coloca na própria posição de Ali-baba, e os quarenta ladrões em uma referência aos que se aproveitam do povo de um modo geral. A letra é recheada de alusões ao povo brasileiro e sua gangorra social. Ver em: <http://samuelmarquesbm.blogspot.com.br/2011/09/musicas-que-nos-fazem-pensar-abre-te.html>

Diante desta questão lançada ao gestor federal da Política Nacional de Saúde do Homem este justifica: *“Mas este é um problema do profissional de saúde que atendeu. Existem profissionais adequados e os incapacitados para atender esta questão. O médico vinculado pelo SUS é obrigado a atender qualquer cidadão. Eu sou um médico que já não me negaria a atender este homem.”* (Diário de Campo).

A negativa de atendimento ao morador de rua foi atribuída como sendo de responsabilidade do trabalhador da saúde. A justificativa do ex-gestor federal revela a culpabilização do profissional em prol de uma supressão das responsabilidades de políticas públicas fragmentadas e desconectadas das demandas da população.

No entanto, um homem desprovido de laços com a família, filhos, sem endereço fixo, atravança a circulação da cidade. Das vidas que merecem ser vividas, o homem vagabundo, nem mesmo é contabilizado na população. Indigentes, estes homens não possuem serventia para a nação; não entram no rol de consumidores.

Vidas morridas *“Se não mato, morro”*, lembrando a canção supracitada de Raul Seixas, e que nos remetem a outros homens, os vagabundos ligados ao dispositivo da criminalidade e que serão o foco de capítulo posterior. De qualquer forma, o vagabundo desprovido de um círculo familiar heteronormativo não parece ser um homem que a PNAISH chamará de seu.

Esses corpos miseráveis, não produtivos do ponto de vista do capital, não consumidores e, portanto, não cidadãos, são apresentados como perigo social e, portanto, dispensáveis. (Michele Vasconcelos, 2011).

Convém notar que, como André Brandão (2002) ressalta que a “zona de desfiliação” pode ser o futuro da população periférica, onde as mais desqualificadas e pouco rentáveis ocupações são “inventadas” por uma população que não encontra possibilidade de sequer ser diretamente explorada pelas redes do capitalismo globalizado; consiste em uma amostra do quanto estamos distantes da manutenção de uma sociedade minimamente justa.

Já para aqueles que, em alguma medida ocupam o lugar de “produtores” e “consumidores...”. Que cuidado é possível? A partir destes marcadores teóricos, o consumo e a competição como atributos do capitalismo neoliberal, parecem tomar

ainda mais corpo na atualidade brasileira, ao colocarmos em análise o discurso proferido pela presidenta Dilma Rousseff, no dia de comemoração ao trabalhador:

“(...)A economia brasileira só será plenamente competitiva se toda sociedade participar dessa tarefa. não quero ser a presidente que cuida apenas do desenvolvimento do país, mas a que cuida do desenvolvimento das pessoas. Cuidar do desenvolvimento das pessoas significa lutar por uma saúde melhor pros brasileiros pobres de classe media. (...) Cuidar do desenvolvimento das pessoas significa lutar incessantemente para acabar com a pobreza extrema em todas as regiões do país, significa enxergar o trabalhador como cidadão pleno de direitos civis, enxergar também como **consumidor com condições de comprar todos os bens e serviços que sua família precise** ²⁴ para viver de maneira cômoda e feliz, para que nossos trabalhadores e nossas trabalhadoras melhorem sua **capacidade de produzir e de consumir**. Sua capacidade de viver bem, de ser feliz e de fazer seus **irmãos** igualmente felizes.” (Discurso do dia do trabalhador, proferido pela Presidenta Dilma Rousseff, em 30 de maio de 2012)

Nesta conjuntura, perante as inscrições das masculinidades, tidas como trabalhadoras e que se fazem e se refazem perante os percalços na busca pelo cuidado à saúde é importante apresentar, brevemente, a construção atual de rede em saúde do trabalhador.

Conforme Carlos Gomez (2005) além de não haver ainda, uma articulação efetiva e necessária entre o Ministério da Saúde com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e o Ministério da Previdência Social (MPS), apenas em 2012, foi lançada a portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST). A PNST agregou as experiências de saúde do trabalhador já solidificadas, ampliando seus objetivos.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), integrando a PNST, se fundamenta na experiência dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, além dos serviços disponibilizados pelo SUS, que são locais onde o trabalhador pode encontrar apoio para o diagnóstico e comprovação de possíveis doenças, acidentes e problemas de saúde, decorrentes da atividade produtiva.

Entretanto, com a implementação da PNST, segundo Elizabeth Dias (2005), os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), deixam de ser porta de entrada e assumem o papel de suporte técnico, polo irradiador da cultura da

²⁴ Grifo da autora.

centralidade do trabalho e produção social das doenças e locus de pactuação das ações de saúde, intra e intersetorialmente, no seu território de abrangência.

A RENAST desde então, já reforçava o papel dos CEREST no apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador em atenção primária de saúde, nos serviços especializados e de urgência e emergência. Convém ponderar, de acordo com Maria Maeno (2012), que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST) retifica a responsabilização da atenção básica em atender as demandas de saúde dos trabalhadores.

Além dos fatores organizacionais mencionados anteriormente, o crescimento do trabalho informal, familiar e em domicílio, reforça o papel da atenção básica de fazer chegar ações de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. O acolhimento dos trabalhadores na porta de entrada do sistema, a investigação do trabalho como fator determinante dos processos saúde-doença, avaliação e manejo das situações de risco no trabalho, incorporando o saber do trabalhador, sob o controle social, são possibilidades concretas na atenção básica. (Idem)

Entretanto, para que isto se efetive, não bastaria acrescentar mais uma atribuição às já sobrecarregadas equipes de trabalho. É importante que as tarefas sejam redefinidas e redimensionadas, as equipes capacitadas e garantidos os procedimentos de referência e contra-referência. Pensar na atenção básica como a principal porta de entrada para as demandas de saúde dos trabalhadores é de suma importância a fim de colocarmos em questão os ditames empreendidos pela PNAISH. Como bem sabemos, a PNAISH infere que os homens não cuidam de sua saúde e que não acessam os serviços de atenção básica em saúde.

Na análise em que o masculino é produzido em sua aparente invisibilidade no cotidiano do cuidado em saúde na atenção básica, o que denuncia e rompe este silenciamento? Além desta questão, outras produzem ressonâncias: A atenção básica em saúde é um nível do sistema tecno-assistencial instrumentalizado para reconhecer os homens perpassados por suas condições de trabalho? No acolhimento e no acompanhamento ao usuário, é levado em consideração as vivências no labor que possam ser propulsoras de adoecimento e estes homens?

Baseado no estudo de Marcia Tereza Couto et. al. (2010), o homem quando necessita de atendimento e precisa do atestado de comparecimento, afastamento do trabalho ou mesmo comunicar o acidente de trabalho, arrisca-se a ser sujeito de julgamento. Como se este homem fosse o “malandro” na carapuça de trabalhador. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (2008), dentre os 10.870 homens que procuraram por serviço de saúde nas últimas duas semanas, 5518 referiram ser por motivos de doença, precedido por 1.615, por motivo de problemas odontológicos e apenas 237 homens buscaram exclusivamente o atestado médico.

Contrário ao estigma, é justamente pelo temor de estar improdutivo ou ser incapaz que os homens negam o adoecimento (Jaqueline Titoni, 1994). O resultado disso é o agravamento da doença e a dificuldade de programar estratégias preventivas no universo do trabalho.

A culpabilização atribuída àquele que parou de trabalhar é o preço alto a se pagar; uma produção de subjetividade que se movimenta há séculos no Brasil. Por vezes, as condições de trabalho (Pedro Bendassolli, 2000) denotam os resquícios de uma sociedade escravista que se assemelham àquelas vivenciadas pelos escravos no século XVIII e que justamente são classificadas como trabalho escravo²⁵ na atualidade.

Tomando os pressupostos da PNAISH, no seu documento oficial, encontraremos o seguinte apontamento acerca dos homens:

“Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.” (PNAISH, 2009, P. 06)

Conforme Pedro Fernando Bendassolli, (2000), com enraizamentos sociais e subjetivos importantes, tem-se a equação: corpo inválido = indivíduo sem trabalho = indivíduo inválido. Similarmente Henrique Nardi (1998) complementa o caráter moral,

²⁵ Para saber mais, acessar site do Ministério do Trabalho: http://portal.mte.gov.br/trab_escravo/

designado ao trabalhador que adocece: trabalho= saúde = honestidade, versus doença = vagabundagem. Ao invés de se modificar o modo como o trabalho é organizado e executado, se culpa o trabalhador que se acidenta ou adocece pelo próprio infortúnio.

Maria Maeno (2012) salienta que alguns princípios expostos na Política Nacional de Saúde ao Trabalhador e Trabalhadora, também revelam a tendência implícita, de individualizar e culpabilizar os trabalhadores pelos acidentes que sofrem e pelos adoecimentos que os acometem, uma vez que enfatiza propostas que reforçam a ideia de que a responsabilidade pelos acidentes e doenças é de estricta responsabilidade dos próprios trabalhadores. São iniciativas de se realizar "campanhas de prevenção de acidentes do trabalho" ou "campanhas de conscientização da importância de se evitar acidentes", como se a prevenção desses infortúnios dependesse da atenção e da informação do trabalhador.

Neste regime de atribuir as responsabilidades das moléstias aos indivíduos, Daniel Welzer-Lang (2001) e Cristophe Dejours (1992, 2007), mostram que até mesmo acidentes que poderiam ser evitados tomando-se as medidas de prevenção cabíveis, é fruto das condições de trabalho. A virilidade, conforme os autores acima, traz benefícios (privilégios) aos homens no trabalho, além de ser uma estratégia de resistência para lutar contra o medo, como no exemplo dos operários da construção civil ou dos gerentes encarregados de demitir.

Esta questão – o recurso aos valores tidos como viris - pode, ainda, ser uma das estratégias coletivas de defesa para o trabalho, percebida na negação dos cuidados dentro e fora do espaço de labor, como na escassa prevenção em saúde por parte dos homens e também por desafiarem os riscos no ambiente de trabalho, como quando recusam o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI's (Priscila Detoni, 2010).

A tríplice virilidade- malandragem- estratégia de defesa coletiva exerce o tensionamento sobre as masculinidades e o imperativo moral a ser seguido. A malandragem, muitas vezes, tomada pelo dispositivo da medicalização, afirma o sujeito como vagabundo, aquele potencialmente perigoso à sociedade.

O que pode ser atribuído como malandragem, o fato de não seguir as prescrições do trabalho, burlar as normas, são de fato, formas de sobreviver às condições insalubres do trabalho; são estratégias coletivas de defesa (Cristophe Dejours, 1992, 2007). A negação dos riscos implicados no labor é perpassada por comportamentos muitas vezes atrelados a atributos de uma masculinidade normativa, como força, coragem, virilidade.

Para escapar do sofrimento, os trabalhadores diante dos problemas organizacionais, inúmeras vezes, conseguem proteger-se dos danos sobre seu psiquismo por meio de estratégias de defesa individuais e coletivas. Desviando então sua atenção para as estratégias de defesa, Cristophe Dejours (2007) passou a buscar compreender como os indivíduos conseguiam manter esse equilíbrio psicodinâmico instável e precário entre o sofrimento e as defesas contra ele.

Jaqueline Titoni (1994) assinala que os elementos da organização do trabalho que elevam as vivências de sofrimento mais pelo medo do desemprego e a “cultura do trabalho” que menospreza a doença, induzem à intensificação de estratégias defensivas. Estas mesmas estratégias defensivas, podem levar o sujeito a se expor ainda mais aos fatores de riscos. Furtar-se da estratégia coletiva de defesa diante de outros homens, é expor-se ao ridículo, ao descrédito, ao desprezo, a humilhação.

No caso dos trabalhadores de Chico Buarque, o uso de álcool aparece no cotidiano, como operante das estratégias de defesa, tanto individuais como coletivas. No caso da música Construção, revela-se o drama do trabalho sofrido até as últimas consequências:

“Bebeu e soluçou como se fosse um naufrago/
Dançou e gargalhou como se ouvisse música/
E tropeçou no céu como se fosse um bêbado/
E flutuou no ar como se fosse um pássaro/
E se acabou no chão feito um pacote flácido (...)
Agonizou no meio do passeio público/
Morreu na contramão atrapalhando o tráfego (...)
Deus lhe pague pela cachaça de graça que a gente tem que engolir” (Chico Buarque, Construção)

O uso de álcool, historicamente, acompanhou a produção de subjetividade do homem no Brasil; do escravo que muitas vezes era estimulado a beber para suportar as duras condições de trabalho, (Ângela Porto, 2008), até o alcoolismo dos operários e outros trabalhadores braçais da República Velha, objeto de preocupação da medicina social (Maria de Matos, 2001). E quem nunca viu algum trabalhador informal, geralmente o sujeito designado à mão de obra barata e pesada, receber de

gorjeta um “dinheirinho” para a cerveja? Ângela Porto (2008) situa-nos este exemplo como uma prática cotidiana, dirigida aos trabalhadores informais na República Velha.

Na nossa atualidade, temos a cultura do “*Happy Hour*”; uma prática social comum entre os brasileiros, prática que envolve geralmente, comida, álcool e música. Termo importado no estilo neoliberal de ser é próprio para descrever os coletivos que se dirigem a um local, prontos para “consumir felicidade”, como no caso do coletivo de trabalhadores. Salienta-se, que nem todos trabalhadores (principalmente os de classes populares) utilizam o termo *Happy Hour*. Mas seja no (na): bar, boteco, pub, rua, posto de gasolina, casa, festa, veículo, enfim; independente do espaço aos quais os sujeitos se dirigem, o álcool em algumas situações, é um momento de compartilhamento de um espaço de relaxamento e informalidade entre as pessoas que convivem cotidianamente no local de labor.

Consumir bebidas alcoólicas, (Eduardo Zanella, 2011) como qualquer outro ato de consumo possui a qualidade ritual de fixar significados, é uma forma de dar sentido às coisas, pessoas e acontecimentos. Consumir bebidas alcoólicas é, então, um esforço para criar fronteiras simbólicas, são produtoras de sentido. Ao construir uma específica forma de beber também se define e se diferencia mutuamente enquanto homens e mulheres. O próprio consumo de bebidas alcoólicas é uma das formas de definir esses significados e dotar a categoria “homem” de seus sentidos particulares.

O autor explana que as masculinidades são reafirmadas e reinvestidas nestes lugares de socialização. Averiguou que os homens que se encontravam no boteco, estabeleciam entre eles código morais, a fim de criar um clima de apaziguamento.

Além disso, Luciene Jimenez (2002) situa o uso do álcool por parte dos homens com a ocorrência do desemprego. O desempregado é descaracterizado de seu lugar econômico e social. Nesse contexto, a ingestão de álcool e drogas, bem como a violência, emerge como alternativa para a retomada de um lugar social identificado com o masculino.

No que se refere aos homens que fazem uso do álcool no ambiente de trabalho, Cristophe Dejours (2007, página 104), nos situa que o uso da bebida

alcoólica atua como um sedativo do medo, embora seja negado como tal. Dentre os trabalhadores que são expostos a riscos constantes de doenças e mortes pelo uso de álcool e demais substâncias psicoativas, os caminhoneiros, são os trabalhadores que mais são vítimas de acidentes mortais.

Baseado nos dados disponíveis do Ministério da Previdência Social, Leonardo Sakamoto (2012), afirma que o setor de transporte rodoviário de cargas ocupa o primeiro lugar em número de acidentes de trabalho fatais. Das 2.712 mortes que ocorreram em 2010, 260 foram no setor, sendo que a estes se somam quase 700 mil caminhoneiros autônomos ou cooperativados²⁶; 93% são homens²⁷ (Daniela Knauth et. al., 2012).

Estudos como de Eurípedes Nascimento (2007) e Daniela Knauth et. al. (2012), observam que o uso de álcool, rebite²⁸ e outras drogas, são utilizados pelos caminhoneiros para que se mantenham acordados durante as longas viagens devido à urgência no tempo de chegada ao destino. As condições das estradas, bem quanto à falta de contato com a família, também são fatores de risco para a saúde.

A falta de registro legal do vínculo de emprego geralmente contribui para que o motorista trabalhe de modo mais intenso, imprudente e extenso, a fim de garantir seu sustento e de seus familiares.

*“Deus lhe pague/ / Pela fumaça e a desgraça, que a gente tem que tossir/
Pelos andaimas pingentes que a gente tem que cair/Deus lhe pague Pela
mulher carpideira pra nos louvar e cuspir/E pelas moscas bicheiras a nos
beijar e cobrir/E pela paz derradeira que enfim vai nos redimir/Deus lhe
pague.” (Chico Buarque, Construção, 1971)*

Os acidentes e fatores de riscos atribuídos aos caminhoneiros são alarmantes, mas tendo em vista uma perspectiva geral da situação de saúde desses trabalhadores, descobrimos que, em comparação a outros treze países europeus, o Brasil mantém a imbatível posição de campeão em acidentes e morte no trabalho²⁹. Apesar da legislação da saúde (Constituição Federal de 1988), universalizar o

²⁶ Dados da Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT)

²⁷ Dados do IBGE

²⁸ Droga derivada de anfetaminas que estimula o sistema nervoso central fazendo com que ele tenha um ritmo mais acelerado de trabalho. Seu nome varia de acordo com seus usuários.

²⁹ O acidente de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou ainda, pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho permanente ou temporária. (art. 133 do regulamento dos benefícios da previdência social)

atendimento a todos os casos de acidentes, não foram criados mecanismos próprios e eficazes para identificar, dentre esses acidentes, aqueles relacionados ao trabalho.

Melhor dizendo, a legislação passou a apoiar-se exatamente em mecanismos restritivos para aqueles casos, cujo objetivo é a redução de gastos e, quando necessário, a busca do consenso social e a diluição das responsabilidades jurídicas e financeiras. (Jussara Mendes, 2003)

A constituição de serviços de saúde, de higiene e de segurança no trabalho no interior das empresas, está restrita àquelas organizações que abrigam trabalhadores em contrato celetista. Não é incomum que ocorra a não declaração daqueles acidentes considerados menos graves e, ao mesmo tempo, a manutenção do trabalhador em outra atividade. (Jussara Mendes, 2006). Quando o funcionário resolve procurar o médico do trabalho de sua empresa, é comum que este seja solicitado a procurar outro médico para que o acolhesse, “como se aquele médico que deveria estar cuidando da saúde dos funcionários daquela empresa não fosse o médico adequado e estivesse ali simplesmente cumprindo uma formalidade”. (Henrique Nardi, 1998, página 100).

O resultado é a demora entre a procura de tratamento especializado e o seu atendimento. Maria Maeno (2012) complementa que a dupla procura entre a avaliação de médico pelo SUS e a perícia do INSS é reflexo da falta de integração entre saúde e previdência social, no tocante aos critérios de reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho e de avaliação da incapacidade para o trabalho.

Se percorrermos o caminho de um trabalhador que foi encaminhado para perícia do INSS, através do estudo de Henrique Nardi (1998) vemos sua doença atribuída como “simulação”, o sujeito vagabundo novamente dá as caras. O médico perito produz suas estratégias de defesa contra uma demanda infundável para poucos benefícios disponíveis a serem liberados. Não é raro então, que se assumam uma postura de total inércia com o sofrimento do sujeito, desprendido do processo coletivo que envolve a análise do ambiente e organização do trabalho.

Novamente, ao homem, resta-lhe mostrar uma faceta frágil e incapaz de se sustentar como trabalhador para que possa ser objeto de atenção. Revestido como sujeito a partir do maniqueísmo moral, o trabalhador que busca a atenção à saúde,

já não o é mais, pois é revertido em “vagabundo”. O vagabundo, mostrando que seu sofrimento de fato não é simulação, consegue ancorar aos olhos da medicina social sua incapacidade. Transmutado em vítima de suas próprias incapacidades, este homem nada mais é do que uma masculinidade na linha limítrofe das masculinidades ilegítimas.

“Vai terminar moribundo/ Com um pouco de paciência/ No fim da fila do fundo/Da previdência/Parte tranquilo, ó irmão/Descansa na paz de Deus.”
(Chico Buarque, *Vai trabalhar vagabundo*, 1976)

Concedido o benefício ao segurado impedido de trabalhar, descansar aonde? Há descanso? Stelamaris Tinoco (2009), em pesquisa acerca dos usuários do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que foram assegurados pela previdência por doença ou acidente de trabalho, sublinhou que estes homens tiveram suas masculinidades subvertidas e realocadas após o afastamento do homem de seu locus de trabalhador. Com o homem afastado de seu trabalho, segundo Stelamaris Tinoco (2009) e Henrique Nardi, (1998 b), os papéis usualmente desempenhados de pai “provedor” para o homem e de “mãe mantenedora” para a mulher, precisam ser relativizados. A incapacidade que a situação da doença acarreta vai colocar em xeque estes papéis tradicionais. Estes fatores também são componentes importantes do sofrimento mental decorrente do adoecimento de trabalho.

Roseni Pinheiro (2001) esclarece que na cultura brasileira, marcada por uma forte dicotomia entre casa e rua, privado e público, que as mulheres assumem as decisões cotidianas no espaço privado e detêm o conhecimento sobre este território. Assim, os homens que receberam o benefício pela sua incapacidade de trabalhar:

“(...) encontram-se alijados do trabalho, do reconhecimento positivo de suas masculinidades a partir de um diagnóstico clínico que os coloca na posição de incapazes, de alguma forma sem previsão de alteração de posição para o resto de suas vidas, ou seja, certa morte civil. E quase todos se movimentam em uma vida que resta e com o que resta deles enquanto potência e possibilidade.” (Stelamaris Tinoco, 2009, p. 37)

Diante do sofrimento e da aparente invisibilidade destes homens, independente das matizes de masculinidades em que circulam, percebe-se o trabalhador como sujeito da norma, mas possivelmente perigoso à sociedade uma vez que algo nessa trajetória se rompa, como por exemplo no caso dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Num contexto político e social em que não há garantias empregatícias e de extrema competição, o trabalhador de hoje pode ser o “vagabundo de amanhã”. O campo da saúde é o lócus onde os homens serão lembrados disso, como bem vimos, quando estes buscam ser acolhidos em seu sofrimento, desde a procura por consulta médica, até mesmo quando é decidida a concessão de seu benefício. Ficar doente é atestar que se está circulando fora da norma.

Ademais, os papéis não são fixos e nesta corda bamba, os homens ficam no fio da história como sujeitos que podem tanto cair para o lado dos legítimos, como cair para o lado dos ilegítimos. Aliás, já posto em discussão neste capítulo, a PNAISH, segrega as masculinidades ora como réus, ora como vítimas. A história da produção do masculino no campo social brasileiro é resultado de tudo que silencia e impossibilita que as masculinidades possam ocupar um lugar que não seja da moral vítima-culpado.

Outro aspecto a ser destacado, diante do dispositivo do trabalho como confluente às estratégias de poder-saber da medicina, é o debate sobre o projeto de lei número PL 879/2011, de autoria da deputada Érika Jucá Kokay. O projeto amplia de cinco para trinta dias a licença paternidade e tramita na Comissão de Seguridade Social e Família. A discussão sobre o direito à licença paternidade estendido é foco de ação do Projeto “Da licença, eu sou pai”³⁰, em atuação desde 2008, pela Rede de Homens pela Equidade de Gênero, coordenada pelo Instituto Papai.

Concomitante a isto, temos o debate sobre o pré-natal masculino, encabeçado pelo projeto Rede Cegonha, que tem como perspectiva a necessidade do homem realizar exames preventivos junto à mulher gestante na atenção básica em saúde. Perante as diretrizes da Rede Cegonha, resta o status social de homem, aquele que confere sua paternidade na busca do cuidado em saúde na atenção básica em saúde.

Tendo como foco a economia de poder envolvida no contexto de saúde brasileiro, o masculino é posto como coadjuvante nas políticas públicas que dizem respeito à Seguridade Social. Diante do exposto, cabe a pergunta: Como realizar exames preventivos que o Pré-Natal Masculino recomenda se até mesmo quando a

³⁰ Ver em: http://www.papai.org.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=603

dor física ou mental aflige o trabalhador, este necessita postergar a ida ao serviço de saúde, até que sua doença lhe impeça de trabalhar?

Não temos como prever os efeitos do poder, já dizia Foucault (1979). Ou seja, não podemos prever os efeitos da criação da PNAISH, contudo podemos perceber os vetores que marcam o diagrama de saber-poder que configura este campo. Em virtude dessas considerações, tomamos o relato de experiências municipais que aderiram à PNAISH e que, postas em análise, podem permitir que se amplie o escopo dos objetivos da PNAISH, ao ser sublinhada as práticas de cuidado ao trabalhador.

No I Seminário Estadual de Saúde do Homem do Estado do Rio Grande do Sul, realizado em 2012, alguns gestores municipais relataram suas experiências com a implementação da PNAISH em sua região, quando um dos gestores tentou instituir, em nível municipal, consultas pré-agendadas via telefone, exclusivamente para os homens, facilitando, em princípio, o acesso destes aos serviços da atenção básica. O diagrama de forças que traçamos aqui nos permite compreender o desfecho dessa iniciativa, ou seja, o que ocorreu foi o não acesso destes às consultas agendadas. A maioria dos homens, quando questionados sobre sua ausência nas consultas, referiu ter sido impedida pela empresa de comparecer à consulta devido ao horário de expediente.

Já em outro município, o foco de implantação da PNAISH, em nível municipal, era voltado à saúde do trabalhador, através de reuniões e oficinas acerca da saúde do homem, dirigidas aos donos e gerentes de empresas e indústrias. Esta necessidade emergiu devido ao município ser composto por 42% da indústria enquanto setor da economia, 55% de comércio e serviços e 1,63% da agropecuária. Assinala-se também um alto número de migrações de homens entre 20-50 anos, desta região para outros municípios.

Diante disto, o gestor municipal, afirmou que buscam trabalhar em parceria com sindicatos e empresas, pois existe um grande número de homens nestes setores produtivos. Também pretendiam na época, ampliar suas ações aos planos privados, pois grande parte destes trabalhadores acessa o cuidado à saúde via saúde suplementar. Esta experiência, divulgada no I Seminário Estadual de Saúde do Homem do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2012, revela que as ações e

práticas instituídas através de uma política pública em saúde, podem ser bem problematizadas e organizadas de acordo com o contexto local, para além do documento oficial, Iniciativas como esta demonstram o caráter de resistência às prerrogativas das políticas públicas no seu caráter normalizador.

Como consideração preliminar, no enlace de diversas tensões e contradições expostos neste capítulo, percebe-se o afã da PNAISH em conceber como norma um homem que, assim como a mulher adere aos preceitos da medicalização. Mas como a PNAISH iria atingir este objetivo se o corpo social masculino, a partir do momento que busca o serviço de saúde, já não ocupa a norma da masculinidade heteronormativa vigente?

2.5 A produção social de masculinidades encarceradas: a saúde no país das calças bege.

Rátátátá... preciso evitar
que um safado faça minha mãe chorar.
Minha palavra de honra me protege,
pra viver no país das calças bege.
(Racionais Mc's, Diário de um detento, 2006)

Em capítulo anterior vimos que o imperativo do trabalho produz a ideia de que o trabalhador que adoece é categorizado como malandro. A malandragem aqui inferida simboliza a vagabundagem do Tratado da Degenerescência de Benédicte Auguste Morel datada de 1857, que desde então, inspirou a medicina social brasileira.

Importante retomar este fato, pois, sob a luz da perspectiva genealógica, veremos que se o trabalhador até hoje pode ser destituído facilmente deste eixo classificatório que lhe confere alguns direitos, o que se dirá dos homens desfilados; homens que são decretados como inúteis para a nação. Perambulam pela cidade, expõem a miséria, a desigualdade social. O que fazem estes homens? Resta-lhes morrer? “Se não mato morro”, disse Raul Seixas, no capítulo anterior. Então viver como?

Quando se pensa em masculinidade e violência hoje no Brasil, é inevitável pensar na exclusão social e nos processos de constituição de identidades

masculinas. A exclusão social atinge uma parcela significativa de jovens: favelados, desempregados, com pouca educação formal, etc. Esta significativa parcela da população jovem masculina excluída tem no tráfico de drogas e na criminalidade um locus privilegiado de afirmação de sua masculinidade marcado pelo uso da violência (Jose Novaes, 2001). Subjugados à categoria de criminosos, destituídos de bens materiais numa sociedade de consumo, desclassificados por não adentrarem o campo do trabalho legitimado, estes homens findam por buscar estratégias de inscrição social inversa. Devemos, contudo nos questionarmos: No que concerne às masculinidades que se materializam pelo conflito, como são produzidas as subjetividades de homens marcados como criminosos? Que estratégias de assujeitamento dos corpos lhes conferem o caráter de bandido? Se a prisão é “a casa dos homens perigosos” à sociedade, como vêm se inscrevendo a produção de saúde para as masculinidades encarceradas?

A fim de problematizarmos estas questões, realizaremos três movimentos. No primeiro momento, uma breve contextualização sobre o nascimento e as funcionalidades do poder da prisão se exercendo sobre o corpo masculino no Brasil. No segundo momento buscamos a compreensão da produção de subjetividade criminosa no Brasil, procurando evidenciar a forma como são constituídas essas masculinidades em consonância com os imperativos das relações de gênero. Insere-se, a partir desta incursão, o diálogo com algumas músicas do grupo de rap, Racionais MC's, que a partir de 1988, foram reconhecidos como interlocutores das agruras sociais vividas por jovens marginalizados. Por fim, num terceiro momento, focalizaremos nosso olhar para a saúde das masculinidades encarceradas, tendo a prisão como lugar privilegiado, a fim de compreender o fenômeno da criminalização das masculinidades no processo do cuidado à saúde tendo o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional como disparador da discussão.

Em relação à PNAISH, seu documento oficial sinaliza brevemente os homens sob o regime do cárcere como uma de suas linhas de abordagem. Sublinha, no entanto, a incompletude de sua articulação com o Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional. Ademais, não foi possível percebermos, no campo das práticas, se havia de fato alguma experiência que agregasse o corpo social aprisionado à PNAISH. Ressaltamos, de antemão, a amplitude da temática exposta neste capítulo, já que não estamos nem perto de esgotar este assunto. Por

isso, mesmo que breve dada à emergência de estudos que contemplem a violência entre os homens, se faz pertinente traçar uma análise, sob um prisma genealógico do sujeito criminoso e da prisão, como território hegemonicamente masculino onde se faz ver e ouvir o que a violência entre os homens (ou seria a violência institucional?) tem a nos dizer sobre a saúde destes.

2.5.1 A emergência do espaço de encarceramento

Me ver,
Pobre, preso ou morto,
Já é cultural.

Histórias, registros,
Escritos,
Não é conto,
Nem fábula,
Lenda ou mito(...)
(Racionais' MC, Negro Drama, 2006)

As tecnologias de poder, destinadas ao corpo social criminoso, modificam-se historicamente, pois dependem do sujeito, foco da intervenção em determinada conjuntura. Foucault (1987, p. 11) já havia afirmado que a economia do castigo não sanciona os mesmos crimes, não pune o mesmo gênero de delinquentes. *“Mas define, muito bem, certo estilo penal.”* No caso do Brasil da corte imperial, apenas os escravos rebeldes eram objeto de pena de morte pelo código criminal de 1830, segundo Gizlene Neder (2009).

Enquanto o mundo velho assistia ao final dos suplícios, na sociedade escravista brasileira não só permaneciam os castigos corporais, como também eram acirrados os espetáculos de suplício. Ricardo Ferreira (2009) afirma que esse aumento da aplicação de penas corporais estava diretamente vinculado ao crescimento da população escrava. Ademais sob o ponto de vista da sociedade da época, uma punição que atingisse a alma, o intelecto, a vontade e não o corpo do escravo era inócua. Integrá-lo, reeducá-lo, para que? Para qual sociedade?

O corpo do condenado se tornava coisa do rei, sobre a qual o soberano imprimia sua marca e deixava cair os efeitos de seu poder. O povo temeroso e reverencial a este poder enxergava neste simbolismo exponencial, o caráter e função de prevenção geral negativa da pena, serviam de testemunhas para que o suplício fosse reverenciado por todos. (Foucault, 1987). Ao escravo, fugido, assassino, desrespeitoso, resta-lhe o jugo da morte, visto tanto pelo sistema de punição quanto pelas condições de vida deploráveis.

O corpo social escravo é fundamental para mais adiante entendermos os mecanismos de poder soberano que coexiste a outras economias do poder, tendo como disparador as músicas do Racionais MC's que intercedem a realidade dos jovens negros na atualidade. Como exemplo emblemático, temos o massacre da Casa de Detenção de São Paulo ou massacre do Carandiru, como foi popularizado pela imprensa, no ano de 1992, quando uma rebelião causou a morte de mais de uma centena de detentos pela Polícia Militar do Estado de São Paulo. Racionais MC's retratam esta realidade em sua música "Diário de um Detento".

Voltando-nos à abolição da escravatura e ao início do regime republicano no Brasil, a lógica do soberano já não cabe mais nos modos de punição do crime, pois o foco agora é a defesa da sociedade burguesa. Foucault (1987) explana que é realçada a existência de princípios mínimos a serem observados na aplicação da pena, que não mais atinge o corpo do condenado (antes coisa do rei, e agora "bem social, objeto de uma apropriação coletiva e útil"), mas sim sua alma. A punição deixa de ser uma cena, é a própria condenação que marcará o delinquente com sinal negativo. O importante não é punir, mas corrigir, reeducar. Neste contexto, o trabalho moral surge como via de salvação deste indivíduo.

É quando vemos emergir no Brasil, conforme Marilene Sant'anna (2009) a Casa de Correção. Como o nome já infere, as Casas de Correção foram criadas para possibilitar a pena de prisão com o trabalho, dando assim, cumprimento ao código criminal de 1830. A partir da década de 1860 até mesmo as crianças em situação de rua ou de famílias muito pobres eram encaminhadas ao Instituto de menores artesãos, que de acordo com Carlos Araújo (2007), abrigava os menores presos pela polícia por "vadios, vagabundos ou abandonados" - ou os que "por má

índole” não eram corrigidos por seus pais e tutores que - os encaminhavam até a instituição.

Em 1865 o então ministro da Justiça Nabuco de Araújo fechou as portas do Instituto encaminhando os menores para o Arsenal de Marinha onde seu trabalho foi utilizado pelo Império na Guerra do Paraguai (1864 – 1870).Instaurava-se até mesmo sobre o corpo infantil, uma pedagogia do corpo voltado à proposta do trabalho como cura moral das masculinidades que persiste até os tempos atuais.

Sendo assim, sobre o dispositivo do trabalho como tratamento moral, afastamo-nos rapidamente do século XIX, a fim de pensarmos na atualidade do sistema penal. Maria Hassen (1999) foca em seu estudo como o dispositivo de trabalho, nos dias de hoje, atua na vida de homens apenados que possuem a oportunidade de exercer um labor. Para os homens entrevistados, o trabalho assume entre os presos, de maneira positiva, a categoria divisora de dois mundos (mundo do crime e mundo do trabalho) que, por sua vez, classifica os indivíduos em duas classes: criminosos e trabalhadores. Ademais, o trabalho é percebido por eles como um propulsor que pode oferecer melhor condições de vida e regalias para o preso.

Entretanto, a autora destaca o conteúdo contraditório do trabalho como possibilidade de inscrição social dentro do regime prisional. Percebe-se a similaridade ao trabalho escravo do ponto de vista de sua paga; um trabalho que não cumpre com sua função de ressocializador como posto nos discurso da segurança pública, visto que existem poucos projetos de reinserção no mercado de trabalho para quem cumpriu a pena. De qualquer modo, o trabalho como um dispositivo de poder no mundo dos homens, se insere como chave para a ilusória liberdade de ser considerado um cidadão.

Retornando à instauração das Casas de Correção em 1830, os prisioneiros que eram condenados a cumprir pena de prisão com trabalho seriam divididos em duas seções: a correcional e a criminal. Na primeira, conforme Marilene Sant’Anna (2009) incluíam-se os menores, os vadios e mendigos condenados por um período que variava entre oito a trinta dias de acordo com o artigo 295 do código criminal de 1830 (“não tomar qualquer pessoa uma ocupação honesta e útil) e 296 (andar

mendigando), do código criminal de 1830. Na divisão criminal ficavam os homens livres condenados pela justiça à pena de prisão com o trabalho.

Um aspecto curioso é que as Casas de Correção não eram apenas um lugar de homens criminosos, mas de homens destituídos de lar. Os africanos livres compunham um grupo dos que dormem na penitenciária e são levados durante o dia para o trabalho em casa de particulares ou em obras públicas nas ruas da cidade. Havia também os condenados à prisão simples que eram conduzidos para trabalho compulsórios. Assim, todos estes, em diferentes momentos, conviveram com um grande espaço de troca de relações culturais e comerciais na Corte do Rio de Janeiro. (Carlos Araújo, 2007)

Mas para a medicina, toda esta população heterogênea tinha algo em comum: sua potencialidade perigosa. A teoria da degenerescência frutificou o terreno de disciplinamento dos corpos que, como estratégia, tinha não mais a morte física dos infames, mas a prisão como parte operante da produção de subjetividade, que confere aos homens seu estatuto de criminoso. Vemos desta maneira, que graças à medicina social, o vagabundo adquiriu seu pleno status de periculosidade, instaurando desta forma, um problema social que o encarceramento poderia resolver. O perigo social brasileiro vai localizar-se no comportamento da população não branca. Salienta-se que o termo perigoso é utilizado por Foucault (1996) como analisador da sociedade caracterizada pelo poder disciplinar, enquanto condição de possibilidade da emergência da norma, que é o próprio fundamento relacional da disciplina. O perigo, portanto, habita o sentido do incontrolável, do imprevisível, "das virtualidades".

O cuidado com a assistência à saúde dos apenados não foi foco da medicina. Autores como Silvia Queirolo (1984), Renata Gonçalves (2008), Carlos Araújo, (2007) vão citar as condições deploráveis das enfermarias da prisão, onde, geralmente, apenas um médico atendia os casos de doenças. A morte, após os presos chegarem às enfermarias era algo comum.

Segundo Icléia Thiesen (2004), a medicina se alia à Justiça e à Polícia no sentido de disciplinar a sociedade. Assim, a medicina social se preocupava com o corpo da instituição para a melhor eficácia dela: a circulação do ar, a higiene, as formas de disciplinamento dos presos que deveriam ser calcadas na individualização

destes, no silêncio e na incursão ao trabalho como medida terapêutica de recuperação do caráter (Marilene Sant'Anna, 2009). A institucionalização dos corpos passa a ser uma tecnologia de poder em que a medicina instaurou seus predicados, a fim de separar, isolar os diferentes elementos da mistura urbana que podem ser prejudiciais aos sujeitos saudáveis.

Outro objeto da medicina passa a ser o louco criminoso. Segundo Foucault (1987) a possibilidade de invocar a loucura, excluía, pois, a qualificação de um ato como crime. Todo um conjunto de julgamentos apreciativos, diagnósticos, prognósticos concernentes ao indivíduo criminoso encontrou acolhida no sistema de juízo penal. Da culpabilidade do sujeito que cometeu o crime é posta em questão a inimputabilidade do sujeito. “Quanto mais louco, menos culpado. Mas ainda culpado, pois manifestamente doente.” (Foucault, 1987, p.21).

Conforme Sílvia Queirolo (1984), isolar o louco é medida fundamental para a segurança do meio social, dada a imprevisibilidade de sua conduta. No início do século XIX, os médicos brasileiros tentarão ingressar no âmbito da justiça penal, reivindicando competência para estabelecer o diagnóstico da loucura. Dessa forma, os criminosos nos quais fosse constatada a presença de uma perturbação mental sairiam da órbita de ação da justiça penal para a dos cuidados médicos especializados. Os debates entre a justiça penal e a medicina psiquiátrica finalizaram com a vitória desta por meio de avaliação da imputabilidade. A periculosidade será o fundamento básico da internação do louco na prisão-asilo. O louco criminoso é objeto conjuntamente da medicina (enquanto louco) e da justiça penal (enquanto criminoso). Com o surgimento do instituto da periculosidade, surge também o seu correlato, a medida de segurança, como substituto da pena.

Conforme Renata Gonçalves (2008), a criação do Manicômio Judiciário, o livramento condicional e a medida de segurança foram aprovados no novo Código Penal de 1940. A partir de 1984, com a reforma do código penal, a medida de segurança é dirigida apenas às pessoas com transtornos mentais, devendo ser verificada, para sua cessação, a periculosidade do sujeito. A medida de segurança é, para todos os efeitos, a punição e a contenção do Estado dirigida a entes perigosos, regulada, sobretudo, pelos exames mentais e laudos psicológicos.

Diante dos breves apontamentos acerca da instauração da loucura-crime como um campo engendrado pela psiquiatria, deparamo-nos com masculinidades dotadas de sua fragilidade perante o status de incapacidade mental que a medida de segurança lhes impõe. Como efeito da história sobre a normalização do sujeito, a loucura parece impor o seu caráter de fragilidade ao homem, que é contrário às normas de gênero voltadas ao corpo social masculino, o desestabiliza e lhe deslegitima perante a sociedade. Os estudos de Stelamaris Tinoko (2009) e Michele Vasconcelos; Fernando Sffener (2011) abordam estas e outras questões no estudo sobre masculinidades inseridas no Centro de atenção psicossocial (CAPS).

Já acerca da saúde mental de homens em cárcere nos presídios brasileiros, conforme os dados disponibilizados pelo Ministério da Justiça (2012), do total de 3,365 leitos hospitalares que foram utilizados por homens apenados, no ano de 2012 no Brasil, o maior número de utilização de leitos foi de leitos psiquiátricos (1.957). Este dado suscita estudos que tenham como objetivo o entendimento das tensões relacionadas ao sofrimento mental dos homens que não foram considerados incapazes mentalmente, mas que sofrem consideravelmente com a experiência do encarceramento. Salienta-se, o uso de drogas pelos apenados, que, segundo Cristian Guimarães et. al. (2006, p.640), é “o combustível da prisão”; que sem a droga, a “prisão explode”, confirmando que o consentimento de uso de substâncias psicoativas no interior dos estabelecimentos prisionais exerce função de contenção.

Discutir sobre saúde mental na prisão, é refletir sobre o encarceramento das almas, onde se produzem existências deslegitimadas dos modos de viver; socialmente mortas. Foucault esclarece:

“A partir dos anos 1834-1840, tornou-se claro, que não se procurava reeducar os delinquentes, torna-los mais virtuosos, mas sim agrupá-los, rotulá-los, para que pudessem ser uma arma com fins econômicos e políticos. O problema então não era ensinar-lhes alguma coisa, mas ao contrário, não lhes ensinar nada, para estar bem seguro de que nada poderão fazer.” (Foucault, 1986, p. 76)

Sobre o período histórico do Estado Novo, e conseqüentemente, do regime da ditadura militar, a formatação de um sujeito criminoso não apenas voltado ao corpo pobre e negro, mas a todo cidadão que pudesse ser contra o sistema político da época. No Estado Novo já havíamos citado o quanto a prisão de homossexuais, comunistas, e outros que se opunham ao regime político se constituía em espaço de

segregação. Ressalta-se que a prisão dos presos políticos é data desde o início da República Velha. O personagem de Lima Barreto, Policarpo Quaresma, foi segregado para o espaço do manicômio e da prisão, servindo assim, de analogia ao espaço limítrofe que a medicina se deparou com a necessidade de *“sugerir uma receita sobre o que poderia chamar de tratamento médico-judicial.”* (Foucault, 1987, p. 22)

Tendo o foco situacional, no contexto da ditadura militar, militantes de esquerda (intelectuais, artistas, feministas, comunistas, trabalhadores, estudantes) eram os potencialmente perigosos ao projeto da nação e tanto poderiam ser internados em manicômio como encaminhados à penitenciária. Qualquer cidadão poderia ser culpado até que se provasse o contrário, tudo em nome da "segurança nacional". Foi nesta época que ocorreram inúmeros desaparecimentos de supostos ativistas, revolucionários e guerrilheiros. O Ato Institucional 5 (AI-5), conforme Carlos Ponte (2010), sobrepondo-se à constituição de 24 de janeiro de 1967, bem como às constituições estaduais, dava poderes extraordinários ao Presidente da República e suspendia várias garantias constitucionais. O AI5 garantia ao poder político prender qualquer cidadão, que seria interrogado (torturado) mesmo sem ter uma acusação formal contra ele. Assim, o controle não se fará apenas sobre que se é, do que se fez, mas principalmente sobre o que se poderá vir a ser, do que se poderá vir a fazer.

Ianni Scarcelli e Sandra Alencar (2009) afirmam que o hospital psiquiátrico e o dito tratamento psiquiátrico eram utilizados como forma de tortura e de contenção dos presos políticos. O hospital psiquiátrico, de acordo com Gina Ferreria (2006), também passa a ser a resposta de intolerância social com aqueles que não podem administrar sua enfermidade por meios próprios, ou seja, a população de maior precariedade econômica e social. Nestes casos, o diagnóstico muitas vezes é apenas a grande oportunidade para legitimar a exclusão social.

Aos presos políticos detidos e encaminhados aos presídios, Cátia Faria (2005) revela que a ditadura militar não reconhecia o caráter político de sua prisão. Assaltantes de banco sem engajamento político-partidário foram enquadrados junto aos guerrilheiros pela Lei de segurança Nacional de 1969. Ou seja, diferente do governo de Getúlio Vargas, os presos políticos desse período conviveram com os

presos enquadrados nas Leis de Segurança, aqueles cujos crimes se assemelhavam aos praticados pelos guerrilheiros que estavam empenhados na luta armada.

Conforme Carlos Ponte (2010), a lei da Anistia³¹, promulgada em agosto de 1979, também recusou os presos políticos, condenados por “práticas de crime, terrorismo, assalto, sequestro e atentado pessoal.” Esta decisão gerou intensa polêmica e grande insatisfação nos setores democráticos de oposição, que a reivindicavam em campanhas populares, desde 1975, como “ampla, geral e irrestrita”.

Fica evidente que neste período histórico o objetivo era de calcar os revolucionários brasileiros sob o imperativo da sujeição criminosa: “bandidos, malfeitores, marginais, terroristas, ou seja, sujeitos extremamente perigosos que precisavam ser evitados, afastados e, se necessário, eliminados”. Enclausurar o sujeito militante é a tentativa de destituí-lo de seu caráter protagonista da potência de transformação política e social.

Conforme Cátia Faria (2005), os presos políticos na época tiveram de reivindicar seus direitos no cárcere. Mas foi somente a partir de denúncias sobre a prática de tortura em presos políticos que os presos comuns puderam, posteriormente, ser beneficiados por campanhas internacionais. Na medida em que o número de presos políticos diminuía, a Anistia Internacional foi deslocando seu interesse para a denúncia de tortura em presos comuns. Em 2001, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização dos Estados Americanos (OEA) publicaram um relatório denunciando o governo brasileiro pelo fato de persistir tortura no país, “promiscuidade e pela disseminação de AIDS e de outras doenças infecto contagiosas nas prisões brasileiras e pelas péssimas condições aí encontradas, incluindo a superlotação” (Cátia Faria, 2005).

Comparando à Doutrina de Segurança Nacional da época da ditadura militar, com o contexto da nova ordem mundial, Cecília Coimbra (2002) afirma que os “inimigos internos do regime” - aqueles tratados como tais - passam a ser os

³¹Lei da anistia é o nome popular da lei nº 6.683, que foi promulgada pelo presidente Figueiredo em de 28 de agosto de 1979, ainda durante a ditadura militar.

segmentos mais pauperizados e não mais somente os opositores políticos, podendo afirmar que vivemos num contexto de “ditadura da pobreza”³².

Temos dois exemplos para demonstrar o caráter político das reivindicações dos homens em situação de encarceramento, quando o objetivo é mobilizar a sociedade contra as violações de seus direitos no sistema prisional. Um dos acontecimentos refere o próprio corpo do preso como instrumento de embate; outro, atenta ao corpo da população que vive fora das grades da penitenciária.

Atentamo-nos à resolução nº 04, de 23 de novembro de 2005 do Ministério da Justiça que se atêm às diretrizes básicas de intervenção para casos de greve de fome realizados por presidiários. Explana-se as justificativas desta resolução:

“No Brasil, a intensificação do uso das greves de fome como forma de protesto, data do período da ditadura militar. Segundo relatos de presos políticos, no livro Fome de Liberdade, durante este período foram dezenove as principais greves de fome entre os presos políticos nos diversos estados da federação. Quase todas lograram êxito no atendimento de suas reivindicações. Mais recentemente, no Rio de Janeiro, grupos organizados de prisioneiros vêm promovendo greves de fome em represália ao rigor disciplinar dos sistemas penitenciários locais, aos maus tratos e às péssimas condições de cumprimento da pena.”(Ministério da Justiça, 2005)

Nosso outro exemplo ilustra o atentado contra o corpo da população fora da prisão. O acesso da tecnologia e uma ampla rede de comunicação pelos sujeitos demanda repensar a prisão como um espaço de individualização e de total falta de legitimidade política. Em 2012, ocorreu uma série de atentados ao transporte público de Florianópolis, a mando de internos do sistema prisional:

“Segundo um balanço da Diretoria de Informação e Inteligência da Secretaria de Segurança, foram incendiados 41 ônibus, 23 veículos particulares e três viaturas. Os ataques também resultaram na morte de um suspeito em confronto com a polícia e deixaram dois feridos – um deles era o motorista de um ônibus que foi incendiado em Florianópolis. Desde que os ataques começaram, 28 pessoas foram presas e oito adolescentes, apreendidos. No total, foram registradas 83 ataques (70 confirmados e 13 tentativas) em 27 cidades.

Os ataques tiveram relação com as denúncias de maus-tratos em presídios catarinenses, transferências de presos e repressão ao tráfico de drogas. Este breve fragmento histórico, objetivou situar o quanto a sujeição criminosa, atravessou o espaço encarcerador e influenciou diretamente a visibilidade sobre o direito à saúde dos homens presos. Há uma marca identitária que subjuga o homem envolvido no

³² Grifo da autora

crime, às agruras da desfiliação, mas também o caráter de subversão que a instituição carcerária amplia para além de seus muros. As tecnologias e táticas de poder, que atravessam a prisão confluem em modos de viver as masculinidades.

2.5.2 Masculinidades encarceradas

“Desde cedo a mãe da gente fala assim: 'filho, por você ser preto, você tem que ser duas vezes melhor.' Aí passado alguns anos eu pensei: Como fazer duas vezes melhor, se você tá pelo menos cem vezes atrasado pela escravidão, pela história, pelo preconceito, pelos traumas, pelas psicoses... por tudo que aconteceu? duas vezes melhor como? (A vida é um desafio, Racionais Mc's, 2006)

Medo de ser assaltado; numa rua escura, numa esquina qualquer. Medo de ser roubado, medo de ser violentado, morto. Medo. Se as nossas práticas produzem efeitos no mundo, produzimos o sujeito do crime, ao escolher ao lado de quem vamos sentar no ônibus, ao atravessar a rua, ao agarrar firme a bolsa.

Cecília Coimbra (2002), afirma que o medo da violência nas relações sociais é propagado pelos estereótipos e rótulos forjados em cima daqueles que são “diferentes” - leiam-se, os infames. Segundo Michel Mise (2010), o sujeito do crime é produzido pela interpelação da polícia, das leis penais e também, fortemente sustentado pela moralidade pública, através dos meios de comunicação de massa.

Através de distintas redes de tensionamentos, o sujeito criminoso é, ao mesmo tempo, compreendido como um processo de subjetivação e o resultado desse processo para o ponto de vista da sociedade mais abrangente que o representa como um mundo à parte. Trata-se de um, sujeito que “carrega” o crime em sua própria alma; no limite da sujeição criminal, o sujeito criminoso, potencialmente perigoso pode até mesmo ser morto. (Michel Mise, 2010)

“A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal: a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, do anormal), é que vai deixar a vida em geral mais saudável e pura (Foucault, 2000, pagina 305). Assim, aquele retratado como mau, inferior, aquele a quem se deve evitar, ou mesmo aniquilar, destina-se, geralmente, ao corpo social masculino. Isto,

porque o homem, dentro das relações de gênero, ocupa o lugar de réu antes mesmo de cometer o ato violento.

Cynthia Sarti (2006) parte desta verificação, a fim de situar que vítima e agressor são construções simbólicas, sobretudo diante da associação naturalizada entre violência e masculinidade, tão presente no imaginário social, que identifica o homem como agressor, ao fazer da violência um atributo da masculinidade. Não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem é a vítima. E para cada vítima, um culpado. Diante dos imperativos das relações de gênero, questionamos: Afinal, no que concerne às masculinidades que se materializam pela violência, como é produzida a subjetividade do criminoso?

Masculinidades marcadas pela miséria, morte, prisão. Se a palavra dos homens é o silêncio, como afirmou Daniel Welzer-Lang (2009), as narrativas expressas nas músicas do grupo de rap, Racionais Mc's, apontam às condições de possibilidade para que trajetórias masculinas sejam tecidas sob o estigma da criminalidade. Vidas que carregam a marca, feita em brasas, pelo racismo, desde os tempos da escravidão.

Conforme Carla Leite (2012) e Eduardo Rocha (2011), Mano Brown, Edy Rock, Ice Blue e K Jay, são jovens, que desde 1988, movimentaram um universo simbólico através de suas músicas, deslocando o ser negro de seu suposto lugar passivo como espectador da “democracia racial” que o confina aos bolsões de pobreza e de descaso do poder público - para uma postura crítica, de confronto ao sistema de relações raciais e de classe que oprime a população negra e mestiça e impede a identificação política desse segmento subalternizado. Diante disso, as narrativas de Racionais Mc's nos apresenta seu personagem principal: o homem do crime, agora, deslocando-se de seu assujeitamento.

“*Olha quem morre, então veja quem mata*”. (Racionais Mc's, Negro Drama, 2006). Neste sentido, Marcos Nascimento et. al, (2011) inferem que a alta mortalidade masculina entre os jovens pobres revela em parte a discriminação à brasileira, ou seja, uma conduta que legitima a cor e a classe como critérios que tornam a pessoa, um perigo em potencial. Diante de tantas restrições sociais, a violência é uma tática de poder que garante ao homem seu lugar de “macho”. É o que Daniel Welzer-Lang,(2009) chamou de “retorno virilista”, citando como exemplo,

os jovens dos meios populares desempregados, sem trabalho e sem dinheiro, que se lançam em ações violentas entre eles e contra outros para provar sua virilidade.

Tendo em vista que a produção do modelo potencialmente perigoso de masculinidade, iremos compor nosso campo de análise através do diálogo com quatro músicas de grande popularidade que tratam do assujeitamento destes jovens: *Negro Drama*, *A vida é um Desafio*, *Jesus Chorou* e *Diário de um Detento*. Estas compõem o álbum “Mil Trutas e Mil Tretas”, lançado em 2006.

As obras do Racionais Mc’s dialogam com uma perspectiva subversiva, pelo fato de que as vidas daqueles jovens que foram referenciados como “*vagabundo nato*”³³ são ecoadas para além da periferia. Em 1997, o grupo passou a ter enorme notoriedade midiática com o álbum “Sobrevivendo no Inferno”. Racionais faz uma alusão não apenas ao sujeito criminalizado, foco do nosso estudo, mas aos espaços que estas masculinidades ocupam.

Salienta-se que a territorialidade serve como um marcador explícito e ajuda a subsumir a discriminação racial a uma categorização de posição social ou status, indicando, mais uma vez, a combinação de variáveis na dinâmica da discriminação. (Marcos Nascimento, et.al., 2011). Dados recentes do Ministério da Justiça (2012), afirmam que, dos 476.805 presos no Brasil, 131.333 possuem entre 18 a 24 anos. Os jovens negros e pardos são os mais atingidos pela morte por causas externa.

Cecília Coimbra (2005) e Marcos Nascimento, et.al., (2011) afirmam que os jovens negros e pardos constituem como público principal entre os apenados dos presídios do Brasil. O banco de dados do Ministério da Justiça (2011) confirma essa afirmação, pois 196.267 homens apenados são pardos, 76.906 são negros e 162.256 brancos. Estes dados colocam em movimento a noção da raça na atualidade e outras interseccionalidades, ao passo que a produção de masculinidades criminosas também possui aderência aos homens brancos e pobres.

Ademais, o sistema penitenciário é ocupado por 93,8% de homens apenados. Diante dos indicadores sociais e das narrativas expostas pelos Racionais Mc’s,

³³ Expressão contida na música *Negro Drama*, do álbum “Mil trutas, mil tretas”, 2006.

direcionamo-nos à casa dos homens”³⁴, no contexto brasileiro; lugar onde as masculinidades criminosas são aprisionadas, reiteradas e marcadas subjetivamente.

Para pensarmos a configuração da casa dos homens, naquelas que se configuram como espaços de encarceramento, Erving Goffmann (1961), nos revela as características das instituições totais: espaços restritos ao universo institucional, circunscrição moral do sujeito, com suas regras, rotina. Também a arquitetura imponente, restringindo a circulação do sujeito para fora dela.

O autor agrupou as instituições totais em cinco tipos. Um dos tipos de instituição total é aquela organizada para defender a comunidade contra perigos intencionais e onde o bem estar das pessoas isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias e campos de prisioneiros. Uma instituição total também pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo leva uma vida fechada e formalmente administrada. As instituições totais são territórios onde os homens aprendem a performar determinadas masculinidades sob o regime da violência. Danilo Climaco (2008) refere que a “casa dos homens”, transforma-se em um espaço violento, onde os mais jovens e fracos são associados ao feminino e, por isso, violentados de múltiplas maneiras pelos mais fortes”. Os homens e o masculino constroem-se pelo controle disciplinar a si mesmos e constroem também as mulheres e o feminino.

A guerra que os homens empreendem em seus próprios corpos é inicialmente uma guerra contra eles mesmos. Depois, numa segunda etapa, é uma guerra com os outros. (Daniel Welzer-Lang, 2001, p.3).

Tendo como campo de análise, a vida na prisão, Cintia Santos e William Peres (2011) afirmam que os presos entrevistados pelos autores, descreveram a prisão como “*o filho chora e a mãe não vê*”. Há rituais de iniciação, os iniciados introduzem os novos na busca de uma hombridade verdadeira, que implicaria ter palavra, não agir diferentemente do que seu grupo ter influência sobre os demais e principalmente, não reproduzir padrões de relação tidos como femininos: falar demais de sentimentos, fraquezas, medos, submissão sexual e mudança de atitude e/ou opinião. Racionais demonstra a tensão existente na prisão diante destas

³⁴ Como já foi situado em outros capítulos, “a casa dos Homens” refere-se aos territórios onde os homens aprendem a ser homens, (Daniel Welzer-Lang, 2004, apud Maurice Godelier, 1977), afinal o homem não nasce homem; ele torna-se homem, parafraseando Simone Beauvoir (1961).

normas genereficadas que colocam os homens em relações uns com os outros: *Se temer é milho, Entre o gatilho e a tempestade, Sempre a provar, Que sou homem e não covarde. (Negro Drama)*

Eric Hobsbawn (1976), em seu estudo sobre a categoria bandido, observou que existe certo simbolismo de nobreza de um indivíduo que não se dobra e faz-se respeitar, tomando nas mãos as armas e as rédeas de seu destino. O autor faz analogia com a lenda de Robin Hood, contudo, podemos fazer referência, além das narrativas de Racionais Mc's, ao personagem central do livro *Abusado: o dono do morro Santa Marta de Caco Barcelos* (2004). Eric Hobsbawn (p.341,1976), explica melhor sobre o caráter de anti-herói assumido pela figura do bandido:

“Trata-se de um pobre que não aceita o papel tradicional dos pobres e que adquire sua liberdade através dos únicos meios de que dispõe: a força, a coragem, a astúcia e a determinação. Isso o aproxima do sistema ao qual não faz parte: a hierarquia do poder, a riqueza, o jogo das influências. Ao mesmo tempo, é inevitavelmente atraído pelas redes de fortuna e de poder, pois ao contrário dos outros pobres, também adquire riqueza e exerce certo poder. Quanto mais triunfa o bandido, mais assume o papel de representante e campeão dos pobres, e elemento do sistema dos ricos.”

As narrativas das músicas do Racionais Mc's circulam entre as ambiguidades do algoz e da vítima do “sistema” social. As masculinidades calcadas pelos padrões viris (uso de armas, violência, relação com várias mulheres), são reforçadas em algumas músicas como símbolo social.

“Cada sentença um motivo, uma história de lágrima, sangue, vidas e glórias, abandono, miséria, ódio, sofrimento, desprezo, desilusão, ação do tempo. Misture bem essa química. Pronto: eis um novo detento. Lamentos no corredor, na cela, no pátio. Ao redor do campo, em todos os cantos. Mas eu conheço o sistema, meu irmão, há... Aqui não tem santo.” (Diário de um detento, 2006)

Ao mesmo tempo, Racionais Mc's expõem o preço de seguir estes padrões de virilidade e a possibilidade de circular por outros meandros de existência em que assumem uma posição de protagonista de suas escolhas. Já nas músicas de Racionais Mc's, percebe-se que a rigidez da expressão de sofrimento entre os homens toma outros contornos. No caso da música “Jesus chorou”, tem-se como aspecto principal, a prerrogativa de que homem não chora. Na voz de Mano Brown vemos a contestação de um homem solitário e atormentado, que por fim se entrega à expressão da tristeza:

Serei um fraco quando outras delas vir.
(...)Do que adianta eu ser durão e o coração ser vulnerável?

(...) A lágrima de um homem vai cair,
 Esse é o seu B.O. pra eternidade.
 Diz que homem não chora,
 Tá bom, falou,
 Não vai pra grupo irmão aí,
 Jesus chorou! (Jesus Chorou, 2006)

A tristeza denunciada pelo choro tem sua legitimação perante a analogia com a figura do mártir. Contudo, a cena se passa num quarto de hotel, onde Mano Brown está sozinho. Mas, e se fosse na prisão? Ou seja, que modos de expressão dos afetos são possíveis num território onde impera a hegemonia de uma virilidade que precisa ser reiterada a todo instante para si e para os outros?

Gilead Tavares (2011) defende a ideia da criminalidade como um dispositivo de poder que circula por diversas instituições que vão para além do espaço da prisão e outras políticas da segurança pública. Este dispositivo também atravessa os projetos sociais, os abrigos de crianças, as unidades de internação para jovens e diversas outras políticas públicas. Assim, as instituições e políticas sociais, são perpassadas pelo dispositivo da criminalidade que produz efeitos nos corpos suspeitos. A estratégia principal não seria de fato transformar a realidade social e sim de localizar, separar e identificar aqueles que passarão a ser chamados de perigosos.

Além disso, na história do Brasil, Cecília Coimbra (2005, p.5) pontua:

“A produção de infâncias e juventudes desiguais tem se expressado, ao longo de todo o século XX e ainda hoje, através da massiva prática de internação das crianças e jovens pobres, em especial após a emergência do Juizado de Menores, em 1923, criado para solucionar o problema da “infância e juventude desassistidas”. Tal política de internação se fortalece, sobretudo, nos dois períodos ditatoriais brasileiros, com a criação de órgãos como o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), implantado em 1941 durante o Estado Novo, e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), que surge em 1964 durante o período da ditadura militar.

Até o fim da Ditadura Militar e início do período de redemocratização do país, a atenção às crianças e aos adolescentes era um híbrido de um modelo assistencialista, correccional-repressivo, filantrópico e médico-higienista, no Brasil. Prevalecia a normatização do Código de Menores e a visão de marginalidade e carência de crianças e adolescentes de famílias populares. Tal cenário terá algumas alterações, a partir das pressões de organismos internacionais de Proteção à Infância e de movimentos sociais dos diversos segmentos da sociedade civil,

culminando na aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.
(Idem)

Mesmo após a vigência do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que segue os princípios da Constituição Federal de 1988, a autora sublinha que a prática da violência nos internatos não é uma característica do passado. Hoje, em pleno século XXI, tal situação de exclusão continua nestas instituições, num quadro de superlotação, de falta de equipamentos de educação e de funcionários, de constantes torturas e violações. Ademais, para a autora, apesar do avanço que o ECA significa para a política de proteção de crianças e jovens brasileiros, há uma tentativa de igualar, a partir de valores burgueses, modos de vida que continuam desiguais e que tendem, no neoliberalismo, a se tornar cada vez mais distantes entre si.

Conforme Cristina Rauter (2007), um recente relatório elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia sobre essas instituições destinadas a crianças e adolescentes, mostrou numa delas a inexistência de banheiros (no estado do Sergipe), noutra, o uso excessivo de medicação psiquiátrica, (no Rio Grande do Sul). Na maioria delas jovens são mantidos ociosos e a higiene é precária. Neste sentido, sob o vértice de instituições que violam o corpo social masculino, Foucault (1987) nos ajudará a refletir sobre as táticas e estratégias diferenciadas de criminalização das masculinidades, através da figura do delinquente.

Com o advento do capitalismo industrial, as elites começam a se preocupar não apenas com as infrações, mas com os crimes que podem ser cometidos no futuro. Diferente da noção de infrator, o delinquente é caracterizado mais pela sua vida do que pelo ato cometido. A observação do delinquente deve remontar não só às circunstâncias, mas às causas de seu crime; procurá-las na história de sua vida, sob o triplo ponto de vista da organização, da posição social e da educação, para conhecer e constatar as *“inclinações perigosas da primeira, as predisposições nocivas da segunda e os maus antecedentes da terceira.”* (Foucault, 1987, página 211)

A introdução do elemento "biográfico" é importante na história da penalidade. Porque ele faz existir o "criminoso" antes do crime e, num raciocínio limite, fora deste. *“É porque a partir daí uma causalidade psicológica vai, acompanhando a*

determinação jurídica da responsabilidade, confundir-lhe os efeitos.” (idem, p. 211) Correlatamente, o delinquente torna-se indivíduo a conhecer.

Toda uma artilharia de poder-saber, de instituições corretoras é mobilizada para o jovem suposto delinquente. Assim, é necessário conhecer sua história prévia, as vulnerabilidades, o histórico familiar. Ou seja, ver indícios de uma hereditariedade degenerescente. Obviamente estas ações atreladas ao delinquente não perpassam apenas o corpo do jovem em cumprimento de medida sócio-educativa, mas aquele que está internado compulsoriamente por uso de drogas, aquele em situação de abrigagem ou, até mesmo, os internos do presídio, independente da idade.

Como exemplo da atualidade penitenciária, Cristina Rauter (2007), pontua que, apenas no ano de 2003, através da lei de Execuções Penais (Lei n.º 10.792, 2003) se tornou desnecessária a realização do exame criminológico para a concessão do Livramento Condicional e da progressão de regime. Contudo, tal alteração não produziu qualquer modificação quanto à função e à frequência com que são pedidos estes exames pelas autoridades da execução penal e do judiciário. Psicólogos³⁵, assistentes sociais e psiquiatras, ainda são solicitados a fazer previsões de comportamento através de laudos que instruem a concessão de benefícios e a progressão de regime. Sobre este aspecto Foucault (1987) nos adverte:

Um desafio político global em torno da prisão, não é saber se ela não será corretiva; se os juízes, os psiquiatras ou os sociólogos exercerão nela mais poder que os administradores, os guardas. (...) O problema atualmente está mais no grande avanço desses dispositivos de normalização e em toda a extensão dos efeitos de poder que eles trazem, através da colocação de novas objetividades. (Foucault, 1987, p. 253)

Além das condições de vida que situam o jovem em processos de normalização de uma sociedade socialmente desigual, este vai sendo inserido no universo das masculinidades produzidas nestes meandros institucionais, de forma que lhe resta pouco a fazer. Parafrazeando Daniel Welzer-Lang, (2009): *“Em resumo, como tornar-se um homem, quando não se tem mais nenhum signo exterior de riqueza?”*

³⁵ O Conselho Federal de Psicologia não aprova a execução pela categoria profissional do exame criminológico. Ver mais em “Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro” (2007, p.79): <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View={DA8C1EA2-5CE1-45BD-AA07-5765C04797D9}&BrowserType=NN&LangID=pt-br¶ms=itemID%3D%7B114098CC-7FA2-4F34-B3B0-F61C115F415D%7D%3B&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>.

Atrás de poucas oportunidades que possam lhes inferir na norma de masculinidade legetimada, os jovens, assim como escravos que têm seus dentes examinados, são submetidos a diversas provações de suas capacidades. Temos, como exemplo, da época da ditadura militar, a dispensa de jovens que se alistaram nas Forças Armadas por problemas de saúde:

“O serviço militar dispensa, por ano, cerca de 45% dos jovens que se alistam nas três forças por insuficiência física. A informação foi prestada pelo Ministro-chefe do Estado-Maior das forças armadas, brigadeiro Valdir de Vasconcelos, que acrescentou que a deficiência dentária foi a principal causa de dispensa do serviço militar, atingindo 30% do total, seguida pela insuficiência de peso e altura, provocada na maior parte pela desnutrição. Segundo o Ministro Valdir de Vasconcelos, a juventude brasileira está com baixo nível de saúde e a prova disso é esse alto índice de dispensa do serviço militar. Em números concretos, explicou o Ministro, no recrutamento de 1981, foram alistados 1.448.387 rapazes de 18 anos e, desse total, 651.774 foram dispensados por problemas de saúde.” (Folha de São Paulo, 28 de agosto de 1983, Caderno 2, p.13; apud Cláudio Filho, 2008, p. 61)

Diante do fragmento histórico poderíamos novamente nos remeter ao escravo ideal a ser comprado: bons dentes, força física, pele em bom estado (Cláudio Filho, 2008). Se o homem não apresenta “uma saúde de ferro”, atesta-se sua inferioridade. Por isto os jovens devem demonstrar estar em ótimas condições de saúde atestada pela disposição física e boa aparência.

Ter acesso à assistência em saúde ou não ter, também é uma estratégia de poder atrelada ao dispositivo de criminalidade, no sentido que dificulta a inserção no mercado produtivo do trabalho daquele considerado como não estando apto (função da medicina do trabalho). Mas a produção das condições de saúde se dá muito além das condições físicas. De fato, elas são marcas de expressão de poder que inscrevem os sujeitos em determinados lugares indentitários.

Concluindo previamente indaga-se: O homem criminoso é ou não uma questão para a saúde pública, bem como de outros setores governamentais? Então, o que pretende um Plano Nacional de Saúde Integral no Sistema Penitenciário? Fazer viver? Mas viver como? Estas perguntas iniciais é que moveram a última parte contida neste capítulo, a fim de aprofundar as relações de poder de múltiplas masculinidades circulantes dentro do espaço da prisão e de como a saúde circula por entre estas vidas.

2.5.3 Temos um Plano! A saúde no sistema prisional

Já ouviu falar de Lúcifer?
Que veio do Inferno com moral.
Um dia... no Carandiru, não... ele é só mais um.
Comendo rango azedo com pneumonia.
(Diário de um detento, 2006)

A vida na prisão. Trinta homens numa cela para oito. O esgoto cloacal regurgita no pavilhão. Ratos, baratas e pombas. Falta colchão, falta chão, falta sabão. O cheiro é de podre: fezes, urina e mofo. (Paula Foltran, 2010; Rosalice Lopes 2002; Maria Caixeto, 2006 e Vilma Diuana, 2008)

Diante da face aparentemente mortífera da instituição prisional, diversos autores (as) que serão citados neste estudo, empreendem em suas análises, a rede de complexas relações de assujeitamento do homem tido como criminoso. Sendo que o espaço prisional só funciona pelos personagens que o compõem, esta “casa dos homens” é composta por múltiplas masculinidades: presos, agentes penitenciários, policiais e outros profissionais. E, embora estejamos nos atendo a um território vedado ao feminino, como afirma Daniel Welzer-Lang (2001), verificaremos a indispensabilidade da mulher para a vida dos homens encarcerados.

As diversas representações e práticas relacionadas à vida, à saúde e aos riscos envolvidos no dia-a-dia são resultantes de múltiplos discursos e práticas, inserindo-se numa lógica peculiar que rege e organiza a vida nesta instituição. Visamos assim, perceber a influência do contexto social e político bem como da cultura carcerária sobre a saúde do corpo masculino, a fim de situar melhor os dispositivos de poder empreendidos quando o assunto é a saúde destes homens.

Na primeira parte deste capítulo, situamos a história da prisão no contexto brasileiro, como um tipo de instituição total que disciplina o corpo, buscando sua normalização³⁶. A medicina foi uma das estratégias principais para higienizar moralmente os indivíduos no presídio. Esquadrinhar sua perversidade, analisar,

³⁶ A norma está “ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”. “É esse conjunto de ideias que eu gostaria de tentar aplicar historicamente, essa concepção ao mesmo tempo positiva, técnica e política de normalização” (Foucault, 2001, p.62).

estabelecer o nível de periculosidade do sujeito, são dispositivos de medicalização, que vão tecendo, para além de sua infração, o sujeito da delinquência.

A prisão, conforme Foucault (1987) estaria ligada a uma série de dispositivos, que tendem “todos como ela, a exercer um poder de normalização”. Mas no que se refere a uma estratégia política de atenção à saúde voltada ao homem encarcerado, que dispositivos de poder entram em ação? A visibilidade da vida orgânica da população carcerária no país, no que concerne à política pública de saúde, específica para este corpo social, é materializada no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1777 em 2003, sob corresponsabilidade do Ministério da Saúde e da Justiça.

Instituído formalmente no modelo da Estratégia de Saúde da Família, as chamadas Unidades Prisionais de Saúde, no documento oficial, possuem a responsabilidade de centrar o atendimento em saúde na prevenção e promoção da saúde, bem como na contratação de “Agentes Promotores de Saúde”. O atendimento passa a ser realizado por equipes multiprofissionais disponibilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, funcionando exclusivamente 20 horas semanais dentro do espaço da prisão. (Ministério da Saúde, 2004)

A criação do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional é respaldada, em seu documento oficial, nas Regras Mínimas para o Tratamento de Prisioneiros aprovadas pelo Conselho Econômico e Social da ONU que reiteraram o discurso sobre a função da prisão na vida dos homens: “Proteger a sociedade contra o crime, cabendo ao sistema prisional assegurar que quando egressa do Sistema, essa pessoa seja capaz de respeitar a lei e tornar-se produtiva para a sociedade.” (Ministério da Saúde, página 12, 2004).

Contudo, Racionais (2006), em sua música, A vida é um Desafio, explana as forças coercitivas que estão em jogo neste discurso: “*Ser empresário não dá, estudar nem pensar, Tem que tramar ou ripar pra os irmãos sustentar(...) Você vai escolher o que estiver mais dentro da sua realidade.*” Neste sentido, Foucault (1987), argumenta que a penalidade não serve pura e simplesmente para reprimir as ilegalidades, mas para diferenciá-las, organizar sua economia geral. Desta forma, a instituição penal continua a habitar a vida dos presos após a saída do cárcere, através de toda uma série de marcações (como o atestado de antecedentes

criminais). Quando não são mortos antes mesmo de serem presos, estes homens costumam carregar, como herança do cárcere, sua morte social. Então porque, ao habitarem a prisão, a saúde destes corpos importa? Deparamo-nos então, com os mecanismos de regulação do poder:

“Mas tal como a vigilância e junto a ela, a regulamentação é um dos grandes instrumentos de poder... As marcas que significavam status, privilégio, filiações, tendem a ser substituídos ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmo, um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade, mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e torná-la úteis.” (Foucault, 1986, página 82)

O autor reitera que a sociedade de *segurança* “engloba, utiliza, explora, aperfeiçoa sem os suprimir, os dispositivos disciplinares e de soberania”. (idem). Conforme os mecanismos de regulação, as doenças tidas como prevalentes entre os homens na prisão, vão ser definidas segundo o que é perigoso ou o que pode vir a ser, o que Foucault (2008) classifica como noção de risco. A noção de risco também diz respeito ao risco de adoecer e alguns fatores irão ser determinados como situações de perigo para o indivíduo. Essas noções não mais puramente seguem o caráter disciplinar de antes, onde o doente era separado dos não doentes.

Conforme a noção de risco, temos o HIV como uma das maiores causas de preocupação, dentre outras doenças transmissíveis, que são assinaladas pelo Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional. Segundo o Ministério da Saúde (2004) encontramos na população carceral um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias e dermatoses. Outras doenças também são citadas no seu documento oficial como transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Historicamente, conforme afirma Maria Caixeto (2006), a assistência às pessoas privadas de liberdade era vista de forma residual ou parcial, havia apenas a intenção de amenizar os problemas mais frequentes como DST/AIDS e imunizações. Atualmente, com a resolução número 11 de 07 de dezembro de 2006, estabeleceram-se diretrizes básicas para a detecção de casos de tuberculose entre ingressos do sistema penitenciário. O exame sistemático para ingresso no sistema penitenciário deve integrar o conjunto de ações desenvolvidas na “porta de entrada”

que devei incluir também exame médico e atividades de educação em saúde e conscientização , especialmente em HIV, AIDS, DST e tuberculose. As ações de detecção destas doenças são de responsabilidade das Unidades prisionais de Saúde, as quais devem realizar o acompanhamento sistemático caso exista necessidade de tratamento.

A necessidade de controle das doenças transmissíveis não é algo que emerge como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Até 1999, os doentes com HIV poderiam ser isolados de outros presos, como demonstra a resolução n.º 06, de 26 de julho de 1999, do Ministério da Justiça que:

“1- torna público seu repúdio às práticas de separação dos presos soropositivos ou aidéticos sob o argumento de que sua convivência com os demais presos, aliada à promiscuidade, contribui para a disseminação dessa doença; e aproveitar para; “3 - assinalar a importância da realização de campanhas de prevenção da AIDS, a par da distribuição regular de preservativos.”

Contudo, o Relatório Interno anual de 2008, do Presídio Central de Porto Alegre (apud Valquiria Teixeira,2009) situa os indicadores de atendimento mensal em saúde pelas Unidades Prisionais, aos portadores de HIV, correspondendo a 67 por mês, em contraste com os 2.855 apenados que foram diagnosticados com HIV e ficaram sem acompanhamento, o que denota a insuficiência do cuidado em saúde. Maria Caixeto (2006), em pesquisa realizada numa Unidade de Saúde Prisional, também observou que a única ação preventiva promovida pela equipe centrava-se na vacinação, quando um dos objetivos do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é que as unidades de saúde prisional centrem seus esforços nas campanhas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis.

Diante disto, observou-se que a atenção desempenhada aos presos concretizava-se no modelo curativo; os/as profissionais das Unidades prisionais trabalhavam sem nenhuma interação com os demais. Um dos indicadores dessa constatação é a inexistência de reuniões periódicas de equipe com fim de planejamento para a qualificação do trabalho e discussão dos casos que chegaram até a equipe (Maria Caixeto, 2006). Diante do trabalho fragmentado, era comum que a ausência de retorno dos presos fosse associada à melhora imediata.

Este processo de trabalho respalda-se em ações desvinculadas do contexto de onde se produzem as ações em saúde e de uma ação estratégica de saúde,

como o Plano de Atenção Integral à Saúde prisional, o qual desresponsabiliza as próprias condições de vida como produzindo a o adoecimento. Ao contrário: no documento oficial do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é relatada a necessidade do atendimento em saúde aos sujeitos que já carregam consigo algumas doenças, devido às baixas condições socioeconômicas e comportamentos de risco destes fora da prisão. “Comportamento de risco” é uma designação típica de estratégias de culpabilização e responsabilização dos homens que adquirem doenças sexualmente transmissíveis. Assim, como contraponto, indagamos: Manter os indivíduos nas condições apresentadas pelos presídios brasileiros, não seria, de fato, um “comportamento de risco”?

Diante do objetivo de evitar a mortalidade dos presos por doenças, as Unidades Prisionais de Saúde, foram criadas como estratégias para reduzir a incidência de doenças como tuberculose, AIDS e doenças respiratórias, entre outras. Airton Michels, secretário de segurança do RS, em entrevista para jornal Sul21, afirma:

“Implantamos duas Unidades Básicas de Saúde lá dentro em agosto de 2011. E isso já tem resultados. Em 2009 morreram 24 presos de causas naturais dentro do Presídio Central. Em 2010, morreram 15. Ano passado morreram seis e este ano não morreu nenhum por enquanto. Estamos fazendo alguns paliativos enquanto elaboramos as políticas de resolução do problema dos presos.” (Rachel Duarte, 2012).

A preocupação com a integridade física do preso, para aqueles que fazem parte da instituição, está focada apenas em não deixar o preso morrer dentro da instituição. Conforme Valquíria Teixeira (2005) prevalece, assim, o ideário de que as ações e instituições do Estado são resolutivas em seus objetivos. Em contraste com o alto índice de morbi-mortalidade por causas externas, poucos morreriam dentro das cercanias da prisão³⁷. Será? Mas em que condições os sujeitos vivem?

Em reportagem datada em outubro de 2012 (Jorge Vasconcellos, 2012), ressalta-se a contradição:

“O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), por meio do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF), envia, nesta sexta-feira (26/10), ofícios ao governador do estado do Rio Grande do Sul, Tarso Genro, e ao secretário estadual da Segurança Pública, Airton Michels, em

³⁷ Segundo dados do Ministério da Justiça (2012), em todo Brasil neste ano, dos 42.770 presos, houve 62 óbitos por causas naturais, 11 óbitos criminais, 08 suicídios e 1 óbito acidental, registrados.

que cobra providências para frear a onda de mortes de detentos no sistema carcerário gaúcho. Segundo dados da Vara de Execuções Criminais da capital, nos últimos quatro anos, 278 presos morreram nos 25 presídios da região metropolitana de Porto Alegre, sendo que 89% dos óbitos foram causados por doenças.”

De acordo com os dados da Vara de Execuções Criminais da capital, dos 278 presos registrados em óbito, 115 detentos morreram por insuficiência respiratória, 112 por Aids, 65 por broncopneumonia, 48 por pneumonia, 42 por tuberculose, 29 por septicemia. Há também casos de insuficiência renal (12 mortos), insuficiência cardiorrespiratória (11), meningite (11), hepatite (10), cirrose hepática (8), diabetes (8). Não bastasse a falta de atenção à saúde, a violência também matou: houve 12 enforcamentos, 5 estrangulamentos e 4 mortes por arma de fogo. Entre todos os 278 óbitos registrados, 71% foram de detentos com menos 40 anos de idade. (idem)

Ademais, o tratamento nos hospitais obedece ao jugo moral dos/as profissionais de saúde. No trabalho de Denise de Azevedo Irala et. al. (2010) foram investigadas as percepções dos profissionais de saúde responsáveis pela atenção à saúde dos apenados. Os (as) autores(as), perceberam que sob o prisma do profissional, o preso era alvo de compaixão como também de críticas pela sua condição de criminoso. Contudo, muitos relatavam as péssimas condições de saúde em que os presos chegavam ao hospital.

Valquíria Teixeira (2009), em sua pesquisa com detentos do Presídio Central de Porto Alegre, afirma que estes, precisam manter uma batalha diária para manter práticas que os distanciem do estereótipo que os associam a animais. “*Não, aqui não é o zoológico*” (Racionais Mc’s, Diário de um detento, 2006).

A regulação do corpo perpassa uma punição que atinge a alma, mas concomitantemente as próprias fronteiras do corpo. Estes são aspectos confluentes dos mecanismos de poder que operam nesta população e que influem diretamente na saúde destes homens. A convivência em tempo integral, segundo Valquíria Teixeira (2009), somada à falta de espaço físico, faz com que os apenados percam sua individualidade no sentido de que as práticas corporais e de saúde tem de ser readaptadas ao convívio coletivo imposto.

Os presos, para resistir às condições de vida deploráveis, mantêm toda uma organização coletiva de práticas de cuidado. Enquanto regras propostas pelo próprio

coletivo de presos, estes precisam tomar banho uma vez ao dia, fazer a limpeza das galerias e não utilizam o banheiro enquanto o outro estiver comendo. Adquirir os produtos para a efetivação desta rotina não é algo simples, pois muitos presos alegaram que com as revistas gerais, realizados mensalmente, muitos produtos, colchões e pertences tornam-se inutilizáveis após manipulação da polícia. (Ibidem)

Além disso, salienta-se que o uso do poder soberano já não é o mecanismo principal que circula nas relações entre os presos. A violência já não é permitida entre estes, salvo raros casos decididos pela “Prefeitura”. Prefeitura é a nomeação dada a cada galeria. Ou seja, os presos ocupam politicamente as galerias como se fossem cidades; em cada galeria há uma prefeitura, com homens que serão designados, hierarquicamente, a cada uma das tarefas desta “cidade”. Desde o que organiza a faxina, o mestre paneleiro, o auxiliar do mestre paneleiro, o que organiza as visitas íntimas. (Valquíria Teixeira, 2009).

Enfim, modos de regulação desta população que são engendrados pela própria subversão a um poder soberano que ainda circunda a prisão tanto como o cheiro fétido dos excrementos. Se “onde há poder, há resistência” (Foucault, 1975) as masculinidades encarceradas, tentam evitar a morte social neste espaço, ao deslocarem a lógica do biopoder para as demandas específicas destes homens organizadas por eles próprios. Ao mesmo tempo, esta própria forma de gerenciamento da vida coletiva é um efeito de poder de uma economia geral sobre o corpo da população.

De fato, percebe-se a ausência de biolegitimidade³⁸ conferida aos presos, devido à coisificação de suas vidas. Mas se os homens são sujeitos do terreno público e político, as masculinidades encarceradas reiteram a vida política fora das grades. Tendo-se em vista que há toda uma organização própria das cidades, como as “prefeituras” se organizam em relação à saúde da população?

Como não encontramos, nos estudos aqui citados, a voz dos presos para além das questões já demonstradas, buscamos então ouvir o que outras vozes

³⁸ Para Didier Fassin (2005, apud Henrique Nardi, 2008, p.22), a biolegitimidade é o reconhecimento político do corpo e das origens do sofrimento a ele associado.

tinham a dizer. Foi quando, através de outros estudos, encontramos os agentes penitenciários, enquanto personagens principais no acolhimento das demandas dos homens por trás das grades.

Paula Foltran (2010), Rosalice Lopes (2002), Maria Caixeto (2006) e Vilma Diuana (2008) sublinham que as demandas não são verbalizadas primeiramente aos profissionais das Unidades de Saúde Prisional, que nem mesmo circulam pelas galerias. Cabe aos agentes penitenciários organizarem uma lista de encaminhamento para atendimento do preso no serviço. Para obterem atendimento com qualquer profissional de saúde, o preso deve entregar um bilhete de solicitação de atendimento ao agente penitenciário, assim como para acessar quaisquer dos serviços oferecidos dentro da penitenciária é necessária a escolta policial.

Conforme Vilma Diuana (2008), nesse ambiente onde a circulação de detentos é restrita e os profissionais de saúde evitam circular, os agentes de segurança penitenciária terminam por exercer um papel diferenciado no que se refere à regulação do acesso à saúde. Muitas vezes são os agentes de segurança penitenciária que julgam a necessidade de atendimento a partir do pedido do preso e atuam facilitando ou dificultando este acesso. Por outro lado, no ambiente confinado das prisões, estão em contato cotidiano e direto com os presos e expostos, como eles, aos riscos infecciosos, especialmente à tuberculose.

Das relações de poder-saber da biomedicina vemos a singularidade de relações de poder especialmente atravessadas pelo poder-saber da polícia no contexto prisional. Assim, aquele que controla a política de escolta controla também o tipo de acesso possível aos serviços disponíveis. Ou seja, sob a justificativa de que falta pessoal efetivo, privilegiam-se os atendimentos de médicos e dentistas. Não são todos que chegam a ser atendidos, seja por médicos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais. Somente aqueles que passam pelo crivo policial do merecimento. Ou seja, dependerá do tipo de relacionamento estabelecido entre o agente e o interno. (Maria Caixeto, 2006, página 30)

A relação de dívida e gratidão permite negociações que restabeleçam as precedências, garantindo a adesão dos detentos aos valores hierarquizantes. (Vilma Diuana, 2008). Submetida à ordem disciplinar, a saúde funciona como elemento de troca e negociação para manutenção da ordem e da disciplina no cárcere.

Dentre outros agravantes no itinerário dos homens encarcerados que buscam a intervenção dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Prisional, salienta-se: 1) a falta de retorno para que haja continuidade no tratamento. Um dos motivos é o agente penitenciário acreditar que em apenas uma consulta o usuário já foi suprido em sua demanda de saúde. (Maria Caixeto, 2006). 2) o temor das doenças transmissíveis que os agentes penitenciários relatam estar expostos. Pode-se entender por que a tuberculose apresenta-se como a doença mais ameaçadora não só entre os detentos, mas também entre eles. Vilma Diuana (2008). 3) Os presos muitas vezes são percebidos como incapazes, indolentes e dissimulados, os presos devem apresentar sintomas verificáveis. O sofrimento psíquico parece não ser percebido como motivo suficiente para suscitar a assistência à saúde ou para evidenciar que algo não vai bem. (Ibidem)

O esquadramento do espaço prisional (lugares de presos/“lá dentro” e lugares de agentes de segurança penitenciária/“aqui fora”) e a separação “nós”/agentes de segurança penitenciária e “eles”/presos (guarda não tocar em preso) parecem proporcionar a impressão de um risco sob controle. (Ibidem). O risco, sob o prisma do agente penitenciário em relação ao trabalho desempenhado, não concerne apenas à contaminação pelas doenças que preocupam a todos, mas à contaminação pela sujeição criminosa. Assim, a necessidade de produzir estratégias defensivas que os afastem dos homens apenados.

“Eles [os presos] parecem entender apenas a linguagem da ignorância e o guarda que não age dessa forma passa a ser visto [pelos presos] como ‘guarda bombom’” (agente de segurança penitenciária). No contexto das relações agente de segurança penitenciária/detento, o cuidado aparece como fraqueza, como sinal de rebaixamento e submissão, inaceitável para a manutenção da imagem de “força” e “poder” reivindicada pelos dois polos desta interação.”. (Vilma Diuana, 2008, página 1892)

Como mal contagioso, são consideradas como ameaças, o contato direto com o preso, pelo compartilhamento forçado do espaço, pela convivência obrigatória, pelo confinamento, o que favorece o sentimento de exposição a uma possível contaminação que se estende do plano sanitário ao das identidades, do âmbito dos corpos ao psíquico e ao moral. Assim, o agente penitenciário como ator social é envolvido nos processos de subjetivação das masculinidades encarceradas. Tanto os presos como os agentes penitenciários estão expostos a reiterarem os padrões heteronormativos de masculinidades como forma de sobrevivência perante as

contingências locais da prisão. *“Minha palavra de honra me protege, para viver no país das calças beges.”* (Diário de um Detento, 2006). Porém, qualquer sinal de fragilidade ou qualquer outro atributo que não cole ao regime de masculinidade imposto pode trazer graves consequências, como humilhação ou mesmo a morte. O masculino, ao mesmo tempo, é submissão ao modelo e obtenção de privilégios.

Rosalice Lopes (2002) afirma em sua pesquisa que muito agentes, ao longo dos anos, passam a apresentar alterações comportamentais. Tornam-se alcoolistas, dependentes de drogas psicotrópicas ilícitas, anti-depressivos e ansiolíticos. Outros se envolvem em práticas ilegais e descobrem, tardiamente, como é tênue a linha que separa a conduta criminal da não criminal.

Ademais, todos estes homens que circulam nas galerias, segundo Vilma Diuana (2008), são confrontados com a impotência perante o sujo e o tóxico que aparecem como algo imposto e que, interiorizado, contamina as identidades associando-as ao lixo e ao sujo, àquilo do qual se quer distância. Além das doenças que associam à sujeira, também são percebidas como riscos à saúde a tuberculose e demais “doenças do pulmão”, a hepatite e a AIDS, nesta ordem, tanto por presos quanto pelos agentes penitenciários.

Por fim, não poderíamos esquecer, do lugar que as mulheres ocupam neste atravessamento, enquanto interlocutora das necessidades destes homens, inclusive no âmbito da saúde. São as mulheres visitantes que mobilizam muitas vezes à marcação de consultas, exames e outros procedimentos da área da saúde não disponíveis na penitenciária. Paula Foltran (2010) conclui que está a cargo das mulheres em contato com os presos efetivarem os encaminhamentos.

Conforme Valquíria Teixeira (2009), a visita é relatada como tão indispensável para a vida na prisão que, aos companheiros de cela que não recebem visita é disponibilizado por outros presos o fornecimento de materiais necessários para o cuidado diário do preso (higiene, roupas, colchão quando há), além do auxílio dos colegas para a resolutividade dos encaminhamentos que se fizerem necessários. Nada é cobrado em troca, exceto, que o sujeito retribua a outro a mesma ajuda quando for necessário. Esta questão revela que na casa dos homens, também se percebe relações de solidariedade entre os homens. (Daniel Welzer-Lang, 2001).

Apesar do coletivo de masculinidades encarceradas também servir às relações de amizade, como diria Racionais Mc's (Diário de um Detento, 2006), *“nada deixa mais doente, do que o abandono dos parentes”*. No que concerne às quatro músicas selecionadas para este escrito, a família e a mãe, são figuras quase sacralizadas e emblemas de uma vida sem o crime:

E o sofrimento alimenta mais a sua coragem.
 Que a sua família precisa de você
 Lado a lado se ganhar pra te apoiar se perder.
 Falo do amor entre homem, filho e mulher,
 A única verdade universal que mantém a fé.
 Olhe as crianças que é o futuro e a esperança,
 Que ainda não conhecem, não sentem o que é ódio e ganância. (A vida é
 um desafio, 2006)

A mulher assim, também é aquela que serve de ponte de sustentabilidade à ligação do homem com sua heterossexualidade e com os atributos de masculinidades dissociados da vida do crime. Além disso, a visita permite a verbalização das necessidades que não são legitimadas, como as necessidades em saúde. Para ilustrar bem esta questão, fica disponibilizado o relato de uma mulher, acerca de seu itinerário na busca pela internação do marido. (ANEXO 3)

Deste modo, temos novamente a figura feminina assumindo seu posto de cuidadora do corpo social masculino, sendo elemento chave para as formas de viver dos presos nos meandros biopolíticos do encarceramento. Pensando nisso, sublinha-se que a PNAISH, quando promove em seus discursos que os homens não se cuidam, promove como solução que vêm se ramificando nos discursos da PNAISH, de que cabe às mulheres cuidar dos homens. Cuidado refletido na mulher que deve levar seu companheiro para o serviço da atenção básica, especialmente as gestantes, como vimos no programa Rede cegonha. Pontua-se assim, a necessidade de estudos que contemplem a vida das mulheres enquanto visitantes destes homens.

Perante as prerrogativas sobre a produção social de masculinidades que sob o cárcere são execradas dos processos sociais e políticos e que tendem a resistir a reinventar a vida pública dos homens no espaço prisional, nos questionamos: Por que a saúde vai investir no corpo do homem preso se ele já está fadado ao fracasso? Foucault em seu livro *“Em defesa da sociedade”* explana sobre os processos da economia geral do poder que produzem alguns corpos infames para

os quais apenas a vida orgânica deve preservada. Não deixar morrer nem deixar viver socialmente é um dos objetivos do Estado, que quando não se coloca como tutor daquele corpo social, permite também sua morte física.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a perspectiva genealógica possibilitou-nos perceber novos horizontes para situar a inteligibilidade da rede enunciativa que atravessa a PNAISH, envolvendo a produção de um homem que não se cuida no contexto de uma política pública de saúde que finalmente atenderia a especificidade do corpo social masculino.

Explorando a história da saúde no Brasil, percebemos que os homens já eram objeto de medicalização nos diversos contextos históricos. Como a medicalização dos corpos não passa apenas pela assistência à saúde dos sujeitos, nem tampouco apenas pelo campo da saúde, mas se insere como um dispositivo de poder transversal a outros dispositivos, como da segurança, do trabalho e da sexualidade, tomou-se então essa transversalização o desafio deste trabalho. Desafio, no sentido de se apropriar da história sem perder o enlace com a atualidade, nem replicar simplesmente o que os livros já contaram tantas vezes.

Assumir o caráter de problematização, ao tomar as peculiaridades de produção social das masculinidades no campo da saúde, é recontar a história dissolvendo a veracidade naturalizada dos fatos. É perceber o caráter indissociável da relação gênero, raça, classe, geração na construção da versão brasileira da medicina social. Desconstruir as condições de possibilidade que permitiram a ela “firmar seus pés” na noção de raça; o imperativo que calcará a desigualdade social na cor da pele. O racismo científico vai esquadrihar os sujeitos potencialmente saudáveis e os potencialmente perigosos (vagabundos, desviantes sexuais, criminosos, revolucionários), bem como definir a doença pela sua herança hereditária.

A medicina foi convocada a higienizar uma mão de obra pós escravidão a fim de conter toda a potencialidade do coletivo de homens que poderiam se rebelar contra o sistema político. Diversas estratégias voltaram-se a este objetivo como a repressão à ociosidade da República Velha, concomitantemente à prevenção do alcoolismo e das doenças sexualmente transmissíveis; a exaltação ao trabalhador ideal nos regimes ditatoriais e a imaterialidade das garantias trabalhistas de uma

sociedade atual onde prevalece a competição e o individualismo. Diante destes aspectos, assinalamos o quanto o dispositivo de trabalho movimentou este estudo.

Com exceção da elite intelectual e econômica, que coloca-se a favor dos imperativos políticos e sociais do Estado, a norma passa a ser o homem que circula pela cidade como trabalhador. De resto, irão sobrar os homens mambembes; aqueles que adquirirem seu estatuto de masculinidade infame perante a sociedade. Assim, o dispositivo do trabalho, articula a medicalização do corpo social masculino ao passo que confere sujeitos dispostos a construir uma nação. Neste sentido, nos direcionamos ao território masculino do trabalho e o itinerário inóspito por onde os trabalhadores transitam ao adoecerem.

A partir de alguns postulados que são retomados enquanto considerações finais, como pensar a PNAISH como fio condutor que articula o passado com a atualidade? Percebemos que as noções de raça e classe social são desvinculadas da discussão atual sobre as masculinidades. Contudo, como herança dos ideários eugênicos percebemos os altos níveis de morte e doença por causas externas entre homens jovens negros e pobres. Diante da quase invisibilidade destes homens no terreno da saúde, adicionamos em nosso estudo um capítulo final dedicado à “casa dos homens” (Daniel Welzer-Lang, 2001, 2004, 2009) , no caso, a instituição prisão.

“Casa dos homens” desempenhou como conceito, um papel importante neste estudo, visto que quando é inferido que o espaço público é dos homens, percebemos que é necessário por em questão que para masculinidades mambembes rejeitadas em sua circulação resta-lhes o território privado das instituições. Mas se não há instituições suficientes em termos de espaço e aparatos de poder designados aos corpos infames, o que resta é institucionalizar a própria circulação do corpo. E restringir o corpo ao acesso aos serviços é restringir a própria vida.

Apesar de todo estigma direcionado ao trabalhador que adocece perante as condições de trabalho e a insegurança social e econômica que o espera ao buscar o cuidado em saúde, foi no território da prisão que encontram a materialidade da da morte dos homens (tanto orgânica como social), assim como havíamos encontrado no corpo escravo, nos moradores de rua, no cabloco. O homem preso é o emblema atual dos homens marcados para não viver, uma tanatologia do corpo social

masculino. Certa tristeza da autora, em alguns momentos, não pôde ser negada perante a trajetória deste estudo, através de uma atualidade em que o estigma é estampado nos jornais e na vida política. Uma sociedade que permite discursos públicos de que “africanos são amaldiçoados” e a “AIDS é o câncer gay”.³⁹

Na sequência discursiva que acompanha o homem criminoso, encontramos na política de saúde o caráter de réu atribuído aos homens. Tanto por serem tomados como incapazes de cuidarem da própria saúde, como por ser autores das situações de violência. Deste modo, uma análise intersetorial das políticas públicas de saúde, assistência social e segurança pública enquanto estratégias biopolíticas direcionadas preferencialmente aos pobres são tomadas como transversalizadoras nas produções de masculinidades objeto de preocupação social. Também colocamos como ponto crítico a total desarticulação da PNAISH com a Saúde do Trabalhador e a Saúde no Sistema Prisional, pois, tanto o homem considerado como trabalhador, como o homem criminoso tem acesso restrito ao SUS. Há um controle destes corpos que repudia aqueles que demandam cuidados. As masculinidades mambembes transitam por esta linha limítrofe entre trabalhador versus vagabundo. Logicamente, diversas nuances escapam a esta prescrição binarizada do modelo ideal de masculino e o seu oposto. Há uma riqueza e uma sutileza no universo das masculinidades que muito têm a ser explorado. Algo que dissolva qualquer dicotomização.

Afinal, se a PNAISH desvincula os homens de seu processo histórico e das políticas que tomam o masculino como foco central, que conexões com o masculino foram engendradas até então por esta política pública? Com toda a incipiência na materialização da PNAISH, desde o escasso financiamento federal disponível aos estados e municípios, até a total desarticulação de sua implementação, podemos assinalar que o “tiro saiu pela culatra”. Contudo, mais do que discutir a culatra daquele que precisa fazer o exame da próstata (discurso ofertado no início da execução da PNAISH) é problematizar sobre a culatra da história: os sujeitos negados, renegados, escondidos sob os feitos dos “grandes homens”.

³⁹ Em março de 2013, foi indicado para presidir a Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados o Deputado pastor Marco Feliciano do PSC (Partido Socialista Cristão). Este foi o autor dos comentários assinalados acima.

O tiro saiu pela culatra, quando a PNAISH , de acordo com o enunciado “o homem não se cuida”, atesta para os fins, como norma, o homem que se julga doente e que busca a medicalização de seu corpo como o bem faz a mulher. Contudo, esta construção social emperra numa aparente contradição: constatamos que os homens no contexto brasileiro, a partir do momento que se afastam de suas incumbências laborais pelo adoecimento já ferem o imperativo da masculinidade hegemônica. Homem que é homem não adocece. Diria a empresa, o colega da cela e até mesmo o próprio homem adoecido, pois assim fora criado.

Mas estaria a PNAISH disposta a reintroduzir outros movimentos que ampliem e facilitem o acesso aos direitos à saúde? De fato, se nos atermos à Rede Cegonha, seu objetivo não é dirigido aos homens já em processo de adoecimento. Seu foco é nos homens que devem realizar exames preventivos para doenças sexualmente transmissíveis. Transmissíveis à mulher e à criança. Além disso, temos o câncer de próstata, doença que serviu de motivo para os fins encabeçados pela Sociedade Brasileira de Urologia. Sendo assim, esta política pública em saúde objetiva mesmo que os homens sejam medicalizados como as mulheres para o aumento da qualidade de vida destes, ou há de se higienizar o corpo social masculino para a boa saúde das mulheres e crianças?

De qualquer modo, a PNAISH produz o corpo masculino como sujeito moral. Um das afirmações mais alegóricas do documento oficial é de que os homens historicamente não foram protagonistas de suas demandas de saúde. Qualquer referência pela luta ao direito de saúde é desvinculada das masculinidades. Mas basta perguntar: Quem eram os trabalhadores sindicais mobilizadores das greves? Quem eram os participantes da revolta das vacinas? Quem eram tantos outros sujeitos em tantas outras reivindicações coletivas que lutavam por melhores condições de trabalho, de vida, na rua, na prisão? Isto não é ser protagonista de sua saúde?

Em suma, temos diante de nós, diversos campos de análises empreendidos neste estudo, conferindo seu caráter de alicerce para que outras pesquisas possam compor, com maior profundidade, sobre como as masculinidades têm sido ensejadas, revisitadas e, sobretudo, resistentes aos processos de medicalização. Os dispositivos de poder que constituíram os homens, ao mesmo tempo os adoecem e

culpabilizam aqueles que expressam suas necessidades de saúde. Ou seja, o homem que tem que ter uma saúde de ferro para ser homem, agora é submetido pela PNAISH ao regime discursivo que o impele a reconhecer sua fragilidade, ao passo que as masculinidades são móveis e tensas.

4. REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Crislaine; TEIXEIRA; Níncia Cecília Ribas. (2008). *Uma análise das condições de produção musical da época da ditadura*. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação IX Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Guarapuava – 29 a 31 de maio de 2008. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, Paraná.

AQUINO, Estela M L. (2011). *Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17Maio .

ARAN, Marcia; PEIXOTO JUNIOR, Carlos Augusto. (2009). *Subversões do desejo: sobre gênero e subjetividade em Judith Butler*. Cad. Pagu, [online]. Campinas, n. 28, 2007 . BEAUVOIR, Simone de. *O Segundo Sexo*. Tradução Sérgio Milliet. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

ARAÚJO, Carlos Eduardo Moreira. (2007). *Da casa de correção da corte ao Complexo Penitenciário da Frei Caneca: um breve histórico do sistema prisional no Rio de Janeiro, 1834-2006*. Revista Cidade Nova. Rio de Janeiro: Editora Garamond. nº1 – 2007 – issn 1981-7983.

ARILHA, M. (2005). *O masculino em conferências e programas das Nações Unidas: para uma crítica do discurso de gênero*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

BARRETO, Lima. (1959). *Triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo, Brasiliense.

BARRETO, Maria Renilda Nery.(2010). *Entre brancos e mestiços: o cotidiano do Hospital São Cristovão na Bahia Oitocentista*. Pág. 49-65. MONTEIRO, Yara Nogueira (Org). *História da saúde: Olhares e veredas*. São Paulo: Instituto de saúde.

BATISTA, Luís Eduardo. (2005). *Masculinidade, raça/cor e saúde*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de maio de 2011.

BEAUVOIR, Simone de. (1980). *O segundo sexo*, vol. 1 e vol. 2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BENDASSOLLI, Pedro Fernando. (2000). *Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo*. Tempo Social, 12 (2), nov. 2000.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. (2005). *A humanização como dimensão pública das políticas de saúde*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de outubro de 2011

ÍBLIA, V. T. Gênesis (1969). Português. *A bíblia sagrada*. Tradução João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil. Capítulo 13.

BRANDÃO, André Augusto Pereira. (2002). *Os novos contornos da pobreza urbana: espaços sociais periféricos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2005). *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.

BRASIL. (1933). *A instrução profissional e a educação moral, cívica e agrícola - Discurso pronunciado por Getúlio Vargas, na capital da Bahia, Salvador em 18 de agosto de 1933*. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos-1/1933/02.pdf/download>. Brasília: Biblioteca da Presidência da República, 18 de agosto de 1933.

_____. (1936). *Necessidade e dever de repressão ao comunismo: resposta à manifestação popular recebida, na capital federal, por ocasião do regresso de fetrópolis, em 10 de maio de 1936*. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos-1/1936/02.pdf/view>. Brasília: biblioteca da presidência da república, 1º de maio de 1936.

_____. (1939). *O bem-estar e a saúde das mães e das crianças: discurso pronunciado no palácio guanabara, em comemoração do natal, a 24 de dezembro de 1939*. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos-1/1939/09.pdf/download>. Brasília: Biblioteca da Presidência da República, 24 de dezembro de 1939.

_____. (1940). *Realizações e projetos do Estado Novo - entrevista coletiva à imprensa, no Palácio do Governo, em Porto Alegre em 12 de março de 1940*. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas/discursos-1/1940/08.pdf/view>. Brasília: Biblioteca da Presidência da

República, 12 de março de 1940.

_____. (1996). *Lei ordinária 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 ago.

_____. (2004) *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf.

_____. (2006). Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

_____. (2009). *Política Nacional de Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas.

BRASIL. (2010). *Saúde do Homem*. Brasília, Portal da saúde, Ministério da Saúde.

_____. (2010). *Ministério da Saúde incentiva pais a fazerem pré-natal masculino*. Brasil.gov.br. Governo Federal. Publicado em 13 de setembro de 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/09/13/ministerio-da-saude-incentiva-pais-a-fazerem-o-pre-natal-masculino>.

_____. (2011). *Projeto de Decreto Legislativo n.º 234, de 2011*. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1E3DEE05969B392F34319E4895CE9B19.node1?codteor=887984&filename=Avulso+-PDC+234/2011. Acesso em: 30 de dezembro de 2012.

_____. (2011a). *A Voz do Brasil. Transcrição realizada pela EBC -Empresa Brasil de Comunicação do programa radiofônico em 28 de novembro de 2011*. Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino> e <http://www.ebcservicos.ebc.com.br/servicos/servico-de-radio/radiorelease/ministerio-da-saude/saude-do-homem-pre-natal-masculino-vai-incentivar-futuros-pais-a-fazerem-check-up-preventivo.mp3/view?searchterm=pr%C3%A9%20natal%20do%20homem>.

_____. (2011 b). *Pré-natal masculino*. In: Saúde do Homem. Ministério da saúde, 28 de março de 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-homem/pre-natal-masculino>.

_____. (2011c). *Rede Cegonha conta com quase R\$ 9,4 bi para garantia da assistência segura e humanizada à mãe e ao bebê*. Portal da saúde: Ministério da Saúde. Publicado em 28 de março de 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12362

BURSZTYN I. (2009). *Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil*. Cad Saúde Pública 2009; 24(10):2227-238.

BUTLER, Judith. (2003) *O parentesco é sempre tido como heterossexual?*. Cad. Pagu, Campinas, n. 21, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332003000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332003000200010>.

BUTLER, Judith. (2008). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CAIXETO, Maria Clara. (2006). *Plano Nacional de saúde no Sistema Penitenciário: análise do processo de sua implementação no distrito federal*. Universidade de Brasília, instituto de ciências humanas Trabalho de conclusão de curso. Departamento de serviço social.

CARDIN, Valéria Silva Galdino. (2010) *Do planejamento familiar, da paternidade responsável e das políticas públicas*. IBDFAM, Belo Horizonte. Disponível em:<www.ibdfam.org.br>. Acesso em: 01 set.2012.

CAROLA, C.R. (2012). *Jeca tatu e o processo civilizador da família rural brasileira*. Disponível em: <<http://www.fef.unicamp.br/sipc/anais8/Carlos%20Renato%20Carola%20UNESC%20Pg.pdf>>. Acessado em 07/12/2012.

CARRARA, Sérgio.(1996) *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

CARRARA, Sérgio. (2005). *Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005. Disponível:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 maio 2011.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. (2009). *A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino*. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de maio de 2011.

CARRARA, Sergio Luis; VIANNA, A. R. B.(2006). “*Tá lá o corpo estendido no chão...*”: a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. Physis. Revista de Saúde Coletiva. v. 16, p. 233-249.

CARRIERI, Alexandre de Pádua; SOUZA, Eloisio Moulin. (2010). *A analítica queer e seu rompimento com a concepção binária de gênero*. Rev. Adm. Mackenzie, V. 11, N. 3, Edição Especial. São Paulo. Maio/Jun. 2010. Issn 1678-6971 Universidade Presbiteriana Mackenzie. Walter Bataglia (Ed.), p. 46-70.

CASSÍLIA, Janis; VENANCIO, Ana. (2010). *História da política assistencial à doença mental (1941-1956): o caso da Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro*. In: Simpósio Nacional de História - Anpuh, 24. 2007, São Leopoldo. Anais... São Leopoldo: Unisinos. Disponível em:

<http://snh2007.anpuh.org/resources/content/anais/Ana%20Teresa%20Venancio.pdf>
Acesso em: 24 ago. 2010.

CASTEL, Robert. (1998). *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes.

CASTRO, Edgardo. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Editora Autêntica.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (1997). *Modelos tecno assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cadernos de saúde Pública, volume 13, n. 3, pág. 469-478.

CHALHOUB, Sidney. (2001). *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores na Belle Epoque*. Campinas: Editora Unicamp.

CLIMACO, Danilo. (2008). *Das transformações da dominação masculina*. Cad. Pagu, Campinas, n. 30, Junho de 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332008000100024&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Jan. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332008000100024>.

CNM. (2010). *Financiamento para Saúde do Homem é insuficiente para manter política*. Agência da Confederação Nacional de Municípios. Disponível em: http://www.cnm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14939&catid=27:saude&Itemid=116. Brasil.

COIMBRA, Cecília. (2002). *Doutrina de segurança nacional e produção de subjetividade*. In C. Rauter, E. Passos, & R. B. Barros (Orgs.), *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos* (pp. 25-38). Rio de Janeiro: Franco Basália e Tecorá

COIMBRA, Cecília, NASCIMENTO, M.L. (2005). *Ser jovem, ser pobre é ser perigoso?* http://www.slab.uff/exibetexto2.php?link=.%2Ftexto23.htm&codtexto=23&cod+23&tp+t&nome_autor. Acesso em 16 de janeiro de 2013.

COLBARI, Antônia. (1995). *Ética do trabalho: a vida familiar na construção da identidade profissional*. São Paulo: Editora Letras & Letras.

COROSSACZ, Valéria Ribeiro. (2009). *O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 294 p.

CORREA, Sonia e PETCHESKY, Rosalinda (1996) *Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista*. Physis. [online]. 147-177.

COSTA, E. V. (2012). *Primeiros povoadores do Brasil: o problema dos degredados*. Revista de História, São Paulo, v. 12, n. 27, p. 3-23, jul./set.

COSTA, Icléia Thiesen Magalhães. (2004). *Imagens da clausura: informação, memória e espaço prisional no Rio de Janeiro*. Projeto de pesquisa em desenvolvimento no Departamento de História e no Mestrado em Memória Social e Documento da UNIRIO, Centro de Ciências Humanas. Rio de Janeiro.

COSTA, Jurandir Freire.(1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

COSTA, Jurandir.(2007). *História da psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico*. Rio de Janeiro: Editora Garamound.

COUTO, Márcia Thereza. (2009).*Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Ciênc. saúde coletiva,Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Apr. 2009.

COUTO, Márcia Thereza; Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. (2010). *O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero*. Interface Comum Saúde Educ. 2010;14(33):255-70.

COSTA, Maurício da Silva Drumond. (2006). *Os gramados do Catete: Futebol e Política na Era Vargas (1930-1945)*. SILVA, Francisco Carlos; SANTOS, Ricardo Pinto (ORG). *Memória Social dos esportes: Futebol e Política: a construção de uma identidade nacional*. Rio de Janeiro: Mauad Editora: FAPERJ.

COSTA, Tonia; Stotz Eduardo. (2006). *Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução*. Interface (Botucatu), Botucatu, [online] v. 10, n. 20, Dec. 2006 .

DEJOURS, C. (1987). *Loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré; 1987.

DEJOURS, Christophe. (2007). *A banalização da injustiça social*. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é filosofia?* Tradução Éric Alliez. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992

DETONI, Priscila Pavan. (2010). *"Seguir barragem": (re-des) construções das masculinidades num canteiro de obras de uma usina hidrelétrica*. Dissertação de mestrado Pós graduação psicologia Social e Institucional. Orientador Henrique Caetano Nardi. URGs: Porto Alegre, 2010.

DIAS, Elizabeth; C & Hoefel, MG. (2005). *O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST*. *Ciência & Saúde Coletiva* 10(4): 817-828. Rio de Janeiro.

DIUANA, V, et al. *Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1887-1896, 2008. [citado 28 abril 2012] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/17.pdf> 6.

DUARTE, Geraldo. (2007). *Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de*

infecções. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, Apr. 2007.

DUARTE, Rachel. (2012). *Conselho de Psicologia e governo federal ligam PL da 'cura gay' à homofobia*. Rede Brasil Atual, dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2012/12/conselho-de-psicologia-e-governo-federal-ligam-pl-da-cura-gay-a-homofobia>. Acesso em: 31 de dezembro de 2012.

DUARTE, Rachel. (2012). *Não saio do cargo sem resolver Presídio Central, diz Airton Michels*. Jornal o Sul. Disponível em: <http://www.sul21.com.br/jornal/2012/08/nao-saio-do-cargo-sem-resolver-presidio-central-diz-airton-michels/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2013.

DUARTE, Sebastião; MOREIRA, Juliano. *A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde*. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.03, Nº. 01, Ano 2012 p. 520-530.

EDLER, Flávio Coelho. (2010). *Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial*. Página 25-49. PONTE, Carlos Fidélis (ORG). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2010, 340 p

FARAH, M. F. S. (2004). *Gênero e políticas públicas*. Estudos Feministas, [online] Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr.

FARIA, Cátia. (2008). Dura Lex, Sed Lex. A luta pelo reconhecimento dos presos políticos no Brasil (1969-1979). *Revista Histórica*, São Paulo, n. 33, [s.p.], out. 2008. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao33/materia05/>>. Acesso em: 13 ago. 2011.

FARO, L. et. al. (2010). *Homem com H: a saúde do homem nos discursos de marketing da indústria farmacêutica*. Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Anais -Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, Ago. 2010.

FASSIN, D. (2005). Biopouvoir ou biolégitimité: splendeurs et misères de la santé publique. In M. C. Granjon (Ed.), *Penser avec Michel Foucault: théories critiques et pratiques politiques*. Paris: Karthala.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg. (2006). *Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 165-184.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. (2011). *Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS*. Revista de Psicologia da UNESP, América do Norte.

FERREIRA, GA. (2006). Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. *Psicanálise Barroca*. [Internet]. 2006 [citado 2010 out 28];4(1):77-85. Disponível em:<http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista/revistas/07/REFORMA.pdf>.

FERREIRA, Ricardo Alexandre. (2009). *Livres, escravos e a construção de um conceito moderno de criminalidade no Brasil Imperial*. *Estudos Avançados*, v. 28, n. 2, p. 339-376.

FIGUEIREDO, Wagner. (2005). *Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Março, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de maio de 2011.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. (2001). *Foucault e a análise do discurso em educação*. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 114, Nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742001000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742001000300009>.

FILHO, Cláudio Bertolli. (2008). *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Ática.

FLEURY, Sônia. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):743-751.

FOLTRAN, Paula Juliana. (2010). *A visita nas unidades prisionais e seu papel na mediação do acesso aos direitos da pessoa presa: uma reflexão acerca das desigualdades de gênero na política penitenciária*. *Fazendo Gênero*, Florianópolis, 2010.

FOUCAULT, Michel. (1977) *A Vida dos Homens Infames*. In: *Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber*. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 2003.

_____. (1979). "*Genealogia e poder*". In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1979). "*Nietzsche, a genealogia e a história*". In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1979). "*A política de saúde no século XVIII*". In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1986). *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense.

_____. (1984). *O que são as Luzes?* In: *Ditos e escritos II. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 335-351, 2005.

_____. (1988). *História da sexualidade I – A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, p. 7-21.

_____. (1989). *O nascimento da medicina social*. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (1995). “*O sujeito e o poder*”. In: DREYFUS, H. L. ; RABINOW, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, p.231-249.

_____. (1999). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 20ª ed. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Vozes.

_____. (2001). *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2002). *Em defesa da sociedade: curso no collège de france (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2004). *Ética, Política e Sexualidade*. Coleção Ditos& escritos. Vol.V. Rio de Janeiro Forense Universitária.

_____. (2006). *Ditos e escritos, Vol 4*. São Paulo: Forense Universitária.

_____. (2007). *Microfísica do Poder*. 3 edição. Rio de Janeiro: Graal.

_____. (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2010). *A arqueologia do saber*. Tradução: Luiz Felipe Baeta Neves. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

GIAMI, Alain. (2005). *A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade?* Physis, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2.

GIZLENE, Neder. (2009). *Degredo e pena de morte no Brasil Império*. Congresso ANPUH – xxv Simpósio Nacional de História – Fortaleza, 2009.

GOFFMAN, E. (1961). *As características das instituições totais*. In: *Manicômios, prisões e conventos (1961)*. São Paulo: Perspectiva.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. (2007). *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 May2011.

GOMEZ, Carlos Minayo; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. (2005). “*Saúde do trabalhador: novas-velhas questões*”. *Ciência& Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 797-807, out./dez. 2005.

GONÇALVES, R. (2008). *A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília.

GUATARRI, Félix. (2005). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Guatarri, Rolnik Suely. Rio de Janeiro: Vozes.

GUIMARAES, Cristian Fabiano; MENEGHEL, Stela Nazareth; OLIVEIRA, Carmen Silveira de. (2013). *Subjetividade e estratégias de resistência na prisão*. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 26, n. 4, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932006000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932006000400010>.

HARAWAY, Donna. (2004). *Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra*. *Cadernos pagu* (22), Campinas-SP, Núcleo de Estudos de Gênero- Pagu/Unicamp, pp.201-246.

HASSEN, Maria Nazareth Agra. (1999). *O trabalho e os dias: ensaio antropológico sobre trabalho, crime e prisão*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

HEILBORN, Maria Luiza; CARRARA, Sérgio. (1998). "Em cena os homens". *Revista Estudos Feministas*, IFCS/UFRJ, v. 6, n. 2, p. 370-374, 1998.

HILLESHEIM, Betina; CRUZ, Lilian Rodrigues. (2010). *Deslizamentos: programa/estratégia saúde da família*. In: *Psicologia, Formação, Política e Produção em Saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS, , pág. 243-253.

IBGE. (2008) *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde* . Disponível:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/defaulttab_pdf.shtm. Acesso em: 12 de fevereiro de 2013. Brasil.

IGNÁCIO, Vivian. T. G., & NARDI, Henrique. C. (2007). *A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos*. *Psicologia e Sociedade*, 19(3), 88-95.

IRALA, Denise de Azevedo et. al. (2011). *Trabalho em saúde com pacientes apenados: sentidos metafóricos gerados no contexto hospitalar*. Rio de Janeiro: Acta Revista de Enfermagem, 24(2):206-12.

JIMENEZ, Luciene. (2002). *Efeitos do desemprego prolongado na divisão sexual do trabalho: estudo de uma população masculina do ABC/São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

JORNAL DE BRASÍLIA. (2010). "Pré-natal" para homens: Futuros pais serão estimulados a realizarem check-up com as gestantes. Brasília, publicado em 14 de novembro de 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/prenatal-para-homens>.

KNAUTHI, Daniela Riva, et al.(2012). Manter-se acordado: a vulnerabilidade dos caminhoneiros no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2012;46(5):886-893.

KODAMA, Kaori. (2008). *Os debates pelo fim do tráfico no periódico O Philantropo (1849-1852) e a formação do povo: doenças, raça e escravidão*. *Rev. Bras. Hist.*, São Paulo, v. 28, n. 56, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010201882008000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882008000200007>.

KOFES, Suely. (2008). *No labirinto, espadas e novelo de linha: Beauvoir e Haraway, alteridades, e alteridade, na teoria social*. *Rev. Estud. Fem.* [online], vol.16, n.3, pp. 865-877. ISSN 0104-026X.

LAMOUNIER, Maria Lúcia. *Agricultura e mercado de trabalho: trabalhadores brasileiros livres nas fazendas de café e na construção de ferrovias em São Paulo, 1850-1890*. *Estudos Econômicos*. vol. 37, n. 2, p. 353-372, 2007.

LEITE, Carla Sena. (2006). *Ecos do Carandiru: Estudo Comparativo de quatro narrativas do Massacre*. Tese de Mestrado, UFRJ, 2006.

LEÓN, Adriano Azevedo Gomes. (2010). *As Artes da Tirania: Sexo, Foucault e Teoria Queer*. Auriús. *Revista de ciências humanas e artes*. Universidade Federal da Paraíba v. 16, n.1/2, jan./dez, 2010.

LIPSKY, Michael. (2010). *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russel Sage Foundation: New York.

LOBATO, Monteiro. (1946). *Ideias de Jeca Tatu*. Editora Brasiliense: São Paulo. Volume 4

LOBATO, Monteiro. (1964). *Problema Vital*. São Paulo: Brasiliense, 1964. 340p.

LOBO, Lilia Ferreira. (2008). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.

LOPES, Rosalice. (2002). *Psicologia jurídica o cotidiano da violência: o trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais*. *Psicologia América Latina*, México, n. 0, ago. 2002. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870350X2002000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 jan. 2013.

LOURO,Guacira Lopes. (2004). *Um Corpo Estranho: Ensaios Sobre Sexualidade e Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica.

LOURO, Guacira. (1999). *O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 176 p.

MAENO, Maria; BUSCHINELLI, José Tarcisio P. *Sobre a proposta de concessão de benefícios por incapacidade sem perícia inicial do INSS*. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 37, n. 125, June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 06 June 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000100002>

MALCHER, Leonardo. (2007). *Aos cuidados de Príapo: impotência sexual masculina, medicalização e tecnologia na medicina do Brasil*. Porto Alegre, tese de doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MATOS, Maria. (2001). *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. 2 edição. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

MEDEIROS, Patrícia Flores.(2008). *Políticas da Vida: entre saúde e mulher*. Tese Doutorado em psicologia na Faculdade de psicologia. Porto Alegre: PUCRS. Orientadora GUARESCHI, Neuza M. de Fátima.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge, AZEVEDO, Mariana. (2009). *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife, Instituto PAPAI.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO. (2010). *Reflexões irônicas sobre gestão pública dos Homens na saúde: entre a disciplina e a Positividade do risco*. In: Homens, domesticidade e políticas públicas na saúde reprodutiva. (Org.) Instituto PAPAI, Gema, FAGES, Promundo Margens (UFSC): Recife, p. 53-78.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; OLIVEIRA, Ana Roberta; SOBRINHO André. (2010). *Juventude, mobilização social e saúde: Interlocuções com políticas públicas*. Instituto PAPAI/MAB/Canto Jovem (Org). Recife, 136p.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; Oliveira.(2010). Políticas públicas como dispositivos de produção de paternidades. Em MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos; PETRINI, (Org.). *O pai na sociedade contemporânea*. (pp. 40-55). Bauru: EDUSC.

MEIMES, Livia. (2011). *Homens não são de ferro: receio de ir ao médico compromete a saúde masculina*. Jornal Zero Hora. Porto Alegre. 31 de outubro de 2011.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. (1991). Da Medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, v.25, n.5, p. 3-11.

MENDES, R & Campos, ACC, (2004). Saúde e Segurança no Trabalho Informal: Desafios e Oportunidades para a Indústria Brasileira. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* (2) 3:209-223. Belo Horizonte (MG)

MÉNDEZ, Natália Pietra. (2005). *Do lar para as ruas: capitalismo, trabalho e feminismo*. *Revista Mulher e Trabalho: as mulheres no mundo do trabalho* (parte II). v.5. Fundação de Economia e Estatística, RS, p.1-13, 2005. Disponível em <

http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/pt/content/publicacoes/pg_revistas_mulheretrabalho_2005.php >. Acesso em 20 de fevereiro de 2013.

MENDES, Jussara. (1999). *O verso e o anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Faculdade de Serviço Social da PUCSP.

_____ et all. *Projeto: Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no Mercosul*. Porto Alegre: NEST/PUCRS, 2006.

MEYER, Dagmar. (2005). *Teoria e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais*. Rev Bras Enferm. [online] 2005;57(1):13-8.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. (2005). *Resolução CNPCP nº 4 de 23/11/2005*. Edita o Manual de Atendimento em Situações Especiais - Greve de Fome. Brasil. Disponível em: http://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-4-2005_102446.html. Acesso em: 02 de fevereiro de 2013.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2012). *Execução penal.Sistema Integrado de Informações Penitenciárias – InfoPen*. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B622166AD2E896%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC37B2AE9-4C68-4006-8B124D28407509C%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11A26F70F4CB26%7D>. Acesso em:02 de março de 2013.

MIRANDA AE, Vargas, et al.. (2004). Saúde sexual e reprodutiva em penitenciária feminina, Espírito Santo, Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 38 (2):255-60, 2004. [citado 29 abril 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19786.pdf>.

MISE, Michel. (2010). *Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria "bandido"*. Lua Nova, São Paulo, n. 79, p. 15-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ln/n79/a03n79.pdf>. Acesso em: 15.maio.2012.

MISKOLCI, Richard. (2009). *A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização*. Sociologias, Porto Alegre,n. 21, June 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:03 de junho de 2011.

MONTEIRO, Vitor. (2006). *Esportes, masculinidade e Identidade Nacional: A Revista Nação Armada (1939-1937)*. SILVA, Francisco Carlos; SANTOS, Ricardo Pinto. (ORG) Memória Social dos esportes: Futebol e Política: a construção de uma identidade nacional. Rio de Janeiro: Mauad Editora: FAPERJ.

NASCIMENTO, Marcos; SEGUNDO, Márcio; BAKER, Gary. (2011). *Reflexões sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social*. Saúde do Homem em debate. GOMES, Romeu (ORG). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

NARDI, H. C. O. (1998). *Ethos Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho*. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 95-100.

NARDI, H.C. (2003). A propriedade social como suporte da existência: a crise do individualismo moderno e os modos de subjetivação contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, 1(15), 37-56.

NARDI, Henrique Caetano; TITTONI, Jaqueline; RAMMINGER, Tatiana.(2005). *Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, Aug. 2005

NARDI, Henrique Caetano. (2006). *A naturalização do discurso liberal: riscos da privatização do público*. In: Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade: uma semana de notícias nos jornais. SPINK, Peter, SIPNK, Mary Jane (Org). São Paulo: Cortez, p. 165- 188.

NASCIMENTO, Pedro. (2005). *Homens e saúde: diversos sentidos em campo*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Mar. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Maio de 2011. LOURO, G. L.. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.

NASCIMENTO, EC (et al.). (2007). *Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada*. *Revista Saúde Pública*. 2007;41(2):290–3.

NOVAES, José. (2001). *Um episódio de produção de subjetividade no Brasil de 1930: malandragem e estado novo*. *Psicol. estud.* [online]. 2001, vol.6, n.1, pp. 39-44. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000100005>.

OLIVEIRA, Daniel. (2009). *Doença ou estigma social? Enfermos venéreos em hospitais de porto alegre no final do século XIX*. *Revista Historiador*. Brasil História, Cultura e Sociedade, número 02, 02 de dezembro de 2009, p. 57 Disponível em: <http://www.historialivre.com/revistahistoriador/doi/daniel.pdf>, Acesso em 20 de outubro de 2012.

PARADA, Maurício. (2006). *Corpos físicos como corpos cívicos: práticas deportivas e educação física no Brasil sob o Estado Novo*. SILVA, Francisco Carlos; SANTOS, Ricardo Pinto. (ORG) *Memória Social dos esportes: Futebol e Política: a construção de uma identidade nacional*. Rio de janeiro: Mauad Editora: FAPERJ.

PARANHOS, Adalberto. (2004). *A ordem disciplinar e seu avesso: música popular e relações de gênero no “Estado Novo”*. Texto apresentado em sessão do Núcleo de Trabalho sobre Gênero durante o VII Congresso Internacional da Brasa (Brazilian Studies Association). Disponível em: http://www.pucsp.br/neils/downloads/v13_14_adalberto.pdf. PUCRio de Janeiro: 12 de junho de 2004. Acesso em: 31 de dezembro.

PINHEIRO, Cláudio C. (2002). *No governo dos mundos: escravidão, contextos*

coloniais e administração de populações. Estud. afro-asiát., Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-546X2002000300001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 out. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-546X2002000300001>.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, R. (2001). *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

PERROT, Michele. (2005). *As mulheres ou os silêncios da história*. Bauru-SP, Edusc.

POCAHY, Fernando; DORNELLES, Priscila Gomes. (2010). *Um corpo entre o gênero e a sexualidade: notas sobre educação e abjeção*. Instrumento: Revista Estudos e Pesquisa em Educação. Juiz de Fora, v. 12, n. 2, jul./dez. 2010 p. 125-136.

PONTE, Carlos; REIS, José Roberto. (2010) *Saúde Pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes*. Página 113-150. PONTE, Carlos Fidélis (ORG). *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2010, 340 pág.

PORTO, Ângela. (2006). *O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas*. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01059702006000400013&lng=en&nrm=iso>. Access on 07 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000400013>.

PORTO, Ângela. (2008). *Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 11, n. 4, Dec, 2008.

PRINS, Baujke; MEIJER, Irene Costera. (2002). *Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler*. In: Estudos Feministas, v. 10, n. 1. Florianópolis, 1. semestre, 2002, p. 15

QUEIROLO, Silvia. *Periculosidade: da norma médica a norma jurídica*. Temas IMESC. Revista Sociedade direito à saúde. v.1 ano 2 p. 93-100.

RACIONAIS MC'S. (2006). *1000 trutas 1000 tretas*. Cosa Nostra, CN 007.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. (2008). *Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.25, p.339-46, abr./jun. 2008.

RAUTER, Cristina. (2007). *Clínica e estratégias de resistência: perspectivas para o trabalho do psicólogo em prisões*. In: Psicologia e Sociedade; 19 (2): 42-47, 2007.

- REVEL; Judith. (2005). *Michel Foucault: Conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz.
- ROCHA, Eduardo. (2011). “*Senhor de engenho, eu sei bem quem você é*”: racionais MC’s e a desconstrução político-cultural da nacionalidade. XI Congresso luso brasileiro de ciências sociais. Diversidades e (De)igualdades. Universidade Federal da Bahia. Disponível:http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307128683_A_RQUIVO_EduardoCONLAB.pdf. Acesso em: dezembro 2012.
- RODRIGUES, Carla. (2011). “*A costela de Adão: diferenças sexuais a partir de Lévinas*”. Revista de Estudos Feministas, 19(2): 336, maio-agosto/2011.
- ROHDEN, Fabíola. (2002). *Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX*. Horiz. antropol., (online) Porto Alegre, v. 8, n. 17, Junho 2002.
- ROHDEN, Fabíola. (2012). *A construção da diferença sexual na medicina*. Cad. Saúde Pública [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp. S201-S212. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>
- ROSE, Nikolas. (2011). *Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital*. Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida / Luís Henrique Sacchi dos Santos, Paula Regina Costa Ribeiro (orgs.). – Rio Grande : FURG, p. 13-33.
- SCARCELLI, I. R. (1998). *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo (1989-1992)*. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)–Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SAKAMOTO, Eduardo. (2012). *Caminhoneiros são os trabalhadores que mais morrem no Brasil*. Blog do Sakamoto. UOL Notícias. Abril de 2012. Disponível em: <http://blogdosakamoto.blogosfera.uol.com.br/2012/04/28/caminhoneiros-sao-os-trabalhadores-que-mais-morrem-no-brasil/>. Acesso em: março de 2013.
- SALIH,SARA. (2011). *Judith Butler e a teoria queer*. Trad. Guacira Lopes Louro. Belo Horizonte: Autêntica Ed. (no prelo).
- SANT’ANNA, Marilene Antunes.(2009). *Trabalho e Conflitos na Casa de Correção da Corte*. In:MAIA, Clarissa Nunes et al (orgs). História das prisões no Brasil, v. 1. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
- SANTOS, Cíntia; PERES, Wiliam. (2011). *Tecnologias de gênero, masculinidades e aprisionamentos na execução penal*. Revista Internacional Florianópolis, v.8, n.1, p. 185-199, jan/jul. 2011.
- SANTOS, Fernanda Cássia. (2012). *A construção das masculinidades no discurso médico e nos romances para homens (1885-1923)*. Universidade Federal Do Paraná. Programa de Pós-Graduação em História. Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Paula Vosne Martins. Curitiba, 2012.

SARTI, Cynthia Andersen; BARBOSA, Rosana Machin; SUAREZ, Marcelo Mendes. (2005). *Violência e gênero: vítimas demarcadas*. Physis, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000200003>.

SARTI, C. A., Barbosa, R. M., & Suarez, M. M. (2006). *Violência e gênero: vítimas demarcadas*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 16(2), 167-183.

SCHRAIBER, Lilia Blima.(2010). *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, May 2010 .

SCOTT, Joan. (1990). *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação Realidade - V.16.

SCHWARCZ, Lilia Moritz.(2006). Racismo à brasileira. In: BARROS, José Marcio et al. Ensino de história e cultura africana e afro-brasileira: livro-texto. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual. p. 36-48.

SEFFNER, Fernando. (2003). *Derivas da Masculinidade: Representação, Identidade e Diferença no Âmbito da Masculinidade Bissexual*. Porto Alegre: Tese de Doutorado do Programa de Pós Graduação de Educação da UFRGS, 2003.

SILVA, Rosane Neves da. (2004). Notas para uma genealogia da Psicologia Social. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, Aug. 2004, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822004000200003>.

SILVA, Rosane. (2004). *A dobra deleuziana: Políticas de subjetivação*. Disponível em <http://www.dossie_deleuze.blogspot.com.br/> Acesso em 10 ago. 2009.

SILVA, Alessandra Dartora. (2008). *Entre a saudade do passado e os desafios do presente: representações de velhice, saúde e doença entre homens*. Porto Alegre: UFRGS. Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação,.

SILVA, Alessandra Dartora; SEFFNER, Fernando. (2011). *Masculinidades (Im)Possíveis: Corpo, Gênero E Sexualidade em (Des)Articulação com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem*. Anais do V Seminário Corpo, gênero e sexualidade : instâncias e práticas de produção nas políticas da própria, I Seminário Internacional Corpo, gênero e sexualidade, I Encontro gênero e diversidade na escola, de 25 a 27 de agosto de 2011, Rio Grande, RS [recurso eletrônico] ; organizadores Paula Regina Costa Ribeiro, Luis Henrique Sacchi dos Santos. Rio Grande, RS : FURG, p. 755-764.

SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli. (2000). *Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens tem a ver com isso?* Revista estudos feministas. Centro de Filosofia e

Ciências Humanas e Centro de Comunicação e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina, 2000,159- 168

SOUTO, K. (2009). *A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero*. SER Social, [online]. Brasília, Vol. 10, N. 22, ago. 2009.

TAVARES, Gilead Marchezi. (2011). *O dispositivo da criminalidade e suas estratégias*. *Fractal Revista de psicologia*. v. 23, n. 1 .

TINOCO, Stelamaris Glück. (2009). *Articulando gênero e saúde mental: implicações da saúde mental na construção de masculinidades de homens usuários do CAPS II de Alvorada/RS*. Especialização em educação, sexualidade e relações de gênero. Orientador: Seffner, Fernando . Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação.

TITTONI, Jaqueline. (1994). *Subjetividade e trabalho*. Porto Alegre: Ortiz.

TRAVANCAS, Isabel. (1999). "De Pedro Pedreiro ao Barão da ralé: o trabalhador e o malandro na música de Chico Buarque de Holanda. Estudo apresentado no curso Estrutura Social do Brasil dentro do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - PPGAS - Museu Nacional. Orientador: Gilberto Velho. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

VASCONCELOS, Michele; SEFFNER, Fernando. Do que Vale para o que Pode: corpos de Quincas Berro D' água. *Educação e Realidade*, v.36, n 03.

VASCONCELLOS, Jorge (2012). Mortes de detentos em RS deverão ser explicadas. CNJ. Disponível em: <http://www.cnj.ius.br/noticias/cnj/21828:mortes-de-detentos-em-rs-deverao-ser-explicadas>. Acesso em 03 de fevereiro de 2013.

VENANCIO, Ana Teresa A. (2011). *Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.

VIEIRA, Ana Lucia. (2011). *Intervenções cotidianas em nome do bem-estar dos assistidos: o biopoder nas vilas operárias*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. Disponível em: <http://www.ledes.uerj.br/wp-content/uploads/2012/09/Texto-AnaLuciaVieira-Anpuh.pdf>. São Paul: julho 2011. Acesso em: 31 de dezembro de 2012.

XAVIER, Vanessa Balsanél.: (2010). *"Os Brasis de Monteiro Lobato: De Jeca Tatu ao Desencantamento"*. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História junto ao Programa de Pós-Graduação em História, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Andréa Carla Doré). Curitiba.

ZANELLA, Eduardo. (2011). Pertencimento e sociabilidade no consumo de bebidas

alcoólicas em um bar popular de Porto Alegre. PLURAL, Revista do Programa de Pós - Graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v .18 .1, pp .155-173.

ZERO HORA. (2010). "*Pré-natal masculino*": novo programa do SUS vai monitorar também a saúde dos futuros papais. Jornal Zero Hora. Rio Grande do Sul. Publicado em 14 de setembro de 2010. Disponível em: <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/noticia/2010/09/pre-natal-masculino-novo-programa-do-sus-vai-monitorar-tambem-a-saude-dos-futuros-papais-3039405.html>

WASELFISZ ,José. (2012). *Mapa da violência 2012*. Os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari/Brasília: Ministério da Saúde.

WELZER-LANG, Daniel. (2001). *A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia*. Estudos feministas Pagu, v. 2.

_____. (2004). *Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo*. In: Sechupum, Mônica Raísa. Masculinidades. São Paulo: Boitempo Editorial: Santa Cruz do Sul, Edunisc.

_____. (2009). "*Nós, os Caras*." Entrevista com Daniel Welzer-Lang. <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=5371&sid=4> Revista Clam. Palestra Masculinidades e Violência. São Paulo: Universidade Cândido Mendes.

5. ANEXOS

ANEXO 1

Grupos de idade e sexo	Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde (1.000 pessoas)								
	Total	Tipo de serviço normalmente procurado						Ambulatório ou consultório de empresa	Representatividade
		Farmácia	Representatividade	Posto ou centro de saúde	Representatividade	Consultório particular	Representatividade		
Total	139.883	2.148	1,54%	79.422	56,78%	26.851	19,20%	1.008	0,72%
Homens									
Total Homens	65.197	1.239	1,90%	36.675	56,25%	11.750	18,02%	618	0,95%
Mulheres									
Total Mulheres	74.686	910	1,22%	42.747	57,24%	15.101	20,22%	390	0,52%

Grupos de idade e sexo	Pessoas que normalmente procuravam o mesmo serviço de saúde quando precisavam de atendimento de saúde (1.000 pessoas)									
	Tipo de serviço normalmente procurado									
	Ambulatório ou consultório de clínica	Representatividade	Ambulatório de hospital	Representatividade	Pronto-socorro ou emergência	Representatividade	Agente comunitário de saúde	Representatividade	Outro	Representatividade
Total	5.877	4,20%	17.073	12,21%	7.088	5,07%	320	0,23%	97	0,07%
Homens										
Total Homens	2.646	4,06%	8.350	12,81%	3.726	5,71%	146	0,22%	47	0,07%
Mulheres										
Total Mulheres	3.231	4,33%	8.723	11,68%	3.362	4,50%	174	0,23%	50	0,07%

Fonte: IBGE, Diretoria, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Observação: Tabela adaptada para visualização da pesquisa empreendida. Resultados em percentuais realizados pela autora.

ANEXO 2

População Residente (1.000 pessoas), por situação de internação hospitalar nos últimos 12 meses e o número de internações, segundo grupos de sexo – Brasil 2008

Grupos de idade e sexo	TOTAL	Não foram internados/as	Foram Internados/as
Total	189.953	176.439	13.514
Homens			
Total Homens	92.433	87.104	5.329
Mulheres			
Total Mulheres	97.520	89.336	8.185

Fonte: IBGE, Diretoria, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Observação: Tabela adaptada para visualização da pesquisa empreendida.

ANEXO 3⁴⁰

“No dia 25 de setembro de 2010 (sábado) conseguimos, após 20 dias de luta, que meu Marido fosse levado a atendimento médico no HPS de Porto Alegre. O sargento me descreveu o diagnóstico com ar de piedade nos olhos, quase como quem dissesse “corre e peça ajuda”. Ele me relatou que meu marido estava com início de tuberculose, seguida de uma infecção grave no pulmão, e suspeita de meningite. Ele me relatou que ele não ficaria internado pois não havia leito disponível para detento, e implicitamente ficou sugerido que não internariam um preso no meio de “pessoas comuns”. Mandaram de volta para o presídio. No receituário que ficou com a casa prisional estava escrito que ele deveria fazer acompanhamento com um PNEUMOLOGISTA PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA⁴¹. O sargento, que o acompanhou ao hospital, conhecia toda a nossa luta para recuperá-lo no sistema. Ele permitiu que eu desse um abraço no meu marido e disse: “(nome do meu marido) eu

sei que tu vai trabalhar certinho na rua, vai ser outro homem, não desiste, aguenta firme! ..O sargento me disse que faria o que fosse possível para que ele tivesse acompanhamento do pneumologista. Na segunda tive a notícia que o pneumo foi marcado para dia 29 de set de 10 (quinta), ele apresentou piora considerável na segunda-feira (dia 27) na terça procurei a advogada, e procuramos a fiscalização de presídios na quarta (dia 28) que determinou a remoção IMEDIATA AO HOSPITAL minutos depois ele foi removido, mas já se encontrava sem vida, ressuscitado, veio a óbito no dia 01 de out de 2010 e no óbito consta PARADA RESPIRATORIA ...depois disso, tive que fazer acompanhamento por 6 meses para se ter certeza que eu não havia contraído tuberculose, meus filhos, por conviverem comigo também tiveram que fazer os testes (não eram visitantes do presídio), e se tivéssemos contraído tuberculose, a turma da escola da minha filha, a turma do meu filho, e meus colegas de trabalho também teriam que fazer os exames ...Nossas consultas eram todas pre-agendadas ..e eu achava tudo aquilo muito Irônico ... Se eu soubesse do seu trabalho em tempo hábil, meu marido certamente estaria vivo ...ele tinha 37 anos!”

⁴⁰ O relato foi disponibilizado no Facebook. Preserva-se aqui o nome da correspondente, desta forma ausentamos o link de acesso. Ressalta-se que a ABNT ainda não gerou os critérios de citação através das redes de relações midiáticas. Então, postamos o seguinte relato na íntegra como se fosse parte integrante do diário de campo desta pesquisa.

⁴¹ Destaque feito pela relatante.

