

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Rita de Cássia Flores Müller

**HOMENS FALADOS:
PERFORMANCES DE GÊNERO E CORPO NOS PARADOXOS DE SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2008

Rita de Cássia Flores Müller

**HOMENS FALADOS:
PERFORMANCES DE GÊNERO E CORPO NOS PARADOXOS DE SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Mara Coelho de Souza Lago

**FLORIANÓPOLIS
2008**

“É com uma alegria tão profunda. É uma tal aleluia. Aleluia, grito eu, aleluia que se funde com o mais escuro uivo humano da dor da separação, mas é grito de felicidade. Eu te digo: estou tentando captar a quarta dimensão do instante-já que de tão fugidio não é mais porque agora tornou-se um novo instante-já que também não é mais. Cada coisa tem um instante em que ela é. (...).

E o que se sente é ao mesmo tempo que imaterial tão objetivo que acontece como fora do corpo, faiscante no alto, alegria, alegria é matéria de tempo e é por excelência o instante. E no instante está o é dele mesmo. E canto aleluia para o ar assim como faz o pássaro. E meu canto é de ninguém. Mas não há paixão sofrida em dor e amor a que não se siga uma *aleluia*”.

(Clarice Lispector)

**À minha avó Anita,
Pelo meu nome *Rita* e pela cor *vermelha*.**

**Aos meus pais, Adalberto e Regina. Com
muito amor!**

**Aos meus avós,
Frederico e Clementina.**

À minha querida tia Loló.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Mara Coelho de Souza Lago. Pela confiança e pelo respeito com as minhas idéias. Pela seriedade e disponibilidade durante estes dois anos. Pelo seu carinho e generosidade em nossa relação. Obrigada Mara!

Aos meus pais, Adalberto e Regina. Pelo apoio, sempre. Muito obrigada por respeitarem as minhas escolhas e me amarem deste jeito tão lindo. Ao Felipe, meu irmão, pela torcida ao longo do mestrado. À Janaína e à Katieli, pelo carinho sincero...

À minha avó Anita Flores, por ter aberto sua casa para me receber em Florianópolis, e me acompanhar nesta trajetória na Universidade. Por todo o amor, obrigada!

À Jura, por saber a respeito da Rita, e confiar nela. Pelo carinho sereno, pelo jeitinho mineiro. E pela pesquisa Homens e Saúde, eu vou lhe dizer *sempre, sempre, sempre*: muito obrigada.

Às mulheres da Escola Brasileira de Psicanálise (Seção SC), Liege, Sílvia, Soraia, Eneida, Vanessa, Maria Tereza, pela força com que vivem a psicanálise. À Cleci pela paciência. E em especial à Laureci Nunes, minha orientadora no curso de formação. Com você, iniciei a escrita da clínica psicanalítica em minha vida.

À Simone, pela cumplicidade que cabe num “coração de estudante” (risos). Por me ensinar a escrever o simples e não as epígrafes, em nossas narrativas intermináveis de vida. Por toda a sua generosidade e seu afeto, muito obrigada minha amiga!

À Vanessa, pelo espaço da fala e de seus efeitos.

À Giovana, por encher de luz a minha vida. E pelas muitas conversas transformadoras no “chalé da montanha”.

À Martha e Terezinha, amigas que me acompanham há anos neste percurso universitário. Obrigada pela torcida.

Aos colegas do grupo Diálogos de Tese, Adriano, Regina, Keila, Paulo, Regina, em especial à Geórgia e ao Mário, pessoas queridas. Pelas muitas idéias que me serviram de inspiração...

À Karlinha, pela preocupação, por dividirmos angústias de escrita, pelo período em que estive no Campeche com você. E pelo sotaque gostoso, e confiança. Desde sempre.

À Suzana, pela amizade serena e segura. Compartilhamos o estágio docência, os “perrengues” dos grupos focais, a angústia pela seleção de bolsa, os prazos dos relatórios. Obrigada por saber que posso contar com você, em todos os sentidos.

À Marcela, pela amizade e parceria nos kibes, nos “hiatos”, no lega, na maratona de congressos. Pelas lembranças...

À Lu de Bem, minha amiga de infância, linda e amada. Pela amizade...

Aos queridos do *Margens*, pessoas comprometidas, interessantes, alegres...

À Lara, à Lia e a Lila, pela amizade da LIRA e pela torcida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo lecionar...

Ao professor Fernando Aguiar pelas contribuições na ocasião da qualificação do projeto, e pelo aceite em estar no momento final deste processo.

Aos amigos da turma, em especial ao André, à Andréia Titon, à Alice.

À Janete, pela serenidade diante de minhas demandas "urgentes"...

À CAPES, pelo privilégio de poder me dedicar integralmente à produção deste trabalho.

Aos sujeitos da pesquisa Homens e Saúde, muito obrigada.

RESUMO

A presente dissertação esteve relacionada a uma das etapas da pesquisa multicêntrica *Homens nos Serviços de Saúde: Rompendo Barreiras Culturais, Institucionais e Individuais*, realizada em Recife, São Paulo e Florianópolis, envolvendo diversos núcleos de pesquisa. O objetivo daquele trabalho foi dar subsídios para promover a inserção de homens em programas de saúde reprodutiva/saúde integral, em um hospital de referência de cada uma destas capitais brasileiras. A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário (HU) de Florianópolis, uma instituição de referência pública e de clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina. Foram realizadas entrevistas com 11 profissionais de saúde (homens e mulheres) desta instituição e 3 gestores/a em saúde do município. Foram realizados também 3 grupos focais com homens usuários dos serviços do HU. As falas dos profissionais entrevistados e dos usuários nos grupos focais, aliadas aos documentos oficiais disponíveis no site do Ministério da Saúde, constituem a textualidade material e simbólica sobre a qual se sustenta a análise e a escrita deste trabalho. A dissertação teve como objetivo investigar a relação de homens com o sistema de saúde, nos paradoxos da constituição do SUS, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, instâncias discursivas instituintes de sujeitos. Tais princípios marcam as falas dos sujeitos da pesquisa, ao produzirem, como efeitos, o ser humano genérico e as especificidades dos grupos populacionais alvos dos serviços de saúde. Foram investigadas as concepções de corpo, saúde, gênero, cuidados, que se objetivaram nas falas dos/as entrevistados/as. Constituíram-se como fundamentos desta dissertação, as reflexões de Joan Scott sobre o paradoxo da igualdade/diferença e as concepções de Judith Butler sobre gênero inteligível, performatividade e suas implicações na constituição de sujeitos em saúde. Concepções da psicanálise freudo-lacanianiana e a teorização do sujeito do inconsciente foram alicerces epistemológicos deste estudo. Foram analisadas as principais barreiras que impedem ou afastam os homens dos serviços de saúde, em relação ao conceito de humanização do SUS. Foram investigadas as relações entre homens e cuidados com a saúde, a partir da existência de um sujeito universal do cuidado do SUS. Mereceram destaque os conceitos de gênero, repetição, não-todo, ex-sistência, paradoxo, performatividade e corpo, no desenvolvimento das reflexões presentes nesta dissertação.

Palavras-chaves: psicanálise, homens, saúde pública.

ABSTRACT

The present dissertation was linked to one of the phases of the multi-centric research known as *Men in Health Care: Breaking Cultural, Institutional and Individual Barriers*, which occurred in Recife, São Paulo and Florianópolis, involving several research nuclei. The objective for that research was to create subsides to the promotion of insertion of men in reproductive health and integral health programs in a reference hospital of each of those Brazilian capitals. The research was conducted in the Hospital Universitário (HU) in Florianópolis, a public reference institution which serves clientele from the Sistema Único de Saúde (SUS) in Santa Catarina. Interviews were conducted with 11 healthcare professionals (men and women) from this institution and 3 municipal health administrators. Three focal groups were also conducted with men who use HU's services. The discourse from the interviewed professionals and from the users in the focal groups, plus the official documents available at the Ministério da Saúde website, constitute the material and symbolic textuality on which the analysis and authorship of this work resides. The dissertation had as an objective to investigate the relationship that men develop with the healthcare system, in the paradoxes of the SUS constitution, under the principles of universality, integrality and equity, discursive instances that institute subjects. Such principles mark the speech from the research subjects, by producing, as effects, the generic human being and the particularities of the target population groups of the health services. The conceptions of body, health, gender and care were investigated in the interviewee speech. The reflections of Joan Scott on the equality/difference paradox and the conceptions of Judith Butler on intelligible gender, performativity and its implications on the constitution of subjects in health were constituted as fundamentals of this dissertation. Concepts from freudo-lacanian psychoanalysis and the theorization of the subject of the unconscious were the epistemological foundation for this study. The main barriers that impede or distance men from healthcare were also analyzed, relating them to the humanization concept used by SUS. The relationship between men and healthcare was investigated through the existence of a universal care subject by SUS. The concepts of gender, repetition, not-whole, ex-sistence, paradox, performativity and body, deserve to be evidenced to the development of the reflections present in this dissertation.

Keywords: psychoanalysis, gender, body, men, public health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Sobre Homens e Saúde.....	1
---------------------------	---

1. METODOLOGIA

Sobre o fazer-se pesquisador/ sujeito e a transferência.....	10
A primeira etapa da pesquisa Homens e Saúde: instrumentos metodológicos.....	11
Sobre o Hospital Universitário.....	13
Sobre as entrevistas com profissionais do Hospital Universitário.....	14
Sobre as entrevistas com os gestores em saúde.....	17
Sobre as visitas ao site do Ministério da Saúde.....	18
Sobre os grupos focais com usuários homens.....	18
Os jovens do grupo de futebol da Serrinha (grupo 1).....	19
O grupo com os pais do alojamento conjunto da Maternidade do HU (grupo 2).....	20
O grupo dos homens da vasectomia (grupo 3).....	22

2. PSICANÁLISE, SUJEITO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....24

Sobre o que escapa em/de nós.....	25
Sobre o mal-estar (em ser) na cultura.....	26
“A erótica do tempo”: tempo do falado, tempo do escrito.....	27
Sobre a existência do SUS tomada pela exterioridade.....	30

3. MOVIMENTAÇÕES EM SAÚDE: ENTRE PARADOXOS E PERFORMANCES.....39

3.1. O paradoxo da universalidade no Sistema Único de Saúde: nos entre-lugares de existência.....	39
3.2. Performances de gênero e saúde no SUS: do ser humano genérico aos grupos populacionais específicos.....	51
A “saúde da mulher”: unidades inteligíveis do SUS.....	58

A humanização da “saúde do trabalhador”	62
Homens, gênero e cuidados com a saúde.....	75
4. O CORPO QUE FALA. (DO CORPO QUE EXTRAVASA).....	89
O corpo (ainda corpo) em psicanálise.....	90
O corpo-efeito da integralidade do conceito de saúde do SUS.....	97
O corpo do qual se fala.....	107
A inteligibilidade do sujeito universal do cuidado no SUS.....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS: CESSANDO O ESCREVER.....	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120

ANEXOS

Quadro Geral das Etapas do Projeto Homens nos Serviços Públicos de Saúde: Instrumento 1 (grupos focais)	
Formulário de perfil para grupo focal	
Instrumento 2 (entrevistas com profissionais do serviço)	
Formulário de perfil para entrevistas	
Instrumento 3 (entrevistas com gestores)	

INTRODUÇÃO

SOBRE HOMENS E SAÚDE

“O que não atrai os homens aos serviços de saúde, na opinião de vocês? (entrevistadora)
- O que não tem, que é informação. Por exemplo, eu sou professor e a semana passada cedi um espaço da minha aula para uma campanha para um pessoal na área da saúde, e me surpreendi no momento que o pessoal abordou o câncer do homem, imagina chegar e falar para um senhor de 60 anos que ele vai ter que ficar na frente do espelho apalpando o peito dele. Ninguém ouviu, ninguém leu em lugar algum. Eu acredito que até no próprio ministério da saúde eles estão se preparando para responder as questões dos homens” (usuário do serviço de planejamento para a vasectomia, 35 anos).

Em 2006, o ministro da saúde brasileiro, José Gomes Temporão, em seu discurso de posse, estipulou como uma das metas do plano de ação de seu governo, para o Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde do homem¹. Isto reflete a amplitude da temática homens e serviços, que vêm sendo alvo de atenção de pesquisadores/as das mais diversas áreas do Brasil e América Latina (Giffin, 2005; Arilha, 1998; Toneli, 2000; Nascimento, 2005; Schraiber, 2005; Lyra, Medrado, 2000). O interesse na América Latina e Caribe por experiências de trabalho com homens, em sexualidade e saúde reprodutiva vem crescendo nos últimos anos, sobretudo a partir de demandas que tem origem em ações desenvolvidas com mulheres, em diferentes campos (Lyra, Medrado, 2005).

Uma das questões que alguns/as pesquisadores/as se colocam é “vale a pena trazer a temática homens e masculinidades para a pauta dos estudos de saúde e de gênero?”. Para autores como Lília Schraiber, Romeu Gomes e Márcia Thereza Couto (2005), a resposta é afirmativa sob, pelo menos, três premissas fundamentais: obriga ao enfrentamento das questões entre os gêneros, afastando-se neste caso das concepções individualizantes; possibilita que se lancem novos/outros olhares sobre as questões referentes às mulheres e à saúde; enfatiza a imbricada relação entre saúde, direitos humanos e cidadania.

¹ Para ler o discurso na íntegra, ver site do Ministério da Saúde: saúde: www.saude.gov.br.

Não se trata, simplesmente, de reivindicar um lugar para as questões de saúde específicas da população masculina, no processo de elaboração de políticas públicas voltadas aos homens em geral. A questão é poder focalizar os homens nas temáticas de sexualidade, de reprodução, de direitos sexuais, de paternidade e de violência, em suas relações com os processos de constituição do masculino nos mais diversos contextos sócio-culturais. Neste sentido, afirma Pedro Nascimento:

reconhecer a existência desses sujeitos nessa área não significa reivindicar aos homens um lugar de destaque, nem tampouco vitimizá-los. A percepção é de que a participação dos homens passa pela superação de imagens e perspectivas individualizantes e culpabilizantes, dando lugar a espaços de atenção, reconhecimento de demandas, abertura para identificar especificidades. Isto pressupõe ouvir os homens e convidá-los à participação (Nascimento, 2005, p.27).

Exemplos e marcos históricos desta concepção foram os eventos promovidos pela ONU, na década de 1990, como a Conferência sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995. No que se refere a estes acontecimentos, afirma Maria Juracy Siqueira (2000): “Há indicadores claros quanto às políticas governamentais e quanto à urgência da inclusão do homem na arena das discussões, investigações e intervenções nesta área” (p. 159). No Brasil, destaca-se o Programa de Treinamento em Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos na América Latina e Caribe (PRODIR), que, com recursos da Fundação MacArthur, propiciou o desenvolvimento, na Fundação Carlos Chagas (FCC), de pesquisas no campo de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos. Sua terceira fase de realização foi dedicada ao tema das masculinidades, propiciando uma tripla inovação, de acordo com Bila Sorj (2004). A primeira refere-se ao aumento do número de homens dedicados a estudar gênero e sexualidade; a segunda problematiza a tendência anterior de se estudar gênero, sexualidade e reprodução tendo como referências apenas as mulheres; a terceira, apresenta a possibilidade de se pensar a masculinidade para além dos modelos estereotipados do masculino.

O interesse na temática Homens e Saúde sugere uma mudança no modo de operar sobre as questões e as diretrizes já existentes, como é o caso, por exemplo, dos programas de saúde voltados às mulheres e às crianças. Nas palavras de Daniela Knauth e colaboradores (2005), “esta perspectiva impõe uma abordagem centrada no caráter

relacional e, portanto, não basta incluir os homens, mas a própria forma de trabalhar com as mulheres deve ser repensada” (p. 19). Sem dúvida, a promoção das discussões acerca de homens e saúde no campo dos estudos de gênero, vem contribuir para uma visada relacional da problemática em saúde e prevenção, no âmbito dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Segundo Jorge Lyra e Benedito Medrado:

(...) é necessário unir esforços às atividades já desenvolvidas em diferentes espaços com populações femininas, reafirmando o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde, maximizando esforços, integrando os homens e, assim ampliando o impacto das ações em gênero, saúde, sexualidade e reprodução (Lyra, Medrado, 2005, p.12).

Neste sentido, os efeitos do movimento de aproximação e de inclusão dos homens na saúde pública não se restringem à saúde da população masculina (Schraiber, Gomes, Couto, 2005). Afetam, conferindo-lhes força e potencializando esforços, os programas de gênero destinados à saúde das mulheres e das crianças, pois possibilitam que homens se familiarizem com a participação nas questões que envolvem, por exemplo, a prevenção e promoção de saúde, incluindo a ampliação da noção de cuidado de si² e dos outros; a saúde sexual e saúde reprodutiva; as reflexões sobre as violências de gênero; a atribuição de responsabilidades aos homens em relação ao exercício da sexualidade, face aos efeitos limitadores de padrões culturais incorporados cotidianamente e expressos por tônicas sexistas e preconceituosas.

De acordo com Jorge Lyra e Benedito Medrado (2005), trabalhar no campo da saúde sob a ótica de gênero, faz ressoar as discussões a respeito da leitura crítica feminista sobre a “medicalização” do corpo feminino³, e contribui para desfazer, progressivamente, as amarras simbólico-culturais da perspectiva que define os serviços de saúde como uma esfera eminentemente feminina. A crescente visibilidade da violência contra as mulheres, a percepção do desequilíbrio nos processos de cuidados e de decisões no campo de saúde sexual e saúde reprodutiva, a preocupação com o aumento

² A expressão “cuidado de si” foi popularizada na academia a partir da difusão da obra *História da Sexualidade*, de Michel Foucault. Nas palavras do autor, “por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber” (Foucault, 2002, p.50).

³ Sobre estudos que refletem a respeito da medicalização do corpo feminino, conferir Fabíola Rohden (2001). Sobre a feminização das profissões ligadas ao campo da saúde, conferir Dossiê Gênero e Saúde, Cadernos Pagu (2005).

de casos de HIV/Aids e DSTs, principalmente com o aumento da transmissão entre casais heterossexuais, são fatores que justificam a importância da temática em pauta, homens e saúde, na esfera das discussões de gênero.

Norteadas por tais justificativas e objetivos, foi realizada uma pesquisa multicêntrica intitulada “Homens e serviços de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais”. A pesquisa, realizada em três capitais brasileiras (Recife/PE, São Paulo/SP e Florianópolis/SC) foi uma iniciativa do Instituto PAPAI⁴, em parceria com o Núcleo de Pesquisa Modos de Vida, Família e Relações de Gênero - *Margens*, da Universidade Federal de Santa Catarina e o Instituto AMA Psique de São Paulo⁵. Esta pesquisa teve o objetivo geral de promover a inserção dos homens no interior de programas de saúde reprodutiva/saúde integral de um hospital de referência em cada uma das três capitais brasileiras, por meio da capacitação de profissionais, elaboração de estratégias de comunicação, embasadas em pesquisa-diagnóstico⁶. Em Florianópolis, a pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, por este se constituir numa instituição de referência pública e de clientela do SUS no Estado de Santa Catarina.

Buscando participar da implementação de políticas públicas, com o intuito de garantir e ampliar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e de homens, questionando a responsabilização exclusiva e a sobrecarga das mulheres no exercício destes direitos (Lyra; Medrado, 2005), a iniciativa desta pesquisa buscou atender às recomendações dos tratados internacionais em direitos humanos, dos quais o Brasil é signatário, e à atual plataforma feminista brasileira. Isto reitera o caráter relacional do gênero (Scott, 1995) na ampliação dos direitos em saúde de homens e de mulheres, no campo da saúde pública e coletiva no Brasil.

⁴ ONG feminista da cidade de Recife, região Norte do Brasil, que trabalha com questões diretamente ligadas às masculinidades.

⁵ ONG da área da Psicologia, voltada às questões étnico-raciais.

⁶ A pesquisa Homens e Saúde foi financiada pelo Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), Área Técnica de Saúde da Mulher. A coordenação nacional da pesquisa foi de Jorge Lyra, do Instituto PAPAI/PE; na capital catarinense, foi coordenada pela profa. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli. A equipe de pesquisadores, em Florianópolis, foi composta por Adriano Beiras, Rita de Cássia Flores Muller, Suzana Almeida Araújo e Grazielle Tagliamento, na ocasião todos mestrandos do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC. A coordenação do trabalho de campo no Hospital Universitário foi realizada por Rita de C. Flores Müller. A pesquisa foi realizada em três etapas, que correspondem aos objetivos mais específicos do projeto. Foram elas: 1) Desenvolvimento de uma pesquisa-diagnóstico com profissionais (homens e mulheres) e usuários (homens) nos serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva, e ainda a realização de informações sobre morbi-mortalidade e morbidade da população masculina, com o objetivo de identificar valores e atitudes que impedem a maior presença dos homens nos serviços de saúde. 2) Etapa de capacitação: curso e seminário voltado aos profissionais de saúde do município de Florianópolis e abertos à comunidade universitária interessada. 3) Etapa de Comunicação: promoção da discussão e do debate acerca da inserção de homens nos serviços públicos de saúde, nos veículos de comunicação da cidade.

Em março de 2006, a profa. Dra. Maria Juracy Filgueiras Toneli, coordenadora da pesquisa na capital catarinense, convidou-me para integrar a equipe, como responsável pelo trabalho de campo desta pesquisa multicêntrica. De março de 2006 a junho de 2007, dediquei-me exclusivamente à pesquisa Homens e Saúde e ao cumprimento de suas etapas, em parceria com a equipe responsável pelo desenvolvimento do projeto. Este envolvimento significou uma perda gradual de interesse pelo tema inicial de meu projeto de pesquisa, na ocasião de meu ingresso no mestrado em Psicologia, sobre o estudo de crianças da pré-escola frente à dinâmica da diferenciação sexual. Foi na etapa inicial da pesquisa - pesquisa-diagnóstico - que esta dissertação foi germinada.

Nesta etapa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde do HU, e com gestores em saúde do município. Foram realizados, ainda, grupos focais com homens usuários dos serviços de saúde de Florianópolis. Foi durante este processo que o Sistema Único de Saúde e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade se impuseram nas falas dos sujeitos da pesquisa, fazendo com que eu buscasse, no site do Ministério da Saúde, informações a respeito das propostas do SUS, até então alheias ao (meu) campo da pesquisa, por mais paradoxal que isto possa parecer.

No delineamento das mudanças e permanências, o campo da pesquisa Homens e Saúde constituiu, em mim, um campo *outro*, demarcando sua força na escrita desta dissertação de mestrado. Ao posicionar-me alheia, ou estranha, ao vivido no Hospital Universitário (pois inicialmente esta pesquisa não era a minha pesquisa de mestrado), quero enfatizar que busco uma escrita que se inscreve *no movimento*, escrita do ato discursivo produtor de uma mudança, de uma novidade. Conduzida pelas questões: o que (se) constitui em campo de pesquisa? Quais os efeitos desta territorialização simbólica, necessária na constituição tanto do pesquisador quanto do trabalho? - reflito sobre o potencial subversivo inerente da própria temática Homens nos Serviços de Saúde, anunciada justamente nas tensões de um território que se exige dinâmico e transformador - o dos estudos de gênero. Arrisco afirmar que o campo de pesquisa é o outro de mim mesma (Butler, 2003), é o que afeta o sujeito. O *campo* produz seus efeitos.

Neste sentido, a presente dissertação teve como objetivo investigar a relação de homens com os serviços de saúde, nos paradoxos da constituição do SUS, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, instâncias discursivas instituintes de sujeitos. Busquei identificar as principais barreiras - culturais, institucionais, individuais - conforme consta no título oficial da pesquisa multicêntrica, a fim perceber possíveis

configurações sociais que reiteram o afastamento da população masculina dos serviços de saúde. Foram perguntas mobilizadoras de análise: como se veiculam as concepções de sexo, gênero e corpo nas falas dos sujeitos entrevistados? Em que pontos do feixe discursivo os sujeitos generificados se corporificam (ou se refletem) nos sujeitos enunciados pelos discursos constituintes do Sistema Único de Saúde brasileiro? Por quais inteligibilidades circulam as noções de cuidado com a saúde nos discursos do SUS, refletidos nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário? Em que sentido os significados de gênero chegam aos corpos falados pelos sujeitos, e os constituem em suas materialidades discursivas? Como os homens falam e são falados em relação à presença masculina nos serviços de saúde? Por quais caminhos discursivos podemos acompanhar as reivindicações da população masculina, no campo pesquisado? Como vislumbrar outras possibilidades de exercício dos direitos em saúde, no interior das próprias inteligibilidades de gênero que nos cancelam? A que inteligibilidades devem recorrer os homens, para serem reconhecidos como sujeitos de direitos no campo da saúde pública?

As teorias que fundamentam as nossas pesquisas no *Margens* concebem o sujeito como se constituindo na linguagem, nos discursos culturais que derivam em formas de subjetivação. Assim, procurei refletir sobre o discurso do SUS que, ao se objetivar em práticas sociais, constitui os sujeitos profissionais e usuários dos serviços de saúde pública, como sujeitos generificados, homens e mulheres diferenciados em gerações, classes sociais, de origens rural ou urbana, escolarizados ou não. Enfim, singularizados em suas diferentes posições de sujeito. Concebida a importância fundamental da linguagem na constituição dos sujeitos, procurei fundamentar suas teorizações nas convergências do diálogo entre a teoria psicanalítica (Sigmund Freud, Jacques Lacan e comentadores), e o campo teórico feminista, em especial na figura da filósofa norte-americana Judith Butler, (advertida que estou das tensões inerentes deste diálogo que, por vezes, afastam epistemologicamente um e outro autor em questão). Pode-se afirmar que, em ambas as vertentes, o sujeito é falado no que a cultura lhe concede um lugar, um nome que lhe é próprio. Um (re)conhecimento que se dá, em sua gênese, no/pelo campo do Outro. Nas palavras de Butler:

el psicoanálisis puede estar al servicio de una concepción de los humanos como portadores de una humildad irreversible en su relación con otros y con sí mismos. Siempre hay una dimensión de nosotros mismos y de nuestra relación con otros que no podemos

conocer; este no saber persiste en nosotros como una condición de la existencia y de nuestra capacidad de sobrevivir (Butler, 2006, p. 32).

Na relação de alteridade deste “não-todo se conhecer” do sujeito, são encadeamentos discursivos que se abrem às leituras das falas transcritas no papel. Em outras palavras, ao aceitar a prerrogativa psicanalítica de que o sujeito não pode dizer tudo, pois se constitui em relação às perdas inscritas em sua história - precipitados de *ser* jamais resgatados, adentra-se no campo da palavra (in)finita. É justamente por não alcançar a totalidade dos dizeres que o movimento de análise das falas possibilitou, na pesquisa, que eu me deixasse conduzir pelos efeitos da palavra.

A palavra não tem nunca um único sentido, o termo, um único emprego. Toda palavra tem sempre um mais-além, sustenta muitas funções, envolve muitos sentidos. Atrás do que diz um discurso, há o que ele quer dizer e, atrás do que quer dizer, há ainda um outro querer-dizer, e nada nunca será esgotado...(Lacan, 1986 [1975], p. 275).

Ao afirmar que realizei a análise das falas dos sujeitos pesquisados, procurei ser fiel aos pressupostos teóricos estruturantes desta dissertação. Desta forma, ao transcrever as entrevistas com os/as profissionais de saúde, e os relatos produzidos nos grupos focais com homens, a oralidade gravada se transformou em textualidade⁷ passível de leitura e trabalho analítico. Na relação que Butler e Lacan (em seu retorno à Freud) estabelecem com a linguagem, procedi às análises destas textualidades com os seguintes objetivos: servir-me da linguagem para dela significar algo totalmente diferente do que ela diz (Lacan, 1966), habitar a gramática para subvertê-la em seus termos, possibilitando que esta diga exatamente o que procurou desdizer (Butler, 2002). Aliada a estas premissas, os conceitos de repetição, na teoria psicanalítica, e o de performatividade, em Butler, foram fundamentais no desenvolvimento das leituras possíveis dos paradoxos de universalidade, integralidade e equidade, constituintes das relações travadas entre homens, mulheres e o SUS, no Hospital Universitário/SC.

A presente dissertação foi estruturada da seguinte forma. No capítulo 1, apresentei a metodologia do estudo, descrevendo a etapa 1 da pesquisa *Homens nos Serviços de Saúde*: seus instrumentos metodológicos, o local em que a pesquisa foi realizada; os profissionais de saúde e gestores entrevistados, além dos usuários do HU que

⁷ “O termo textualidade está sendo empregado aqui para designar essa potência do significante enquanto gerador de múltiplos sentidos” (Garcia-Roza, 1994, p.16).

participaram dos grupos focais realizados; os documentos oficiais do SUS que foram compilados e analisados (em si e nas falas dos entrevistados).

No capítulo 2, intitulado *Psicanálise, Sujeito e Sistema Único de Saúde*, inicialmente procurei estabelecer, lendo textos de Freud, algumas reflexões a respeito do sujeito do inconsciente em psicanálise. Em seguida, tive a intenção de explicitar por quais meandros os enunciados do Sistema Único de Saúde tomaram a consistência de um paradoxo, no processo de análise das falas dos sujeitos entrevistados. Inicialmente, foram apresentados os princípios do SUS e suas principais prerrogativas. Fundamentei-me nas reflexões de Alain Badiou sobre a questão do sujeito em psicanálise, bem como na lógica do não-todo em Lacan, para estabelecer leituras possíveis dos paradoxos de universalidade, equidade e integralidade do SUS, presentes nas textualidades e documentos analisados.

Na continuidade das leituras dos paradoxos do SUS, no capítulo 3, intitulado: *Movimentações em saúde: entre paradoxos e performances*, procurei estabelecer algumas reflexões, a partir de minhas leituras de Joan Scott e Judith Butler. Num primeiro momento, o objetivo foi refletir com Scott sobre as tensões presentes na relação igualdade/diferença, entre o ser humano genérico e grupos populacionais específicos, ambos alvos de atenção do SUS. O que procurei questionar foi a recusa e, ao mesmo tempo, a aceitação das diferenças entre homens e mulheres, na elaboração e implementação de políticas públicas que pretendem contemplar, no interior das aparentes contradições do SUS, as necessidades/demandas dos sujeitos em saúde. Butler e seu conceito de performatividade, reforçaram as análises sobre as relações entre o ser humano genérico e os grupos populacionais específicos, na constituição de campos de inteligibilidade no SUS. Desenvolvi reflexões, ainda, sobre algumas das principais barreiras que impedem uma maior aproximação dos homens aos serviços públicos de saúde, e em como estas barreiras contribuem para atualizar modelos normativos nos discursos em saúde e nas práticas de cuidado.

No capítulo 4, intitulado: *O corpo que fala (do corpo que extravasa)* pretendi abordar a temática do corpo em psicanálise, tendo como referência pontuais textos de Freud. Procurei apresentar uma contextualização do corpo em Lacan, a partir dos três registros, Real, Simbólico e Imaginário, destacando a dimensão do corpo em relação ao que este extravasa no processo de significação. Considerando a disjunção primordial entre sujeito e corpo, procedi à análise das falas dos sujeitos no tocante ao conceito de

saúde integral do SUS, e de seus possíveis efeitos sobre o corpo falado nos relatos das entrevistas e dos grupos focais realizados.

Homens falados: performances de corpo e gênero, paradoxos em serviços de saúde, eis a produção textual estabelecida na dialógica relação dos possíveis (e com os possíveis de mim mesma). Em relação à minha mudança no tema de investigação no mestrado, considero que permaneceram, em Homens e Saúde, as questões do corpo, da diferenciação sexual, do gênero, nas significações de masculinidades e feminilidades, nas dicotomizações em que são produzidas as vivências, também nestes espaços em que políticas públicas de saúde são elaboradas e implantadas, constituindo-se em experiências de profissionais e usuários dos serviços de saúde.

1. METODOLOGIA

“Para mim a questão de como chegamos a conhecer algo, ou, de fato, as condições da possibilidade de afirmarmos que sabemos, podemos respondê-la melhor se nos voltarmos para uma questão anterior: quem é esse ‘nós’ que faz com que a questão se torne uma questão para nós? Como é que esse ‘nós’ foi construído em relação a essa questão do conhecimento?” (Butler, 2002, p. 159).

Sobre o fazer-se pesquisador/ sujeito e a transferência

Durante todo o primeiro ano de mestrado, voltamos os sentidos à nossa formação de pesquisadores/as, comprometidos/as com as escolhas teóricas-metodológicas com as quais nos identificamos, a fim de sustentar uma postura ética, e uma pesquisa harmônica diante da pluralidade de vozes que falam em nome da *Ciência*. E, portanto, balizar metodologicamente tais perímetros da pesquisa requer fidelidade ao campo teórico sobre o qual a pesquisadora se debruça em seu percurso, tomada em si pela sua problemática, pelas perguntas que norteiam seus olhares, pela estreita parceria com a orientadora, pelos encontros vividos, pelos sujeitos, pelas falas. Esta questão trazida como introdutória é refletida por Renato Mezan, em *Interfaces da Psicanálise*:

O jovem pesquisador (...) encontra-se diante de uma tarefa hercúlea. A todo o momento, da elaboração do projeto à seleção da bibliografia, da arquitetura da dissertação à análise do material, o que o pesquisador faz não é somente buscar informações empíricas ou teóricas: ele é chamado a decidir se e por que elas são relevantes para seu tema (Mezan, 2002, p.399).

Chamados a decidir, pois existimos. Na medida em que assumimos uma problemática de pesquisa, é possível recorrer a um dos quatro conceitos fundamentais em psicanálise: a transferência⁸, às palavras de Freud sobre o caráter eminentemente

⁸ “Termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da

humano da transferência na relação do sujeito com o mundo. Caráter este que perpassa, indubitavelmente, a constituição das escolhas, do pulsional em jogo quando se trata de fazer *esta* pesquisa, com *estes* sujeitos, e não *outra*.

A pergunta inicial deste processo, ora mola propulsora, ora produto do confronto/encontro do pesquisador com seus *outros*, é possibilitada pela ação da transferência, no momento em que o pesquisador se coloca a assertiva lacaniana: *Che vuoi?* – Que queres? E mais, como queres? Como se veicularam as concepções de sexo, gênero, corpo e cuidado nas falas dos sujeitos da pesquisa Homens e Saúde? Foram estas algumas das perguntas deste trabalho e, embora destas perguntas tenham sido feitas outras, nelas reside a dinâmica de um texto que produz por si outros textos, assim como algumas perguntas nos levam a outras, e a outras.

A primeira etapa da pesquisa Homens e Saúde: instrumentos metodológicos

Esta dissertação teve seu fundamento no vivido em campo na primeira etapa da pesquisa multicêntrica “Homens nos serviços de saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais”, uma pesquisa qualitativa que incluiu: a) entrevistas semi-estruturadas com profissionais dos serviços de saúde sexual e reprodutiva do Hospital Universitário de Florianópolis; b) grupos focais com homens usuários dos serviços de saúde do HU; c) entrevistas semi-estruturadas com gestores em saúde do município⁹. Em paralelo, para compor a análise do material empírico, selecionei alguns documentos do SUS (Plano Estadual de Saúde e conceitos emergentes nas entrevistas), disponíveis no site do Ministério da Saúde.

Do conjunto geral das entrevistas com os dois grupos de profissionais (incluindo os gestores em saúde), participaram 7 homens e 7 mulheres, as idades variaram de 30 a

relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição destes diversos objetos” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 766). Agradeço ao prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Souza, pela articulação realizada em sala de aula, na disciplina obrigatória Seminário de Tese, ministrada em parceria com a profa. Dra. Katia Maheirie.

⁹ Esta etapa incluía também o levantamento de informações a respeito da morbi-mortalidade masculina, e de fluxos de atendimento a homens em serviços de saúde, (principalmente no HU), no município de Florianópolis. Grande parte desta busca foi realizada pela equipe de pesquisadores do Instituto PAPA/PE, em que se produziram diversas tabelas a partir do banco de dados do DataSUS. Porém eu optei por não utilizá-las.

58 anos, todos eram graduados: 6 com especialização, 5 com mestrado, 2 com doutorado (em uma das entrevistas, não houve esta informação).

Os grupos de usuários somaram a participação de 31 homens com idades de 15 a 50 anos, nível de escolaridade variando do primeiro grau incompleto ao superior completo (2 casos), com profissões relacionadas à construção civil (mestre de obras, pedreiro), ao comércio, à mecânica, representantes comerciais, prestação de serviços, e um professor de escola pública. Concebendo que os profissionais entrevistados pertencem às camadas médias da população de Florianópolis, creio poder afirmar também que os usuários dos serviços de saúde pesquisados fazem parte, na sua maioria, das camadas populares.

Com relação ao roteiro das entrevistas da pesquisa englobante (utilizado tanto com os profissionais de saúde quanto com os homens usuários do serviço nos grupos focais), teve como eixo central a seguinte questão: *Homens e serviços de saúde: o que pensam os profissionais de saúde e os usuários dos serviços do Hospital Universitário?* Para tanto, propôs-se o levantamento de alguns temas, como: cuidados com a saúde; significados de ser homem; políticas públicas/programas para homens; dificuldades para a participação dos homens nos serviços de saúde.

As duas questões iniciais do roteiro (quem cuida mais da saúde: o homem ou a mulher? Como os homens cuidam da saúde?) são indicativas de um modo de dizer marcado pelos limites da análise discursiva do gênero, que “pressupõem e definem por antecipação as possibilidades das configurações imagináveis e realizáveis do gênero na cultura” (Butler, 2003, p. 28). Lidar com a polaridade inicial das perguntas foi interessante na medida em que as próprias fronteiras analíticas de gênero se constituíram como lugares privilegiados de análise das falas dos sujeitos da pesquisa, no incessante ato interpretativo que confere novas possibilidades de existência do gênero – no interior do próprio gênero. Em outras palavras, não foi preciso mover-se em relação à dicotomia da pergunta, mas permanecer no interior desta para proceder à análise das entrevistas e dos grupos focais realizados. É esta a perspectiva que fundamentou a análise das entrevistas realizadas com os/as profissionais de saúde, com os homens usuários dos serviços nos grupos focais, bem como a análise dos documentos disponíveis no site do Ministério da Saúde¹⁰.

¹⁰ O que incluiu a busca por informações sobre os princípios do SUS, conteúdo emergente nas entrevistas, e as informações contidas no Plano Estadual de Saúde de SC (PES 2007).

Sobre o Hospital Universitário

A pesquisa “Homens nos serviços de saúde” foi realizada no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), uma unidade hospitalar de referência pública, que atende à clientela do SUS no estado de Santa Catarina. O HU foi reconhecido como um espaço privilegiado para a realização da pesquisa multicêntrica, tendo em vista o amplo alcance de atendimento desta instituição, seu reconhecimento e confiabilidade perante a comunidade, bem como a amplitude de programas que desenvolve e que envolvem aspectos relacionados aos direitos sexuais e direitos reprodutivos¹¹. Destacam-se, neste sentido, a política de humanização do parto e nascimento, o programa Mãe-Canguru, os grupos de casais grávidos, as instalações da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade (em consonância com a Lei n. 11108, a Lei do Acompanhante¹²), além de medidas educativas voltadas ao planejamento familiar e à prevenção das DSTs/ Aids.

Abro um parêntese neste momento. É importante ressaltar que, com relação à presença dos homens nos serviços de saúde, a realidade do HU não reflete a maioria dos hospitais públicos no Brasil. Em Recife, por exemplo, na instituição pública em que se realizou a pesquisa multicêntrica, as reivindicações estão no âmbito de se permitir a livre entrada dos homens na Maternidade, como acompanhantes das gestantes, em cumprimento à Lei n. 11108. No Hospital Universitário da UFSC, em contrapartida, os usuários homens, nos relatos do grupo focal realizado com os recém-pais que acompanhavam as parturientes, reivindicam *melhores* instalações na Unidade de Alojamento *Conjunto*. Isto reflete o que o Sistema de Saúde porta de *único*, na medida em que busca contemplar as especificidades regionais, geográficas e culturais de sua clientela. Servindo-me da linguagem utilizada nos próprios documentos que analisei e nas falas dos profissionais que entrevistei, esta ressalva serve também para advertir (talvez a mim mesma) que este trabalho está inserido em uma realidade muito particular. Embora o SUS esteja presente em suas diretrizes, nas falas analisadas, nos documentos oficiais, sua homogeneidade é aparente. Não há Sistema Único de Saúde que não se constitua no um a um, preconizado em sua política de gestão e fiel aos seus princípios norteadores. O que há de produtor na Unidade do “SUS” é justamente a força de sua hierarquização, em

¹¹ Conforme as justificativas constantes no projeto original da pesquisa Homens e Saúde.

¹² Segundo a Lei Federal n. 11.108, de 07/04/2005, “os serviços públicos de saúde são obrigados a permitir a presença, junto à mulher, de um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato. O acompanhante será indicado pela mulher”.

atenção básica, média e alta complexidade. Logo, o HU não pode ser concebido como o Todo do Sistema Único de Saúde, mas como um elemento que contém o SUS, para além e no interior de seus muros institucionais - O SUS e seus discursos não são herméticos. Fecho parêntese.

Para além de sua reconhecida referência pública no SUS, o HU é uma referência no que se refere aos cuidados com a *minha* saúde, um ambiente que me é familiar. Isto porque além de *usuária* do Serviço de Atendimento à Comunidade Universitária (SASC) desde o ano de 2000 - de *ter* um prontuário, um número de registro dos sintomas de minha existência como paciente do SUS - o HU já foi cenário de trabalho e de pesquisa em minha formação acadêmica. Foi nesta instituição que tive a primeira bolsa de trabalho, como professora auxiliar da Creche do Hospital, que atendia às necessidades de seus servidores e funcionários. Logo após concluir a graduação em Psicologia na UFSC, voltei aos corredores da mesma instituição, agora como assistente de pesquisa no projeto “Mulheres, Contracepção e Planejamento Reprodutivo”, coordenado pelo SOS Corpo¹³. O que saliento, deste retrospecto da presença do HU em minha vida, é o caráter eminentemente afetivo que me mobilizou e me conduziu na pesquisa de campo.

Sobre as entrevistas com profissionais do Hospital Universitário

As entrevistas com os profissionais de saúde do HU tiveram como objetivo levantar as concepções destes a respeito da temática Homens e Saúde. O roteiro pré-estabelecido apresentou os seguintes focos investigativos: cuidados com a saúde, importância da presença dos homens nos serviços públicos, implementação de programas voltados aos homens, significados de “ser homem”, dificuldades para a participação destes nos serviços de saúde, a relação entre os/as profissionais e os homens¹⁴.

Com relação à escolha dos entrevistados, foram priorizados os profissionais que trabalhavam na coordenação ou gerência dos programas/serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em março de 2006, ao darmos início à pesquisa de campo Homens e Saúde, uma das profissionais envolvidas no processo de aprovação junto à diretoria do HU

¹³ Organização Não-governamental feminista situada em Recife/PE. Projeto multicêntrico coordenado, em Florianópolis, pela profa. Dra. Luzinete Simões Minella, da UFSC.

¹⁴ A respeito da técnica de entrevista semi-estruturada em pesquisa qualitativa, conferir Zago (2003).

concedeu uma lista de nomes, em que indicava os setores/programas, e os respectivos profissionais envolvidos em coordenações ou chefias. Esta indicação foi o norte seguido desde então. Em relação às outras etapas da pesquisa, as entrevistas foram agendadas rapidamente, sem que houvesse qualquer obstáculo para suas efetivações. Muito pelo contrário, não foram raras as vezes em que, logo pela manhã, eu era recebida pelos profissionais, em seus locais de trabalho, com um café preto, recém-passado, para iniciar o dia¹⁵. Ao todo, foram 11 entrevistas com coordenadoras e coordenadores dos programas de saúde sexual e reprodutiva do HU, conforme as informações contidas na tabela 1, a seguir:

¹⁵ Todas as entrevistas com os/as profissionais de saúde foram realizadas por mim, à exceção de duas, conduzida por Adriano Beiras, e aconteceram nos próprios locais de trabalho dos entrevistados. No caso dos gestores, participei da realização de duas das três entrevistas, uma individualmente e outra em parceria com Adriano Beiras. As transcrições do material gravado em fita k-7 e/ou gravador digital foram feitas por Suzana Almeida Araújo, Grazielle Tagliamento e por mim.

tabela 1. Entrevistas com os/ as profissionais de saúde

	Nome¹⁶	Idade	Profissão	Especialidade	Setor/Programa
1	Laura	50	Enfermeira	Especialização em Biossegurança, DST/ Aids.	Serviço de Saúde Ocupacional/ DST/ Aids
2	Gica	53	Assistente social	Especialização em Antropologia	Serviço Social/ Planejamento Familiar
3	Rosa	30	Enfermeira	Mestrado em Enfermagem	UTI Neonatal
4	Narbal	49	Enfermeiro	Mestrado em Biossegurança.	Saúde Ocupacional/ Programa DST/ Aids
5	Mauro	51	Médico	Mestrado	Maternidade/ Pediatria
6	Saulo*	36	Médico	Especialização em Ginecologia e Obstetrícia	Maternidade/ Obstetrícia
7	Ana	43	Enfermeira	Especialização em Saúde Pública. Mestrado em Sociologia.	Ambulatório de Tocoginecologia/ Rede de atenção às vítimas de violência sexual
8	Gilson	50	Médico	Especialização e titulação em Medicina da Adolescência	Ambulatório de Pediatria/ Hebiatria
9	Wilson*	48	Médico		Setor de Cirurgia Geral
10	Maura	48	Enfermeira	Mestrado em Enfermagem	Unidade de Alojamento Conjunto/ programa de Humanização do Parto e Nascimento
11	Márcia	47	Enfermeira	Especialização em Enfermagem	Divisão Ambulatorial/ vasectomia

* Entrevista realizada por Adriano Beiras, integrante da equipe de pesquisa.

¹⁶ Todos os nomes são fictícios a fim de preservar o anonimato dos sujeitos.

Sobre as entrevistas com os gestores em saúde

Foram três os gestores em saúde entrevistados: uma mulher e dois homens, conforme a tabela seguinte:

Tabela 2. Entrevistas com gestores em saúde

	Nome	Idade	Profissão	Especialidade
1	Maria	50	médica	Medicina interna. Doutorado em Engenharia de Produção.
2	José*	58	médico	Aperfeiçoamento Infecto-contagiosa. Medicina Desportiva, Administração Hospitalar e Serviços de Saúde. Mestre em Administração
3	Roberto**	43	médico	Ginecologia e Obstetrícia

* Entrevista realizada em parceria com Adriano Beiras.

** Entrevista realizada por Adriano Beiras

As três entrevistas seguiram o roteiro de questões utilizado com os profissionais de saúde do HU, porém de forma condensada, para se pensar a implementação de políticas e de programas de saúde para a população masculina (conferir em anexo). As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos/as entrevistados/as.

Por serem as últimas, as entrevistas com os gestores tiveram sua importância em dois sentidos. Primeiro, por “fecharem” o campo da pesquisa Homens e Saúde e, segundo, por terem em mim o efeito de agir retroativamente em relação às entrevistas já feitas com os profissionais de saúde. Em outras palavras, os gestores falaram de algo que estava desde sempre no campo de pesquisa do HU. Embora estivesse presente para profissionais e gestores, não estava para mim, e foi na reta quase final de pesquisa que o novo emergiu com a feição com que há muito se fazia presente. Abriu-se, desta forma, o interesse pelo discurso do Sistema Único de Saúde, seus princípios norteadores e alguns de seus conceitos.

Sobre as visitas ao site do Ministério da Saúde

Ao visitar a página eletrônica do Ministério da Saúde na busca por informações a respeito do Sistema Único de Saúde e suas diretrizes, destaco as visitas constantes ao *Portal da Saúde* (“O SUS de A a Z”), local em que acessava os principais conceitos emergentes nas entrevistas realizadas com os profissionais e usuários dos serviços (saúde integral, humanização, saúde da mulher, saúde do trabalhador, etc). Destaco, também, a página eletrônica da Secretaria de Saúde de SC (www.saude.sc.gov.br), em que encontrei informações sobre o SUS e seus princípios. Em terceiro, destaco a leitura e utilização do Plano Estadual de Saúde (PES 2007-2010)¹⁷. Estes documentos balizaram o processo de análise das falas dos sujeitos da pesquisa, e tomaram para mim a consistência dos discursos “oficiais” do SUS. No processo de escrita, nas ocasiões em que o movimento de análise perdia sua força, e eu não sabia ao certo em que direção seguir, era a estes documentos que eu recorria, não apenas como uma forma de “acessar” os conceitos do SUS, mas, principalmente, para permitir que os conceitos movimentassem as análises existentes, acessando em mim outras leituras possíveis das falas.

Sobre os grupos focais com usuários homens

Creio ser unanimidade, entre a equipe de pesquisadores, que realizar os grupos focais com a população masculina foi uma tarefa que (nos) exigiu boa dose de paciência e empenho. Neste caso, empenho em especial de algumas profissionais de saúde do HU, mulheres que desejaram e atuaram em conjunto conosco para que tais ações se concretizassem.

A realização dos grupos focais teve como objetivo o levantamento das expectativas e necessidades dos usuários homens, com relação aos serviços públicos de

¹⁷ Segundo texto disponível no site da Secretaria de Saúde de SC (www.saude.sc.gov.br): “o Plano Estadual de Saúde (PES/2007-2010) pode ser entendido como um instrumento de referência para a atuação das esferas de direção do SUS nos âmbitos estaduais e municipais, na medida em que, levantando e analisando a realidade sócio-sanitária catarinense, indica problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde dos catarinenses”.

saúde¹⁸. Neste sentido, foram ao todo três grupos focais, com usuários homens divididos por faixas etárias (15-19; 20-29; 30-49)¹⁹. Em cada grupo participou uma média de oito homens, usuários do Hospital Universitário e/ou das unidades básicas de saúde de Florianópolis, de diferentes idades, todos moradores de Florianópolis/SC. No entanto, cada grupo traz a marca de sua especificidade, e foram chamados, grosso modo de: o grupo do futebol da Serrinha; o grupo dos pais do alojamento conjunto; e o grupo de homens da vasectomia.

O grupo 1, de 15 a 19 anos, reuniu jovens homens, a partir da articulação existente entre o setor de Serviço Social do HU e o grupo de prática esportiva de futebol da Serrinha, um bairro localizado no entorno do Hospital Universitário. Esta iniciativa busca a aproximação dos homens com os serviços de saúde, procurando desenvolver na comunidade práticas preventivas de saúde.

O grupo 2, de 20-29 anos, foi realizado com homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do HU, acompanhantes das parceiras no processo de parto e nascimento de seus bebês.

O grupo 3, de 30-49 anos, foi realizado com homens que optaram por se submeter à intervenção cirúrgica de vasectomia. Neste processo, participavam com suas parceiras de uma reunião mensal de planejamento familiar. A seguir, detenho-me a narrar, brevemente, como foi a realização de cada um dos grupos.

Os jovens do grupo de futebol da Serrinha (grupo 1)

O grupo focal com os garotos de 15 a 19 anos se deu a partir de um projeto de extensão desenvolvido entre o Setor de Serviço Social do HU, e o grupo de futebol da Serrinha, região de entorno da Universidade Federal de Santa Catarina. Esta iniciativa é coordenada por Vilson²⁰, profissional de educação física que coordena as atividades esportivas na comunidade da Serrinha²¹. Foi uma das assistentes sociais do Hospital que sugeriu a realização do grupo, aproveitando esta articulação já existente. Deste modo, o

¹⁸ Para Gomes e Barbosa (1999, p. 34) “o grupo focal é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade”.

¹⁹ A definição das faixas etárias seguiu as categorias padrão da Organização Mundial da Saúde (projeto original pesquisa Homens e Saúde, 2006).

²⁰ Nome fictício.

²¹ A prática acontece às segundas-feiras no campo de futebol da Associação dos Servidores da UFSC (ASSUFSC), e reúne homens de diversas idades.

contato foi estabelecido diretamente com o coordenador da atividade esportiva, que desde o início se mostrou muito receptivo e disposto na efetivação do grupo com os jovens homens.

Na ocasião em que fui conversar com o referido coordenador do projeto, ao saber da existência da pesquisa Homens e Saúde e ser convidado a participar, mostrou-se desde o início muito entusiasmado com a iniciativa, afirmando, em tom de desabafo que: *finalmente alguém está olhando para essas questões. Eu tenho pensado muito nisso aqui com os meninos, e em como eles não estão nem aí para a saúde, fico pensando em como trabalhar isso, falar de saúde, cuidar da saúde. E até em como eu mesmo me cuido pouco* (diário de campo). Desde então, reuniu esforços para que pudéssemos fazer um grupo com os jovens do futebol. Estes meninos atenderiam à primeira faixa etária definida (15-19 anos). Nesse mesmo dia, pediu que eu voltasse às 20 horas, que ele iria conversar com os integrantes do time, apresentar a proposta do grupo focal e agendar sua efetivação caso tivessem voluntários para participar.

Chegando no horário estabelecido, Vilson conversou com os jovens e pediu que eu me apresentasse, falasse do objetivo da pesquisa e de sua importância para eles e para a comunidade. Incentivados pelo técnico a não deixarem de participar, 10 jovens se comprometeram em ficar após o treino. Às 21 horas, estava a equipe da pesquisa, *munida de Coca-Cola, água mineral e uma caixa de chocolate – estratégias para conter a fome e o cansaço dos meninos que decidiram estar conosco após uma hora de futebol, para falar sobre questões de saúde* (segundo minhas anotações no diário de campo), e oito jovens entre 15 e 19 anos, ocupando uma das salas do espaço da Associação dos Servidores da UFSC. Este foi o primeiro grupo conduzido por mim, em parceria com Adriano Beiras e Suzana Araújo Almeida.

O grupo com os pais do alojamento conjunto da Maternidade do HU (grupo 2)

A primeira sessão de grupo focal foi realizada com os homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do HU²², mobilizada por Ana, uma das profissionais da Maternidade. No primeiro momento, fomos chamados por ela para assistir à cena de um jovem pai que trocava seu bebê, na presença do avô materno da criança. Nas palavras dela que, em entrevista realizada anteriormente, descrevia o que os homens

²² Este grupo foi conduzido por Adriano Beiras e Grazielle Tagliamento. Eu estava presente, mas como observadora.

faziam após o nascimento do bebê: *eu não te falei, Rita, que eles chegam e trocam a fralda? Eu te falei.* Foi Ana quem nos conduziu até o alojamento e identificou os possíveis participantes do grupo, ela mesma falando da pesquisa e os convidando a esperar na sala de reuniões da Maternidade do Hospital.

Nos corredores da Maternidade, nas salas de espera e até dentro do quarto em que estavam as gestantes, Ana saía perguntando aos homens: - você quer participar de uma pesquisa sobre homens e saúde? Tem um tempinho? Então espera um pouco lá na sala da maternidade que o pessoal já vai lá explicar (relatos do diário de campo).

Não sabíamos se, de fato, conseguiríamos reunir um número suficiente de homens para realizar o grupo. No entanto, antes que pudéssemos perceber, ela havia conseguido agrupar oito homens, de 19 a 49 anos, cujas parceiras recém haviam tido bebê. O grupo, apesar de não atender ao critério de faixa etária definido pelo projeto, foi desenvolvido considerando-se que esta primeira experiência seria de fundamental importância para a pesquisa. (Em sendo também a minha primeira experiência com grupos focais, o grupo foi conduzido por meus colegas, e eu fiquei de espectadora). O grupo durou aproximadamente uma hora quando, ao final, alguns homens declararam que queriam: *chocar um pouquinho o bebê*, ou ainda perguntavam, com certa ansiedade: *posso voltar para o quarto?*

Foi neste grupo que um dos participantes anunciou uma das falas mais significativas para mim que, por sua intensidade, me “afetou” em campo e me envolveu com cada uma das falas ali produzidas de maneira muito singular. O que chamei de a *metáfora*²³ *do carro*. Resgatando o contexto do dito, Márcio referia-se à maneira como os trabalhadores são atendidos pelos médicos, à falta de atenção ou ao descaso sentido por ele em situações hospitalares. É nesse contexto que o sujeito insere, na discussão suscitada entre os outros homens, o que eu estou nomeando como a metáfora do carro:

²³ A metáfora é o que permite o surgimento do novo sentido, a produção de um sentido outro para o mesmo significante. Segundo Lacan (1985, p. 505-506) “o significante, por sua natureza, sempre se antecipa ao sentido, desdobrando como que adiante dele sua dimensão. (...) donde se pode dizer que é na cadeia do significante que o sentido insiste, mas que nenhum dos elementos da cadeia consiste na significação de que ele é capaz nesse momento. Impõe-se, portanto, a noção de um deslizamento incessante do significado sobre o significante...”.

É tipo um carro que chega na oficina. Tem uns carros que são para três dias, carro que são para dois dias, e o carro que tu estás precisando para viagem, na hora. Tu pagasses caro, pagasse por aquele carro um dinheirão, economizasse a vida toda (usuário, 32 anos, falando de sua relação com o atendimento que recebe dos médicos, no HU).

Este grupo em particular, (talvez porque tenha sido o primeiro), traz em sua existência a marca de uma peculiaridade, para além de serem homens que estavam no alojamento conjunto da maternidade. Foi, na pesquisa Homens e Saúde, o grupo que não atendeu à especificidade da faixa etária, porque reuniu homens dos 19 aos 42 anos. Homens mais jovens, pais “de primeira viagem”; homens adultos, pais pela terceira, quarta vez; homens que nem sequer estavam ali pelo motivo do parto e nascimento, mas porque vinham do interior do estado com a família, para tratar do filho doente no HU. Homens que se dispuseram a falar e falaram, muito além da preocupação com as expectativas e as necessidades em termos de serviços de saúde. Após sua realização foi que me dei conta do que *já não era* o meu interesse de pesquisa no mestrado, e que estava vivendo um novo projeto, sem saber. Talvez por ser este o grupo do (e)feito de mudança, tenho por ele uma atenção especial.

O grupo dos homens da vasectomia (grupo 3)

A realização deste grupo (30-49 anos) se deu no interior da reunião mensal de planejamento familiar, com os homens que se preparavam para a cirurgia de vasectomia, no setor de Serviço Social do HU. A iniciativa de poder contribuir com esta etapa do projeto foi da assistente social do setor, que se disponibilizou a organizar, como parte da reunião mensal com os casais, o grupo focal com os homens presentes. Na medida em que os homens iam chegando, sentimos que o espaço se fazia pequeno, mas infelizmente não tivemos a possibilidade de subdividir o grupo em dois por conta do espaço físico. Eram homens que vinham inclusive da Região da Grande Florianópolis. Muitos com os filhos no colo, muitos outros querendo reclamar do serviço público, querendo contar seus casos. “Sentia que tanto eu quanto Suzana fomos tomadas por certa ansiedade. Não paravam de chegar homens na sala, muitos com criança no colo. As crianças se mostravam impacientes, havia homens que não sabiam ler e demandavam

uma atenção especial. Outros tentavam falar apesar do choro do filho. Tudo isto em meio a homens curiosos, entusiasmados com a oportunidade, dispostos a participar. Havíamos levado dois gravadores, foi o que garantiu o registro do grupo” (relatos em diário de campo).

Enquanto os homens estavam no grupo, as mulheres eram orientadas com relação ao uso de preservativos, na prevenção de DSTs/AIDS (com a opção pela vasectomia, a ênfase no planejamento familiar mudou de foco, esclareceu a profissional do HU em conversa informal). O local do trabalho foi em uma das salas de aula do setor de Pediatria da Maternidade. No dia seguinte, quando retornei ao HU para saber o que ela havia achado do grupo, a assistente social afirmou: *eles gostaram muito. Muitos vieram me agradecer depois da reunião, pela oportunidade de poder falar dessas coisas.*

Este grupo foi conduzido por mim e por Suzana Araújo Almeida.

2. PSICANÁLISE, SUJEITO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

“A problemática do sujeito em psicanálise é fundamental (...). Quem fala? Quem escuta? Estas questões são essenciais para que se possam discriminar os agentes da produção e da recepção das torrentes discursivas que se materializam na interlocução psicanalítica: o inconsciente? O eu? Nestas questões se impõe necessariamente uma indagação sobre a tópica do sujeito: de onde se fala? De onde se escuta?” (Birman, 1997, p. 15).

Inicialmente, traçarei um breve percurso em alguns textos de Freud, com o objetivo de refletir acerca do sujeito do inconsciente. No entanto, devo esclarecer que, embora eu traga esta problemática, este conceito não é freudiano em sua gênese. “O sujeito, na história que o escreve, é antes uma contingência que se impôs a Freud do que um conceito que este decidiu, por sua livre deliberação, conceber, construir, a fim de aplicar à sua experiência” (Elia, 2000, p.27). Neste sentido, foram eleitos os seguintes textos da Edição Standard Brasileira das Obras Completas: *A interpretação dos sonhos* (1900); *Os Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905); *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914); *O inconsciente* (1915); *O mal-estar na civilização* (1930). Não é o propósito manter fidelidade à ordem cronológica das publicações, mas poder alinhar contornos que permitam vislumbrar algo do sujeito do inconsciente.

Sobre o que escapa em/de nós

“Somos quem não somos. Quantos somos! Quantos nos enganamos (...)! Aquilo que se perdeu, aquilo que se deveria ter querido, aquilo que se obteve e satisfez por erro, o que amamos e perdemos e, depois de perder, vimos, amando por tê-lo perdido. Quem sabe o que é para si mesmo?” (Fernando Pessoa, 1989, p. 325).

Efeito dos efeitos, o sujeito (do inconsciente) emerge entre as brechas, aparece nas lacunas, nos lapsos, nos mais cotidianos e, quiçá menos psicopatológicos tropeços de linguagem, fazendo uma analogia com o texto de Freud *A psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901). Este, em conjunto com dois outros, *A interpretação dos sonhos* (1900) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905), mapeiam as primeiras “aparições” do sujeito freudiano.

Em *A interpretação dos sonhos* (1900), o sujeito aparece fragmentado, tanto quanto seu sonho, ou o que dele *diz ser* seu sonho: “Temos todas as razões para suspeitar de que nossa lembrança dos sonhos não é apenas fragmentada, mas indexada e falseada (...). Assim, parece haver um risco de que a própria coisa cujo valor nos propusemos determinar escape-nos completamente por entre os dedos” (Freud, 1900, p. 544). Escapam também entre os dedos os lapsos da fala, os esquecimentos, as lembranças encobridoras, os atos falhos (tão popularmente utilizados para capturar aquele que os cometem).

O volume VI da coleção Standard Brasileira das Obras Completas de Freud é totalmente dedicado à análise dos materiais, compilados e intitulados *A psicopatologia da vida cotidiana*. Nele, afirma Freud (1901, p. 74), “(...) descubro, ademais, uma influência perturbadora que provém de algo *externo* ao enunciado pretendido; e o elemento perturbador é um pensamento singular que permaneceu inconsciente”. Há um elemento perturbador que, ao invadir o sujeito em sua coerência, diz de algo que falha, que rompe a lógica discursiva do eu. O sujeito do inconsciente manifesta-se cotidianamente e “constitui-se volátil em sua existência toda vez que diz para si mesmo eu penso” (Fink, 1998, p. 231). Entre o que está exposto e o que está escondido, figura o sujeito, clivado desde seus primeiros indícios de existência. A clivagem se dá pela presença deste outro cultural que o implica na questão das identificações. Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), Freud fala da constituição deste sujeito a partir do outro, ou seja, das múltiplas formas de relação com a alteridade que *dão o tom* nos processos de identificação. Com a introdução do conceito de narcisismo, o eu passa a ser uma instância psíquica erotizada e regulada pelo princípio do prazer. Do auto-erotismo ao narcisismo, do eu ideal ao ideal do eu, o sujeito percorre os caminhos pelos quais se constitui a partir das relações estabelecidas especularmente, no sentido lacaniano destes termos.

Sobre o mal-estar (em ser) na cultura

“O que pedem eles [os homens] da vida e o que desejam nela realizar? A resposta mal pode provocar dúvidas. Esforçam-se para obter felicidade, querem ser felizes e assim permanecer. (...) nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é muito menos difícil de experimentar” (Freud, em *O mal-estar na civilização*, 1930, p.)

Em *O Mal-estar na civilização*, “a leitura freudiana da modernidade” (Birman, 1997, p. 10), Freud se refere às renúncias e aos sacrifícios a que o sujeito se vê submetido, em sua “entrada” na cultura. Certo pessimismo fora anteriormente anunciado no título de seu artigo, *O futuro de uma ilusão* (1927), independente da conjugação de tempos verbais, a ilusão em ser é também sintoma deste mal-estar. Remanescente, por assim dizer, das tentativas de equilibrar os dois princípios humanos – o princípio do prazer, em favor do princípio da realidade, visando a sustentação dos ideais da cultura. Nesse sentido, “o sujeito do mundo moderno, subordinado à ordem simbólica, ao grande Outro (...), é um sujeito imerso numa ordem cujo modo de gozo está marcado pela lei, pelo desejo, pela castração” (Riaviz, 2000, p. 2). Nas palavras de Freud (1930, p. 104): “é impossível desprezar o ponto até o qual a civilização é construída sobre uma renúncia à pulsão, o quanto ela pressupõe exatamente a não-satisfação de pulsões poderosas”.

Lê-se ainda a amarração deste sujeito aos nós culturais, àquilo que se constitui como os modelos da civilização, “os tabus, as leis e os costumes impõem novas restrições, que influenciam tanto homens quanto mulheres” (Freud, 1930, p.109). As conexões com *Totem e Tabu* (Freud, 1913) podem ser articuladas no que se refere ao Mito do Assassinato do Pai, questão fundamental quando aborda a problemática da origem do humano em sua dimensão simbólica e, na esteira de sua teoria, a constituição do sujeito a partir do mito edipiano. Delimitar as relações do sujeito na cultura significa explicitar a íntima relação da psicanálise com este Outro do sujeito. “No discurso freudiano essa relação é marcada essencialmente pelo mal-estar, pois a inserção do sujeito na cultura é permeada pelo conflito e pela impossibilidade do sujeito em solucioná-

lo de forma absoluta” (Birman, 1997, p. 10). Certa “originalidade epistemológica” em psicanálise, afirma Birman (1997, p.12), justifica-se por este deslizamento do sujeito entre os pólos da pulsão e da cultura, que não permite situá-la ou reduzi-la ao campo dos saberes biológico ou sociológico. Neste sentido, o que a teoria psicanalítica exige, em termos metodológicos, é uma sustentação do inconsciente freudiano referida ao estatuto do simbólico.

“A erótica do tempo”: tempo do falado, tempo do escrito.

“Antes da fala, antes que as palavras se combinem e formem frases, há algo em tudo comparado a um escrito e que é a condição da fala e não sua versão acabada. Um ‘desde sempre’, ao invés de um ‘para sempre’” (Barros, 2000, p.7).

Sobre o “desde sempre”. Era início de 2007. A pesquisa “Homens nos Serviços de Saúde”, com a qual havia me familiarizado (a ponto de eleger a temática como objeto de pesquisa no mestrado em psicologia), estava para se encerrar. Neste momento, após a realização das entrevistas com profissionais de saúde e usuários (homens) do Hospital Universitário da UFSC, o foco centrava-se nas entrevistas com os gestores de saúde do município de Florianópolis.

Este capítulo tem sua âncora lançada sobre este momento do campo de pesquisa. Neste sentido, as falas das quais me utilizo para discutir a questão do sujeito desfazem a métrica do tempo, atualizando ditos e escutas vividas num tempo que não é o mesmo, mas que dele se faz *hoje, agora*. Destarte, é necessário que se silenciem as falas para que o texto passe a existir (Barros, 2000). Entre o tempo falado e o tempo escrito, há o tempo do pesquisador que, ao escutar as vozes, inscreve a escuta, letra a letra, sobre o papel. Fixa as palavras ditas outrora, cristaliza as vozes pela materialidade atemporal do texto. Neste silêncio do falar, atua a interpretação, reverberando e conjugando tempos, produzindo este efeito da linguagem que é a escrita (Lacan, 1985 [1975]).

Durante o trabalho de campo, fui percebendo como os conceitos psicanalíticos se amarravam àquilo que eu ouvia, e se poderiam ser utilizados como uma forma de ler o que estava sendo dito pelos profissionais (e pelos usuários) no campo da saúde. Foi então que a questão do sujeito se impôs com a força mesma que a engendra como uma questão, desde o *cogito* cartesiano ao seu retorno como “sujeito do inconsciente” em Lacan. Esta imposição se deu na escuta de um paradoxo, um nó, naquilo que foi possível ser ouvido das/nas entrevistas realizadas no Hospital Universitário.

O que *insiste* na fala dos/as profissionais, em cada entrevista, segue o que *não cessa de se escrever*²⁴ que, em psicanálise, remete ao conceito de repetição em Freud (*Wiederholung*)²⁵. A experiência do *fort-da*, ou o jogo do carretel, exemplifica esta compulsão à repetição, necessária na rede de significação do sujeito em torno, no caso, da ausência da mãe vivida pela criança que segura o carretel²⁶. Interrompo, neste instante, para abrir um parêntese. Faz-se necessário esclarecer o que *insiste* na realização das entrevistas. A que se refere esta insistência? Diria que a insistência é, sobretudo, da pesquisadora, e que poderia ser entendida como o investimento libidinal depositado/transferido para o trabalho de mestrado, a fim de produzir uma obra textual singular, um outro, um deslizamento mais de si para si mesma, pela via do outro. Ou seja, o que insiste é da ordem do narcísico, e que persiste em transferência – ao texto escrito, à instituição acadêmica, à figura do orientador, à figura dos outros com os quais a pesquisadora se identifica e se autoriza como autora de sua escritura. Insistir em produzir deste/neste lugar implica sustentar a existência daquele que fala. É sustentar a “escrita de um sujeito que se inscreve ao escrever – a escrita que inscreve o sujeito” (Bergamaschi, 2005, p.5). Fecha parêntese.

Retomando o conceito de repetição em Freud, destaco alguns textos. Em linhas gerais, a questão da compulsão à repetição é vista no texto *Recordar, repetir, elaborar*, de (1914). Nele, Freud trabalha com aquilo que o sujeito, ao fazer uso da técnica da associação livre, diz além do dito, no movimento de resistência ao próprio discurso²⁷. A

²⁴ A respeito do que não cessa de se escrever, conferir Lacan (1985 [1975]), Seminário 20, Mais, Ainda.

²⁵ A repetição, segundo Lacan (1988 [1964]), é um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, juntamente com a transferência, o inconsciente e a pulsão.

²⁶ O relato feito por Freud da brincadeira de seu neto de 18 meses com o carretel está no texto de 1920, *Mais além do princípio do prazer*, na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.

²⁷ Nas palavras de Freud (1914 [1974], p. 166): “O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a

associação livre revelaria, para o sujeito que fala no *setting* analítico, aquilo que ele pronuncia mesmo sem saber. Quando, neste texto, faz uma retrospectiva histórica da psicanálise – da *catarsis* de Breuer à técnica da associação livre, passando pelo sintoma – Freud situa o trajeto percorrido pelo sujeito nestes diferentes momentos da prática psicanalítica. Sem dúvida, possibilidades de se pensar o sujeito em relação ao analista e à transferência, assim como de se pensar o analista e seu foco no processo de análise, no manejo desta transferência²⁸. Referências fundamentais de uma escrita freudiana da clínica psicanalítica.

Em 1956, no *O Seminário sobre a Carta Roubada*²⁹, a partir do conto de Edgar Allan Poe, Lacan retoma o conceito freudiano, utilizando-se do termo *automatismo de repetição*, articulando-o ao fundamento simbólico e real deste conceito. No entanto, é no Seminário 11 que Lacan (1998[1964]) trabalha com o conceito de repetição em Freud, articulando-o às categorias de causalidade de Aristóteles – *autômaton* e *tiquê*. *Autômaton* sendo entendido como o retorno, a volta, a insistência da cadeia significante, e *tiquê* sendo traduzida como o encontro com o real. Em relação a estas categorias, pode-se apreender que se o *autômaton* constitui o campo do inconsciente, por meio do que retorna (vertente simbólica da repetição), o *tiquê* fala de um encontro do sujeito com o real, com o acaso, que retorna ao “desde sempre” da história conhecida pelo sujeito. Este retorno ao que já estava lá é o que possibilita novas significações subjetivas. A incidência da significação sobre o campo do “desde sempre” – produz efeitos de sujeito que o desloca das posições de seus “para sempre” – o que é da ordem do eterno ser para este que ex-iste.

A importância da articulação estabelecida por Lacan, referente à repetição e ao real, está no que introduz de novo na dinâmica do próprio conceito. A repetição vela, ao incidir sobre a alienação do sujeito e, desvela, ao incidir sobre a idéia de mesmice que pode, erroneamente, ser atribuída ao mecanismo compulsivo de seu ato. Se, como afirmou Lacan (1998 [1964], p. 62), “a repetição demanda o novo”, importa menos o que retorna, e mais a possibilidade de se atualizar a repetição significante por meio deste que

repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual”.

²⁸ Vale ressaltar que o texto *Recordar, Repetir e Elaborar* faz parte da série de escritos de Freud a respeito da técnica psicanalítica (intitulada *Recomendações sobre a técnica da psicanálise e Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise*), no período de 1912 a 1915.

²⁹ No Seminário 11, Lacan trabalha mais detidamente o conceito freudiano de repetição à luz das categorias de causalidade de Aristóteles: *autômaton* e *tiquê*. No entanto, para a escrita deste texto, optei por apresentar de forma sucinta as relações com Aristóteles, para chegar à sua formulação nos *Escritos*, com o termo *automatismo de repetição*.

retorna. Dito de outro modo, sob que manchete se imprime o anúncio das novidades, sob quais efeitos de sujeito este se vê refletido no anúncio de si mesmo?

O movimento que a repetição demanda é mola propulsora do processo de criação e de estilização. A importância da repetição tem, neste percurso de trabalho, sua ênfase na leitura e na releitura das entrevistas feitas com os gestores em saúde, nas investidas reincidentes da pesquisadora em relação às falas dos sujeitos. Textos que me levavam a pensar outras coisas, a partir do que antes parecia não ter sido dito: o discurso do Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir, traçarei o percurso necessário, a fim de explicitar por quais meandros os enunciados do Sistema Único de Saúde tomaram a consistência de uma inquietude, durante o processo de pensar a respeito do campo e das questões possíveis de serem identificadas.

Na ocasião das entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2006, os modos de dizer dos sujeitos participantes da pesquisa não haviam estabelecido laço com a questão do Sistema Único de Saúde. Mesmo falando deste e para este campo: o da saúde pública, em uma instituição pública, a fim de mobilizar sujeitos em torno da temática Homens e Saúde, na escrita de minhas interrogações durante a pesquisa, o sujeito existia como uma questão, mas o SUS, não. Paradoxalmente, eu não o (re) conhecia.

Sobre a existência do SUS tomada pela exterioridade.

A proposta, neste momento, é a de estabelecer um paralelo com a questão do sujeito do inconsciente, em relação ao discurso do SUS, e de seus efeitos – ou justamente como Um de seus efeitos. A tônica do texto permanecerá fiel aos pressupostos do sujeito em psicanálise, agora incorporando a lógica do *não-todo* de Lacan (1985 [1975]), para se discutir os princípios do SUS e sua relação com a constituição dos sujeitos. Seguindo o traço da escritura, estabelecerei enlaces teóricos com os fragmentos dos textos das entrevistas e dos materiais disponíveis nos sites do Ministério da Saúde, desencadeadores deste processo de elaboração e de escrita. Entendendo esta possibilidade como instância constitutiva do processo de análise das falas dos entrevistados, pretendo dar vazão ao movimento de falar a partir de quem já falou e silenciou, conforme considerações tecidas no início deste trabalho. É para que se

produzam efeitos de linguagem que transponho as vozes deste meu silêncio em frases no papel.

O SUS, que teve seus objetivos estabelecidos com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, está pautado em três princípios: a universalidade, a integralidade e a equidade, instâncias norteadoras das políticas de saúde e tônicas nos modos de enunciar posições de existência e de visibilidade no campo da saúde. Para ilustrar alguns dos modos de enunciação dos sujeitos que se dispuseram a falar, destaco um dos dizeres que parecia invocar possibilidades outras de escuta e de leitura. A primeira fala foi dita como resposta à pergunta final do roteiro de entrevista, a saber: “na sua opinião, seria melhor que existissem serviços em que os homens não estivessem?”. A profissional do Serviço Social, entrevistada no início de 2006, respondeu: *a gente presta o atendimento para o ser humano, para a pessoa, não para o sexo dele*. Um outro exemplo destes modos de enunciação é a fala de um dos gestores entrevistados: *(...) é a filosofia do sistema único de saúde, vigente no nosso país. Nós temos que cumprir, então ele é universal, ele tem equidade e tem integralidade. Então não podemos estar vendo o sexo como um divisor de águas, ele [o paciente] é um ser humano*³⁰.

Um retorno ao “desde sempre” das falas dos entrevistados foi possível somente depois da realização das entrevistas com os gestores em saúde. Ouvir aqueles que ocupam cargos de gerência municipal e estadual, e que deste lugar falam pelo SUS e por seus princípios, foi de fundamental importância para restituir, nos discursos sobre o sujeito em saúde, algo da existência deste discurso do SUS, que permanecia alheio em si mesmo, alienado (ou “ensimesmado”, jogando com a combinação fonética que desloca o predicado do eu e preza pela economia significativa). Com relação ao falar deste lugar, e sobre o que o sujeito se autoriza a falar, apresento a fala de uma das gestoras que, ao ser convidada a participar da entrevista, anuncia: *aqui eu só poderia estar respondendo enquanto médica*. Mostra-se interessante este modo pelo qual o sujeito antecipa seu dito, como que se valendo de alguma garantia para resguardar seu eu do dizer que vai,

³⁰ Na possibilidade de se falar da presença/ ausência dos homens nos serviços de saúde, a fala da entrevistada do Serviço Social me faz pensar que algo da ordem do inapreensível pela linguagem foi pronunciado. Talvez alguma relação com a dependência ao significante e a seus efeitos, o que causa no sujeito uma interposição constante da linguagem entre este (sujeito) e o corpo. Segundo Serge André (1986) “esta interposição constitui ao mesmo tempo um acesso e uma barreira: acesso ao corpo enquanto simbólico, e barreira ao corpo enquanto real” (p. 235). Neste sentido, o que é possível ler na fala da entrevistada, no sentido do acesso e do real do corpo, do sexo como este divisor de águas?

inevitavelmente, escapar de seu alcance de fala, de verbo, de ser. São fundamentais, neste sentido, as palavras de Lacan:

somos pois levados pela descoberta freudiana a escutar no discurso essa palavra que se manifesta através, ou mesmo apesar, do sujeito. Pelo seu corpo mesmo, o sujeito emite uma palavra que é, como tal, palavra da verdade, uma palavra que ele nem mesmo sabe que emite como significante. É que ele diz sempre mais que quer dizer, sempre mais do que sabe dizer (1986 [1975], p.303).

Nesta entrevista, a gestora pediu que ela mesma lesse o roteiro de perguntas, na medida em que as fosse respondendo. Ela foi protagonista da cena vivida por nós duas – deslocou-se incessantemente entre os papéis de entrevistadora e de entrevistada, refletindo a pergunta no momento mesmo de elaborar a resposta, ora baixinho, ora em voz alta – no ato de deslocar-me da posição de entrevistadora, em seu local de trabalho, colocando-me no lugar do outro que silencia, a fim de poder escutá-la. Afinal, não foi ela a convocada a falar em cena?³¹.

As entrevistas com este público, apesar de terem um número mais reduzido de questões, tinham seu foco também na implementação de políticas públicas voltadas aos homens. Não destoavam, significativamente, das questões dirigidas aos profissionais e aos usuários, na primeira etapa da pesquisa. Esta pontuação se faz pertinente para pensar o porquê de o discurso do Sistema Único de Saúde se mostrar tão presente – encarnado nos dizeres dos dirigentes entrevistados, a ponto de fazer laço com questões que anteriormente não haviam adquirido este estatuto. Um retorno às entrevistas feitas no início de 2006 se fez imprescindível para que, daquelas vozes, eu pudesse desenvolver novas reflexões.

Como parte deste “retorno”, visitei ainda os sites do Ministério da Saúde para saber mais a respeito dos princípios do SUS, agora que este havia se imposto a mim. Conforme a página eletrônica da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, os princípios norteadores do Sistema Único estão estabelecidos da seguinte forma:

Universalidade: "a saúde é um direito de todos". Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por

³¹ Ao final, após perguntar sobre a metodologia que seria utilizada para a análise de sua entrevista (respondi-lhe que não havia clareza), pediu que eu retornasse à sua sala, com exemplos de análise do material de sua entrevista. Ressaltou que, em se tratando de análise do discurso, queria aprender a técnica.

força de lei. Integralidade: a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Equidade: todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam (www.saude.gov.br, em 15/05/2007).

Quais amarrações simbólicas permitem que, em alguns campos discursivos, se fale de universalidade, igualdade e equidade e, em outros, aparentemente tão fecundos quanto, estas questões que dizem do sujeito de direitos em saúde, não se mostrem, a não ser pelo seu des-cobrimto? Refiro-me aos *entre-lugares* de um sujeito que resvala no discurso do Sistema Único de Saúde (SUS), e que das/nas falas dos profissionais entrevistados produz laço, quiçá um nó, por vezes de extrema dificuldade para desatar. Em outras palavras, na tentativa de movimentar-se entre as linhas enunciativas do Sistema Único, ao procurar sua existência, o sujeito se perde na busca do que procura ser e, em sendo isso que se perde, que se ilusiona, faz-se existir. No entanto, é uma existência marcada pela conjugação de tempos verbais não lineares: “eu fui isso somente para tornar-me o que eu posso ser” (Lacan, 1978 [1966], p. 116). O sujeito não pode ser aquilo de que se fala, pois, ao pronunciar a certeza de seu eu, esbarra no vazio do verbo que conjuga.

A idéia do laço refere-se ao que amarra, de alguma maneira, usuários e profissionais a estes circuitos discursivos do Sistema Único de Saúde. O laço simbólico diz, ainda, de uma relação que se estabelece no interior da instituição (Hospital Universitário) e fora dela. Uma dinâmica que se dá entre profissionais de saúde dos mais diversos setores e especialidades, entre pacientes, usuários, estudantes; entre o HU como um hospital público e de referência no estado de Santa Catarina e seu envolvimento com as unidades básicas de saúde de Florianópolis. Entrelinhas de um texto, tônicas que ultrapassam, por vezes, o alcance do que é possível identificar no tocante às práticas, aos discursos, aos fragmentos deste cotidiano vivido no campo de pesquisa.

Fundamentais para o entendimento das questões do sujeito são as discussões de Alain Badiou (1997). Ao lançar o questionamento: *Onde estamos com a questão do sujeito?* o autor dialoga com a psicanálise a fim de estabelecer quais seriam as características de uma teoria do sujeito em Lacan. Para o autor, pode-se pensar a questão do sujeito em psicanálise a partir de quatro eixos. O primeiro refere-se à diferenciação entre sujeito e consciência. Nas palavras de Badiou (1997, p. 28): “isso é

uma grande invenção de Freud, porque a palavra inconsciente quer dizer, inicialmente, que o sujeito não é idêntico à consciência e que inconsciente é um conceito separador, que abre para a possibilidade de que haja sujeito, onde não há consciência". O segundo estabelece que o sujeito não é uma categoria normativa. Em psicanálise, o sujeito "é uma categoria teórica e também uma categoria clínica" (Badiou, 1997, p. 28). O terceiro eixo pauta-se sobre a questão da totalidade, ou seja, que o sujeito em Lacan não remete a uma totalidade, mas, ao contrário: "todo sujeito exige uma destotalização" (idem, p. 28). E, finalmente, o quarto eixo que o autor estabelece para se pensar a questão do sujeito em Lacan, refere-se à relação entre sujeito e experiência, já que para Badiou o sujeito não tem a ver com uma experiência antipredicativa, mas é a partir do sujeito que se pode refletir acerca da experiência. "Na realidade, não há experiência do sujeito" (Badiou, p. 28). Dos quatro eixos apresentados, destaco e me oriento pelo que nestes há de convergência – a lógica do paradoxo para se pensar o sujeito em psicanálise. Ao refletir sobre o cogito cartesiano, Badiou afirma:

(...) o ser do sujeito é estritamente co-extensivo ao enunciado do seu ser. É um ser que só é, porque é declarado, portanto é uma certeza em eclipse, é uma certeza puramente ligada ao próprio enunciado. E é algo de paradoxal, que a primeira certeza recaia sobre um ser que só existe quando enuncia sua existência (Badiou, 1997, p. 29).

É de uma impossibilidade que fala a afirmação do autor, talvez da impossibilidade de ser que instaura a existência do sujeito do inconsciente. Segundo Badiou (1985), o sujeito está muito mais ligado ao surgimento do impossível: seja da linguagem, seja do sujeito. Isto implica dois pontos importantes. O primeiro é tomar o paradoxo como o próprio do sujeito e, o segundo e concomitante, é inventar uma lógica que permanece consistente (mesmo que na inconsistência), pois conserva o paradoxo nela mesma. Não há uma relação dada entre o sujeito e o significante, pois a sutura que nomeia "a relação do sujeito à cadeia de seu discurso" (Lacan, 1998 [1964]) constitui-se na mediação entre o impossível do sujeito e o impossível da linguagem. Ser paradoxal não é, em momento algum, ser tomado como um problema, até porque a noção de problema exige (re)soluções. Ao contrário, ser sujeito é ser um ponto paradoxal do ser (Badiou, 1997, p. 31). Nos feixes discursivos do SUS, alguns pontos foram tomando forma e consistência de paradoxos, aos quais denominei como paradoxos da universalidade, por entender que esta se constitui não apenas como um dos efeitos dos discursos do SUS, mas também e,

principalmente, condição mesma de que as coisas sejam legíveis desta maneira e não de outras.

Aos poucos, fui percebendo que o assim nomeado *usuário* faz falhar a consistência (o que consiste insiste, e é na insistência da repetição que algo falha, que pode ser lido como da ordem do novo que o próprio automatismo demanda) dos princípios básicos enunciados no discurso do SUS, constituindo-se ora como alvo das ações políticas, ora como pano de fundo de uma marca maior, qual seja, a da manutenção dos corpos por discursos biomédicos. Destarte, é este sujeito em sua dimensão de falta em ser que, tomado em sua falha, *ex-siste*³² no campo discursivo: nas práticas dos profissionais, nos programas de saúde, nas falas dos entrevistados, no registro dos prontuários dos pacientes atendidos pelo SUS. Existe pelo que é familiar ao discurso do SUS e pelo que, neste discurso, se abre para a nomeação do que não foi falado.

Na incessante repetição que possibilita lugares de fala e de outras verdades para o ser falante, o paradoxo recai sobre a questão do sujeito. Ao tratar de uma consistência que garantiria a possibilidade de abarcar as diferenças de raça/etnia, classe, gênero, geração no campo da saúde e dos direitos humanos, reverbera uma discussão sobre o possível de ser dito neste terreno marcado por um sujeito que traz a marca do universal e do particular, do corpo orgânico constituído por saberes biomédicos e do corpo pulsional da psicanálise, objeto de intervenções das mais diversas ordens³³. O que mais se anuncia nos modos de dizer destas esferas em saúde, de seus sujeitos e de seus efeitos – sejam eles nomeados ou não, contemplados ou não pelo Serviço – senão suas aparentes contradições, seus visíveis paradoxos, nas tentativas de abarcar a totalidade pelo caso a caso, pelo um a um? Ou seja, conforme o texto da Secretaria de Saúde, “a saúde é um direito de todos”, embora seja “impossível tornar todos sadios por força da lei”. “Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde”, apesar de que “as necessidades de saúde variam”.

É pensando nestas impossibilidades contidas nas prerrogativas do SUS que a questão da universalidade se constitui ambígua. Questiono: o que mais, para além do

³² Segundo Lacan (1978 [1966], p. 18) “a ex-sistência designa o lugar excêntrico, onde nos é preciso situar o sujeito do inconsciente, se devemos levar a sério a descoberta de Freud. Utilizamos este termo, ex-sistência, num sentido vizinho, ao designarmos o lugar do *Um*, porque o *Um* é precisamente o significante que representa o sujeito”.

³³ Adianto que a questão do corpo em psicanálise será discutida no capítulo 4.

corpo orgânico da medicina, se produz como *resto* passível de significação³⁴? Uma das articulações possíveis para esta questão ancora-se na lógica do *não-todo* em Lacan (1985, [1975]), anunciada no início do capítulo e que encontra, agora, seu espaço. Inicialmente, cabe apresentar sobre qual trama conceitual esta lógica se sustenta, a saber, sobre as fórmulas da sexuação, estabelecidas pelo autor no Seminário 20. Ao definir que “a relação sexual não existe”, um de seus mais conhecidos aforismas, Lacan acrescenta outro elemento na constituição da trama dos conceitos que amarram a lógica do não-todo – o Um, conceito fundamental para se pensar nas possibilidades de análise dos paradoxos da universalidade do SUS. É este ponto nodal o que me interessa da trama, no paralelo que Lacan desenvolve do conceito de *Um* com a lógica matemática de Aristóteles.

Das matematizações presentes nas fórmulas da sexuação, destaco o enunciado que se situa no lado masculino da fórmula, por ser neste em que se aloca o significante Um. O enunciado é: “para todo X existe a função fálica”. O que é possível apreender desta questão? As relações lógicas possíveis das fórmulas da sexuação se dão a partir do *necessário* Um, não submetido à própria Lei³⁵, e que se estabelece em uma relação *impossível*: a de não existir um para o qual a castração não se realiza, independente da posição subjetiva do lado Homem ou do lado Mulher do quadro³⁶, pois “quem quer que seja falante se inscreve de um lado ou de outro”, afirma Lacan (1985 [1975], p. 107). Parece-me um interessante caminho a ser estabelecido com a questão posta pelo universal do SUS. Não seria problemático, neste sentido, pensar a universalidade como

³⁴ A questão da significância do significante, ou de como significa um sujeito para outro significante, refere-se aos diferentes momentos das elaborações de Lacan em torno do conceito de significante. O axioma lacaniano é tributário deste conceito, pensado como um elemento da cadeia significante, em que Lacan se serve da lingüística estrutural, especialmente da teoria do valor de Saussure. Inicialmente, o significante mortifica o corpo, esvazia o sujeito do gozo. Já no Seminário 17, o significante é definido como um aparelho de gozo, ele produz gozo. No Seminário 20, pode-se perceber um deslocamento teórico de Lacan, ou seja, a relação entre os significantes e seu efeito de significação (no eixo imaginário-simbólico), é deslocada. A ênfase recai sobre o axioma “o significante não significa nada”, isto é, o significante na dimensão de letra, no eixo simbólico-real. Ainda com relação ao Seminário 20, o significante é definido, claramente, como a causa (material) do gozo. O significante enquanto produtor de gozo coloca em primeiro plano o vivo, que Lacan (1985 [1975], p. 35) define, precisamente, como “...estar vivo, para a psicanálise, é que um corpo, isso se goza”. Considerações tecidas durante as aulas do curso de formação em psicanálise, EBP Seção SC (em formação).

³⁵ Em uma referência ao Pai freudiano, de *Totem e Tabu* (Freud, 1913 [1974]), em que os filhos da horda têm que matar o pai primitivo para se consistirem como um clã. Ao excluir o pai, os filhos continuam juntos, sustentando-se enquanto conjunto pelo elemento que foi excluído.

³⁶ Para uma explicação minuciosa das fórmulas da sexuação de Lacan, conferir André (1986, p. 218). A respeito da divisão estabelecida por Lacan em lado masculino e feminino, conferir o próprio Lacan (1985 [1975]), capítulo VII *Letra de Uma Carta de Amor*.

condição de possibilidades interpretativas, como produtora de efeitos de sujeito, como uma saída na via do que é possível fazer com este (e deste) paradoxo. A noção do Um lacaniano não se refere à totalidade que o termo sugere, à completude proposta pelo Um dos ideais do amor romântico, mas se articula ao não todo, à necessidade de destotalização do sujeito (Badiou, 1997, p. 28). Em outras palavras, o significante Um diz de um sujeito que não pode dizer tudo, a não ser meia verdade, de um sujeito ao qual a falta não lhe falta, mas o constitui.

Esta idéia converge com outras maneiras de dizer o/do SUS. Como este sistema, que se propõe universal e integral, pode, por estes princípios, produzir como efeitos “grupos populacionais específicos”, conforme denominação do Plano Estadual de Saúde (2007-2010)?³⁷. São *universais* destes grupos: as mulheres, as crianças, os idosos, os indígenas, os trabalhadores e a população prisional, como se a lógica do universal produzisse, em sua aparente contradição, os efeitos de sujeitos em saúde, (e os não efeitos também!). No entanto, faço minha uma questão que é colocada por Lacan (1985 [1975]), “agora a questão é saber, com efeito, se de um não-todo, de uma objeção ao universal, pode resultar isto que se enunciaria por uma particularidade que se contradiz” (p.138). Ao analisarmos como os princípios do SUS movimentam a existência de sujeitos, a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, veremos que a contradição é apenas aparente.

Neste sentido, “a universalidade poderia ser tomada como o Um que funda a possibilidade de uma existência que faça exceção, tomada em termos relativos à lógica clássica” (1985 [1975]), p. 27). Entendida sob este viés, a universalidade não somente instituiria a possibilidade da exceção, como sustentaria a existência da regra, ao considerarmos, por exemplo, uma das premissas fundamentais do SUS, o enunciado de que “a saúde é um direito de todos”. É dando continuidade à questão dos paradoxos da universalidade do SUS, e de seus efeitos de sujeito em saúde, que anuncio o próximo capítulo.

³⁷ Relatório disponível no site www.saude.gov.br, em 25/08/07.

3. MOVIMENTAÇÕES EM SAÚDE: ENTRE PARADOXOS E PERFORMANCES

“As palavras me antecedem e ultrapassam, elas me tentam e me modificam, e se não tomo cuidado será tarde demais: as coisas serão ditas sem eu as ter dito. (...). Meu enleio vem de que um tapete é feito de tantos fios que não posso me resignar a seguir um fio só; meu enredamento vem de que uma história é feita de muitas histórias. E nem todas posso contar – uma palavra mais verdadeira poderia de eco em eco fazer desabar pelo despenhadeiro as minhas altas geleiras” (Clarice Lispector, 1998, p. 12).

O paradoxo da universalidade no Sistema Único de Saúde: nos entre-lugares de existência.

Seguindo o fio condutor de análise iniciado no capítulo anterior, proponho uma discussão sobre os princípios instituintes do Sistema Único de Saúde brasileiro, a partir das reflexões desenvolvidas por Joan Scott (2002), no livro *A cidadã paradoxal: as feministas francesas e os direitos dos homens*. Fundamental na compreensão da história do feminismo francês, o argumento de Scott é de que o paradoxo é figura central na discussão encampada pelo movimento político das feministas, qual seja, exigir a recusa e, ao mesmo tempo, a aceitação da diferença sexual na luta pelos direitos das mulheres. Segundo Scott:

Há várias definições do que seja um paradoxo. Na lógica, um paradoxo é uma proposição que não pode ser resolvida e que é falsa e verdadeira ao mesmo tempo. Na Retórica e na Estética, paradoxo é um signo da capacidade de equilibrar, de forma complexa, pensamentos e sentimentos contrários e, assim, a criatividade poética. (...) de certa forma, meus paradoxos compartilham de todos estes significados, porque desafiam o que, para mim, parece ser uma tendência generalizada de polarizar o debate pela insistência de optar por isso ou aquilo (Scott, 2005, p. 14).

Para além de uma estratégia de oposição entre palavras que se contradizem, o paradoxo é entendido como um elemento constitutivo do próprio feminismo, reescrevendo as palavras da autora. Segundo Scott (2002, p. 27), “o feminismo era um protesto contra a exclusão política da mulher: seu objetivo era eliminar as ‘diferenças sexuais’ na política, mas a reivindicação tinha de ser feita em nome das ‘mulheres’ (um produto do próprio discurso da ‘diferença sexual’)”. Nas palavras de Scott:

a fim de demonstrar meus argumentos, devo escrever a história do feminismo por intermédio da leitura dos paradoxos historicamente específicos que a temática feminista incorpora, representa e revela. Interpretar paradoxos exige uma leitura diferente da que os historiadores tradicionalmente fazem. (...) o resultado, porém, vale o esforço, pois ignorar a intranqüilidade que o paradoxo, a contradição e a ambigüidade implicam é perder de vista o potencial subversivo do feminismo e do agir feminista (Scott, 2002, p. 46).

O correspondente teórico a que me refiro ancora-se na questão do paradoxo na constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro, em sua relação com o sujeito universal, o indivíduo “protótipo abstrato do ser humano”, ao mesmo tempo em que o “ser único, uma pessoa diferente de todas as outras” (Scott, 2002, p. 29). A releitura da dicotomia igualdade/diferença nas linhas que compõem a teia discursiva do SUS permite que repensemos os modos pelos quais se delineiam os significados atribuídos às mulheres e aos homens, nos conteúdos das entrevistas e dos grupos focais realizados com profissionais e usuários dos serviços do HU. O que se endossa nas falas das/os entrevistadas/os é a desconsideração da diferença de sexo do ser humano genérico atendido pelo sistema de saúde, um ser humano que é, ao mesmo tempo, um indivíduo abstrato e concreto (Scott, 2002).

Para o início da análise da questão do paradoxo, retomemos os princípios do Sistema Único de Saúde, conforme o site da Secretaria de Saúde de Santa Catarina.

Universalidade: "a saúde é um direito de todos". Naturalmente, entende-se que o Estado tem a obrigação de prover *atenção* à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei. Integralidade: a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria. Equidade: todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam (www.saude.gov.br, em 15/05/2007).

De que modo pode ser entendido/lido o indivíduo “protótipo abstrato do ser humano”, e o “ser único, uma pessoa diferente de todas as outras”, conforme as definições de Scott (2002), nas falas dos sujeitos entrevistados e na análise dos documentos do SUS? A totalidade das pessoas que devem ser atendidas em suas necessidades pelo/no Sistema Único de Saúde reflete o ser humano genérico, abstraído de sexo, gênero, classe ou qualquer outro marcador constituinte. Sob o anúncio de que “a saúde é um direito de todos”, o SUS organiza-se para atender às necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos), entrando em cena (atuando) o ser único, a pessoa que deve ser respeitada e atendida em suas especificidades. Sobre os princípios de universalidade, de equidade e de integralidade, gravitam as concepções de ser humano genérico – abstrato e concreto, dotado de diferenças de sexo, gênero, etnia, classe, etc.

Esta retomada conduz a uma outra, elaborada por Scott (1999) no artigo *Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista*. Nele, a autora discute o tema da igualdade *versus* diferença a partir do corpo teórico-conceitual pós-estruturalista, e justifica sob que premissa fundamenta suas inquietudes. Uma delas, lê-se: “necessitamos teorias que nos permitam pensar em termos de pluralidades e diversidades, em lugar de unidades e universais” (Scott, 1999, p. 203). Valendo-se dos conceitos de linguagem, discurso, diferença e desconstrução, a autora questiona o modo pelo qual os dualismos (homem/mulher; masculino/feminino), decorrentes da oposição igualdade *versus* diferença, ocultam as diferenças dentro de cada um desses pólos, na dinâmica de um jogo de obscurecimento, de invisibilidade e de irrelevância – *das* e *pelas* diferenças, *nas* diferenças.

A colocação antitética de estabelecimento da igualdade e da diferença apresenta um paradoxo de duplo efeito para as questões de gênero, pois ao negar a diferença na constituição da igualdade, institui a semelhança como o lugar legítimo do qual (e pelo qual) se pode reivindicar a igualdade. Condição de impossibilidade não apenas nas lutas políticas feministas, o hiato entre igualdade e diferença tende a aumentar à proporção de sua própria impossibilidade constituinte.

A materialidade do ser humano atendido pelo SUS se impõe diante da prerrogativa de que “a saúde é um direito de todos”, conforme o princípio de universalidade expressa. Neste sentido, para atender ao princípio de equidade – “todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde”, o Sistema Único de Saúde se vê obrigado a retornar às diferenças entre homens e mulheres, para implementar os programas de saúde voltados para eles – os grupos populacionais específicos, já que “as necessidades

de saúde [das pessoas] variam”. Ao afirmar as especificidades do ser humano genérico, afirmam-se também as diferenças sexuais, resgatando-se, muitas vezes, noções essencialistas, a-históricas e universais a respeito das populações atendidas no SUS.

Vejamos como isto pode ser entendido a partir das falas dos sujeitos entrevistados no HU. Quando transitam no campo da pergunta inicial, “quem cuida mais da saúde, o homem ou a mulher?”, pode-se pensar que as/os profissionais de saúde acionam os discursos que falam da “Mulher”, um dos efeitos do sujeito universal do Sistema Único de Saúde. É o caso, por exemplo, da fala deste médico: *a mulher é mais acolhedora no serviço de saúde do que o homem. Ela transfere todo seu sistema, seu comportamento de acolhimento de dentro de casa para dentro do trabalho. Então ela é preferida pelos pacientes* (médico, 58 anos). Com relação à política de humanização do SUS³⁸, o médico gestor argumenta:

Os médicos e os homens enfermeiros questionaram muito isso. As mulheres médicas aderiram imediatamente ao acolhimento humanizado, à humanização do atendimento, e os homens têm dificuldades, eles querem ser médicos atendendo tecnicamente só, e não querem ter esse viés de colocar o doente no colo, de conversar com o doente, às vezes um copo de água com açúcar e uma conversa resolve o problema dessa pessoa que recorre a um posto de saúde (médico, 58 anos).

No grupo focal realizado com homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade, um dos participantes afirma, em resposta à pergunta de por que a mulher procurar mais os serviços de saúde que o homem: *eu acho que é da natureza da mulher, a mulher é mais calma* (usuário, 21 anos). Na continuidade, outro participante, ao se referir à “paciência” feminina diante da lentidão no atendimento nos postos de saúde, faz uma analogia desta paciência com o processo de gestação, perguntando aos outros homens do grupo: *tu esperarias nove meses para ter um bebê?* (usuário, 20 anos).

³⁸ “Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)” (www.portal.saude.gov.br). A questão da Humanização (“HumanizaSUS”) será trabalhada mais adiante.

Nas falas, o paradoxo denuncia o movimento ativo de recusa e de aceitação das diferenças no campo da saúde pública, a partir do que suscitam as análises do material empírico da pesquisa. Os programas de saúde, destinados às populações específicas, refletem as tensões constitutivas das relações estabelecidas entre o SUS e os sujeitos, em saúde pública. A dificuldade reside na exigência imposta pelo anúncio de que “a saúde é um direito de todos”. O próprio Sistema exige que se identifiquem o *todos*, a fim de que se possa cumprir a continuidade de seus princípios instituintes: “ou seja, é impossível tornar todos sadios por força da lei” (www.saude.gov.br), justamente porque *todos* não existe a não ser pelo reconhecimento do *um* a *um*. Ao realizar este reconhecimento, a filosofia do sistema volta a considerar o que afirma (des)considerar: o sexo do paciente. No processo de implementação de políticas e programas de saúde destinados aos usuários, o paradoxo da constituição do SUS, dos sujeitos e da saúde pública se atualiza, ganhando força criadora, mantenedora da lógica universalizante. Nas palavras de Scott:

Aí está o paradoxo: para acabar com a discriminação, para evitar a discriminação, é preciso praticar um pouco de discriminação; e o problema é sempre o mesmo. É preciso reclamar o direito em nome de um grupo que é excluído e existe o risco de se estar essencializando esse grupo social (Scott, 1998, p. 122).

Neste sentido, retorno à fala da médica gestora em saúde, já citada, que se tornou emblemática deste paradoxo. Em resposta à questão da necessidade de implementação de políticas públicas voltadas à população masculina, a profissional expressa a impossibilidade inerente nos princípios do SUS, ao admitir que o “sexo não deve ser visto como um divisor de águas”. No entanto, a continuidade da resposta da gestora denuncia a dinâmica dos atos discursivos, ao se referir à importância da aproximação dos homens nos serviços de saúde.

Fico preocupada quando eu vejo muito mais homens envolvidos com drogas, nos acidentes de trânsito, muito mais homens que estão nas cadeias, não sei se isso é só cultural, são coisas que eu não saberia, não teria essa resposta. Eles são mais violentos? (...). Eu acho que se fala muito mais em câncer de mama que em câncer de próstata. Essa é minha impressão. O câncer é mais comum nas mulheres, o de próstata mais comum nos homens. (...) A impressão que me dá é

que as mulheres estão sendo mais contempladas nos serviços de saúde (médica, 50 anos).

Por último, a fala de outro gestor em saúde, quando questionado sobre a necessidade de um atendimento específico para homens, ele responde:

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, ele se concentra em criança e mulher, e nós não temos um programa para homens, dentro do SUS. Então estão morrendo homens com câncer de próstata. De uma forma estúpida, porque não há um programa que tenha e que seja eficiente, como o da criança e o da mulher (médico, 59 anos).

Outro profissional entrevistado, respondendo à mesma questão, volta a delimitação das diferenças: *os homens precisam realmente do serviço que tenha essa abordagem da saúde sexual masculina, da parte do preventivo de próstata, das doenças que são mais comuns no homem, como as doenças cardiopatas* (enfermeiro, 48 anos). Diante do que foi exposto, uma questão se faz pertinente: na elaboração de políticas públicas o SUS não se volta novamente às especificidades biológicas de corpos marcadamente sexuados e binários, ao repetir a prerrogativa de que a saúde é um direito de todos os seres humanos?

Efeitos do paradoxo constituinte do SUS, para esta pergunta talvez não haja respostas, apenas possibilidades de entendimento. Ao mesmo tempo em que o SUS retorna às diferenças entre homens e mulheres para legitimar seus princípios, tais diferenças se configuram já como os efeitos deste sistema pautado em uma proposta que se mostra, de início, lacunar. Pode-se pensar em que sentido as diferenças se impõem aos profissionais de saúde, em seus cotidianos na instituição, a partir, por exemplo, da justificativa do médico a respeito dos altos índices de morte masculina por câncer de próstata, ou do questionamento que a médica se faz com relação à agressividade e à violência, como elementos atrelados aos homens.

Valer-se do argumento de exclusão (de *x* ou *y*) pode se constituir na armadilha da linguagem dicotômica sobre a qual Scott (2002) reflete. O desconforto ocasionado pelo paradoxo não necessita de uma resolução, mas de uma leitura que inclua, em seus termos, as entrelinhas de sua ambigüidade e de sua contradição – inerentes ao mal-estar e aos sintomas que este paradoxo produz como efeitos. Se, por um lado, o Sistema

parece não cumprir suas próprias prerrogativas, é justamente no ato de suas lacunas que emergem posições de sujeito no campo da saúde e dos direitos humanos.

Neste sentido, questiono: como as falas dos sujeitos entrevistados refletem as tensões destes paradoxos? Como se identificam os efeitos de sujeito nas entrevistas e grupos realizados, pensados a partir do universal e do particular? Como são pensados os homens neste campo pesquisado?

Quando questionados a respeito da importância de se implementar serviços e programas voltados à população masculina, a médica responde, acionando posições de sujeitos em saúde relacionadas aos homens:

eles têm que ser tão contemplados quanto as mulheres, serem inseridos nesse sistema de saúde e serviço como tal. O benefício é para a sociedade como um todo, porque ele também é pai de família, ele é um trabalhador, ele é um ser humano (médica, 55 anos).

Esta fala é representativa de como os homens aparecem contemplados, em seus direitos, nas falas de outros/as profissionais entrevistados/as, assim como nas falas dos próprios homens usuários. Na medida em que justifica a importância de se pensar na temática Homens e Saúde, a médica pontua: o homem pai de família, o homem trabalhador, o homem ser humano. Abarcam-se, neste modo de dizer, algumas possibilidades instituídas nas práticas discursivas do Sistema Único de Saúde, e possíveis de serem lidas em outros momentos das entrevistas e dos grupos focais realizados. Se retornarmos aos grupos populacionais específicos, podemos pensar que além de estar presente na categoria Saúde do Trabalhador, os homens sujeitos de direitos em saúde são convocados a existir em função da sustentação de outras categorias, como é o caso da Saúde da Mulher, por exemplo.

Cabe ressaltar que, no terreno da saúde sexual e reprodutiva, as questões do controle da natalidade, da prevenção das DSTs e AIDS, do parto e nascimento, ainda são entendidas como questões ligadas às mulheres, reiterando-se sua função de mãe na reprodução. Há três modos de falar dos homens atendidos pelo Sistema Único de Saúde, de acordo com os sujeitos da pesquisa: trabalhador, pai (acompanhante da gestante e ator do processo), casal (o binômio que sustenta a criança). Em todos os casos, pode-se pensar que suas presenças são exigidas tanto como estratégias na reivindicação dos direitos individuais destes homens, quanto para reiterar, legitimar e apoiar os direitos

sexuais e reprodutivos das mulheres. Vejamos como esta afirmação pode ser desdobrada no tocante à questão da presença do pai nos processos de parto e nascimento. Partindo dela, como se acionam efeitos de sujeito, como subsumem e se instituem existências no interior das categorias de ser humano genérico, o indivíduo simultaneamente concreto e abstrato do SUS?

A questão da presença do acompanhante da gestante, na Maternidade, foi uma das mais faladas durante a realização da pesquisa, por vários motivos. Um deles é que o próprio Hospital Universitário acompanhou os trâmites da Lei n. 11108, a Lei do Acompanhante³⁹, tornando-se uma das instituições públicas do Estado que está em consonância com o exercício da lei. Como o HU permite a livre entrada e permanência do/a acompanhante escolhido pelas mulheres, alojando-o/a nas instalações da Maternidade, em muitos momentos da pesquisa esta questão veio à tona nas falas de profissionais e, em especial, dos homens usuários no grupo focal 2, que estavam justamente hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto do HU. Falando como homens que acompanhavam suas parceiras no processo de parto e nascimento, eles produziram deslocamentos discursivos fundamentais para se pensar as questões de universalidade e equidade. Embora o deslocamento possibilitado seja dinâmico e fugidio, tentarei estabelecer alguma lógica de sentido. Foi como recém-pais que acompanhavam as mulheres no nascimento de seus filhos, que estes homens reivindicaram direitos como sujeitos do SUS, valendo-se dos lugares de pais que estão acompanhando a mulher (no exercício de seus direitos e no exercício dos direitos da mulher assistida), de trabalhador (significante que, quando associado às mulheres, justifica a presença destas nos serviços

³⁹ Concomitante à implementação da Lei Federal n. 11.108, de 07/04/2005, o Instituto PAPAI/ PE lançou a Campanha "Paternidade: desejo, direito e compromisso", com o objetivo de promover a participação masculina na vida reprodutiva. A Campanha lançou o slogan: "Pai Não é Visita! Pelo direito de ser acompanhante". Durante a realização da pesquisa Homens nos Serviços de Saúde, no HU, incentivou-se a discussão da temática, junto aos profissionais de saúde, bem como se divulgou a Campanha por meio da apresentação da vinheta produzida pelo Instituto PAPAI, com o HU permitindo que os cartazes da campanha fossem afixados nos corredores do Hospital e da Maternidade. No entanto, houve controvérsias entre alguns profissionais que questionam em que medida a Campanha Pai Não é Visita, se lançada sem a devida reflexão, não termina por sugerir a presença indiscriminada dos homens durante os processos de parto e nascimento, tirando a ênfase de que o direito de escolha do acompanhante é das mulheres, e não dos homens. Muitas profissionais salientaram que pode justamente se tratar de um retrocesso nas conquistas dos movimentos feministas (muitas delas militantes, participantes da construção da Maternidade e dos processos de implementação do parto humanizado). Uma das entrevistadas foi quem relatou as controvérsias e as tensões que surgiram durante a reunião do GIAM, o Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade, composto pela maioria dos sujeitos entrevistados, na ocasião em que o material da campanha (cartazes, camisetas e a vinheta) foi distribuído ao grupo para ser divulgado e utilizado.

de saúde, ao mesmo tempo em que, quando associado aos homens, os impede de estarem neles presentes), e de paciente (indivíduo concreto que materializa as queixas do sujeito universal por um atendimento mais humanizado, para além do pai e do trabalhador, daquele que acompanha a mulher, e daquele que provê o sustento da família).

No entanto – e aqui destaco a rapidez com que as palavras dizem e desdizem o que possibilitaram que eu afirmasse anteriormente – em nenhum momento estes homens se desvencilham das figuras de pai e de trabalhador, bem como as mulheres não se descolam da maternidade. Quando analisados em relação às matrizes heteronormativas – bases simbólicas sob as quais estas questões são pensadas, os homens constituem-se *imprescindíveis*. Como pais, formam a unidade alvo de atenção do SUS – o casal, o binômio, a família. Como trabalhadores, os homens provêm as condições legitimadoras da maior aproximação das mulheres às esferas do cuidado, porque é como trabalhadoras que estas são liberadas para cuidarem da saúde da família e dos filhos, enquanto que aos homens é reservada a preocupação com o sustento da casa, justamente pela via do trabalho (que ao legitimar sua função de provedores, afasta-os dos serviços de saúde). Circular por estas estereotipias acerca de homens e de mulheres impede que nos acerquemos destas questões de modo linear ou simplista, tornando-as verídicas sem a percepção de por quais caminhos discursivos algumas destas linearidades ganham peso, e outras não. Permite, ainda, que exploremos as significações a respeito das categorias homem e mulher, no sentido que propõe Scott:

Homem e mulher são, ao mesmo tempo, categorias vazias e transbordantes. Vazias, porque não tem nenhum significado último, transcendente. Transbordantes, porque mesmo quando parecem estar fixadas, ainda contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas (Scott, 1998, p. 93).

Como categorias vazias e transbordantes, outra questão pode ser pensada, a partir destas concepções de Scott (2005): quais os efeitos de se reduzir os homens à categoria de *trabalhadores, pais, acompanhantes*? E ainda, quais os efeitos de se reduzir as mulheres à categoria de *mãe*? A questão destacada da entrevista abaixo se refere à pergunta sobre as ações específicas voltadas aos homens, em cada setor contemplado nas entrevistas realizadas. No caso do setor de Neonatologia da Maternidade, a resposta da enfermeira apresenta possibilidades interpretativas acerca da existência dos homens na saúde.

E que tipos de ações vocês desenvolvem no setor, voltadas aos homens?

O casal aqui ele é visto, se bem que tem as questões do parto, o trabalho de parto especificamente, ele pertence, ele é exclusivo da mulher, mas todas estas questões que envolvem o parto e nascimento, eu acho que a presença do homem é imprescindível para mãe e para o bebê futuramente. Então a gente trata o pai, indiretamente, como um cliente, apesar dele não ter um serviço destinado a ele, ele é tratado não apenas como acompanhante, mas ele faz parte do cuidado aqui. Então a gente também dispensa isto para o homem. Indiretamente a gente trata de todas as questões que envolvem o pai, é aquela família que a gente está cuidando, não é só a mãe e o bebê (enfermeira, 43 anos).

Pode-se pensar que quando os profissionais estão falando da figura do pai, esta simboliza o indivíduo universal – concreto em suas necessidades, justamente por existir nos discursos do SUS mesmo que não de forma autônoma, mas intimamente atrelado às questões sexuais e reprodutivas, em relação às mulheres. Em que sentido esta idéia não causa um efeito de complementaridade ilusória entre homens e mulheres, a não possibilidade imposta pelo conceito de Um (de Lacan), ou seja, de que não há um tomado aos pares, de que o Um barra qualquer tentativa de se pensar os gêneros em termos de continuidade lógica, de relação entre os sexos?

Ainda sobre a questão de se conceber o homem como uma figura que ajuda a gestante, ou que atua no sentido de apoiar a mulher neste processo, são significativas as falas abaixo:

A pergunta é que serviço deveria ser oferecido a um homem que acompanha sua mulher em serviço de pré-natal e parto?

Que serviço deveria ser oferecido? Eu acho que paralelamente, deveria aproveitar a oportunidade, mas que nome se daria a isto? Um serviço especializado para o casal, porque hoje a gente aceita, mas não tem este enfoque do casal. Ele acompanha, ele está ali, mas a mulher é o alvo principal. Ele é um espectador (enfermeira, 47 anos).

Eu já trabalhei muito em emergência, então sempre vinha aquele marido muito apaixonado, aquele pai muito agoniado para pedir auxílio, e que na hora do

primeiro jatinho de sangue... bum... caía. Mas eu acho importante eles participarem disso aí (...). E se os serviços trabalhassem isso, porque nem sempre os serviços trabalham isso. Por exemplo, tu permites que o pai entre na sala de parto, o pai fica lá naquele canto para não incomodar, não pode tocar em nada, não pode mexer em nada, só depois que o bebê berrou é que o pai viu que nasceu, então todo aquele processo assim de tirar, ele não participa, ele fica lá como espectador (enfermeira, 50 anos).

Esta última fala encontra correspondentes na justificativa de um participante do grupo focal realizado com os homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto do HU, em resposta à pergunta: “que tipo de serviço deveria ser oferecido a um homem que acompanha sua mulher no processo de pré-natal e parto?”. No fragmento do diálogo no grupo focal, os usuários instituem, em seus modos de dizer, os momentos em que o homem passa a existir, mesmo já estando presentes como acompanhantes de suas parceiras:

- Eu acho assim uma falta de consideração, eu não sei, tu estás vindo ali, acompanhando tua mulher, estás dia e noite ali, e nada para ti, nem um cafezinho. (usuário, 27 anos)

- Então não tem nenhuma atenção para o homem? (entrevistador)

- Nada, é como se tu não estivesse ali. Agora se aconteceu alguma coisa, deu uma zebra, aí tu és lembrado. Se aconteceu alguma zebra, tu és lembrado. Olha, o neném está chorando, ou está querendo colo, a enfermeira coloca ele no teu colo, de madrugada, ó ajuda, anda para lá, anda para cá, faz alguma coisa (usuário, 32 anos).

A partir da resposta dos usuários, pode-se pensar que é na existência do bebê ou na ausência da mãe que muitas vezes estes pais existem, de fato, na divisão dos cuidados despendidos no processo de parto e nascimento. Fazem-se sempre pertinentes, nestes casos, as advertências dos/as profissionais de saúde entrevistados/as, ao se preocuparem em lidar com os homens como ativos na participação dos processos de parto e nascimento, e não como quem ajuda, auxilia, ou mesmo “pode atrapalhar”. A fala do profissional adverte neste sentido:

Quando eu faço o atendimento tudo mais, sempre tentando fazer com que o pai assuma a participação, não mais que ele seja um espectador, nem um ajudante. Porque ainda culturalmente quando pergunta para mãe se o pai participa, ela vai te responder: ah, ele ajuda. Eu acho que é um equivoco, porque ele não tem que ajudar, ele tem que dividir (médico, 50 anos).

Os/as profissionais entrevistados demonstram uma preocupação em abrir espaço para os pais nos trabalhos de pré-natal, nascimento e pós-natal, alguns centrados na perspectiva de apoio à gestante, outros salientando que são os direitos e os desejos destes homens que devem ser incentivados, respeitados. No tocante aos serviços que deveriam ser oferecidos aos homens que acompanham as parturientes nos processos de parto e nascimento, a profissional afirmou:

O homem ele tem uma curiosidade de participar disto [...] ele se sente importante, porque a mulher quando ela está grávida, quando ela vai ganhar o filho, eu acho ela extremamente egoísta porque a atenção é toda para ela, é ela que sente, é ela que gera, é ela que vai dar a vida, e os 50% daquele esperma que entrou lá, nove meses atrás, ficou esquecido no primeiro pontapé do bebe, e quando tu favorece um curso desse que tu vai mostrando desde o começo, que tu vai mostrando as alterações, vai deixando aquele homem falar – olha ela está enjoando, o bebê está mexendo mais para o lado direito, e que ele também possa saber dos riscos que ela pode estar correndo com aquela gravidez (enfermeira, 50 anos).

Circulando pelas falas dos sujeitos da pesquisa, pode-se perguntar se os homens, em relação à presença destes nos processos de pré-natal, não se constituem o *outro da reprodução* na sustentação deste *um* materno? Qual a força das unidades para pensar nas posições discursivas em que os homens reivindicam, anunciam as tensões, as lacunas de uma existência que pode ou não ser lembrada, em relação à díade mãe/bebê, alvo de atenção do Sistema Único de Saúde? Neste momento, deixarei estas questões em suspenso, para que possam ser alinhavadas a outros mo(vi)mentos discursivos constituintes do SUS. Iniciando a discussão com o conceito de performatividade de Judith Butler, estas questões serão novamente discutidas, no que algumas inteligibilidades portam de insistentes, nas falas dos sujeitos e no texto constituinte do Plano Estadual de Saúde (PES 2007-2010). Continuam os paradoxos da universalidade, agora em

performances de gênero e saúde, no tocante à presença dos homens no Hospital
Universitário de Florianópolis.

Performances de gênero e saúde no SUS: do ser humano genérico aos grupos populacionais específicos

Os princípios do SUS marcam as falas das/os entrevistadas/os, e também os modos de enunciar e de falar dos pacientes, dos usuários, homens e mulheres que procuram os serviços públicos de saúde, ao produzir como efeitos de seu próprio discurso o ser humano genérico, e as especificidades dos grupos populacionais. Em outras palavras, ao objetivar-se em uma cadeia, o discurso do SUS movimenta-se e faz existir sujeitos; institui e nomeia os sujeitos inteligíveis em saúde; dá corpo e consistência ao seu próprio discurso.

É neste momento que se torna interessante recorrer à noção de performatividade, e em particular à noção de ato de discurso performativo – definido como um ato de discurso que faz advir o ser a partir de sua nomeação. É o momento em que o discurso torna-se produtivo num sentido bem particular. Portanto, busco pensar então a performatividade como essa *dimensão do discurso que tem a capacidade de produzir o que nomeia*⁴⁰ (Butler, 2005, p. 17, grifos do original).

O conceito de performatividade em Judith Butler implica a questão do sujeito, de ato performativo e de repetição (uma separação apenas didática, digamos assim). Em *Cuerpos que Importan*, Butler (2002, p. 163), afirma: “de manera general, lo performativo funciona para producir lo que declara. Como prácticas discursivas (los ‘actos’ performativos deben repetirse para llegar a ser eficaces), las performativas constituyen un lugar de *producción discursiva*” (Butler, 2002, p. 163). Neste sentido, este conceito da autora exige algumas pontuações.

Como a primeira delas, a questão do sujeito. Nas palavras de Butler (2002, p. 167), “a noção de sujeito carrega com ela uma duplicidade que é crucial enfatizar: o sujeito é aquele que se presume ser a pressuposição do agenciamento, (...), mas o sujeito é também aquele que está submetido a um conjunto de regras que o precedem”. Esta explanação faz

⁴⁰ Lê-se no texto de Butler (2005, p. 17) em francês: “C’est à ce moment-là qu’il est intéressant de recourir à la notion de performativité, et en particulier à la notion d’acte de discours performatif – défini comme un acte de discours qui fait advenir à l’être ce qu’il nomme. C’est le moment où le discours devient productif en un sens bien particulier. J’essaie donc de penser la performativité comme *cette dimension du discours qui a la capacité de produire ce qu’il nomme*”. (tradução livre)

eco aos dizeres de Lacan (1966 [1978], p. 226): “da mesma maneira, o sujeito, se parece servo da linguagem, ele o é mais ainda de um discurso em cujo movimento universal seu lugar já está inscrito desde seu nascimento, ainda que seja apenas sob a forma de seu nome próprio”. Reiterando, com Lacan (1966, p. 144), o fato de que “o sujeito é antes falado do que fala”.

Em outras palavras, as condições que possibilitam a afirmação do “eu” são providas pela estrutura de significação, pelas normas que regulam a invocação legítima ou ilegítima desse pronome, pelas práticas que estabelecem os termos de inteligibilidade pelos quais ele pode circular (Butler, 2003, p. 207).

Entendidas estas premissas, a própria noção de ato adquire outro sentido. Esta é a segunda pontuação. Dessubstancializada de uma noção individualizante, consciente e/ou autônoma de que sujeitos “atuam” ou “produzem” atos, o ato estabelece a articulação constituinte entre a noção de performance e de performatividade. Nas palavras de Butler (2005, p. 17): “inicialmente é muito importante distinguir a performance da performatividade : a primeira pressupõe um sujeito, enquanto que a segunda coloca em questão a noção mesma de sujeito”⁴¹. Se o sujeito se atualiza e (ritu)aliza-se pela via dos atos performáticos, pelo discurso que forma e performa sujeitos, o faz somente porque existe um cenário simbólico, cultural e linguístico que o legitima e o reconhece como a(u)tor de uma repetição fundamental que lhe é tanto singular quanto plural. Trata-se da manutenção do eu como uma instância que reflete não apenas a ação das leis que o balizam, mas também a *incorporação* do balizamento que delimita um lugar no Outro, no advento da entrada do sujeito na linguagem. Neste sentido, afirma Butler:

El relato de la sujeción es inevitablemente circular, puesto que presupone al mismo sujeto del que pretende dar cuenta (...). El sujeto se pierde a sí mismo para relatar la historia de sí mismo, pero al relatarla está intentando dar cuenta de lo que la función narrativa ya ha dejado claro (Butler, 2001, p. 22).

Ao escrever e ao contar ficções de si mesmo, tornando-as minimamente verossímeis, eis o que a linguagem reserva aos sujeitos enquanto sujeitos de fala. Há algo sempre da ordem do perdido na relação do sujeito com a linguagem, e que,

⁴¹ Segundo edição francesa (Butler, 2005, p.17): “il est tout d’abord très important de distinguer la performance de la performativité: la première présuppose un sujet, tandis que la seconde met en question la notion même de sujet”.

justamente por ser simbolizado como alheio à esta relação, é que existe quando assim é denominado *perdido*⁴². Isto mantém a não totalidade do todo, a não unidade (in)coerente do Um, a não verdade das certezas do eu. O que permanece perdido, assim o exige que esteja para que se possa pensar na categoria de sujeito do inconsciente, pois sustenta a ficcionalidade do sujeito, na medida em que este *não pode dizer tudo*. É sobre isto que reflete Lacan (1966, p. 146), ao afirmar que "por mais metafísica que pareça a definição (...) aí está a alienação mais profunda do sujeito da civilização científica e é ela que reencontramos em primeiro lugar quando o sujeito começa a falar de si". Ao aceitar falar de si, o sujeito está admitindo sua ignorância fundamental, seu desconhecimento acerca de seu ser. Um desconhecimento mantido pelo que a repetição tem de eficaz. "E é dali somente que surge a psicanálise, isto é, a objetivação do fato de que o ser falante passa ainda o tempo a falar em pura perda" (Lacan, 1985 [1975], p. 116).

Como terceira pontuação, retomo o conceito de repetição, no que este se relaciona ao conceito de performatividade, segundo Butler (2003, 2002). O ato performativo se consolida pela via do que se repete, atualiza-se e se estiliza em torno de matrizes inteligíveis, que se antecipam ao sentido por automatizar uma certa linearidade discursiva. Pode-se pensar, neste sentido, em relação ao SUS e seus discursos, que é pela repetição que se instituem saberes e fazeres no campo pesquisado da saúde, em relação aos princípios que regem o SUS, às práticas de profissionais, às filosofias de saúde, etc.

A repetição não apenas permite que o ato performativo se desdobre em ação discursiva, discurso atuante, como se constitui, em si mesma, um dos próprios efeitos que a performatividade estabelece frente aos processos de significação. Portanto, vale ressaltar que a repetição não se esgota em seu próprio automatismo (na linguagem lacaniana), mas demanda uma atualização e uma vivificação constantes de conteúdos já estabelecidos. Segundo Butler (2002, p. 318), "(...) recordemos que las reiteraciones nunca son meras replicas de lo mismo. Y el 'acto' mediante el cual un nombre autoriza o desautoriza una serie de relaciones sociales o sexuales es, necesariamente, una *repetición*". Esta idéia encontra correspondentes na noção psicanalítica de repetição, se

⁴² A noção de perdido está relacionada ainda ao conceito de repetição tomado em relação ao real, desenvolvida por Lacan no Seminário 17, *O avesso da psicanálise*. Neste sentido, a repetição se articula ao *objeto a*, a um retorno de gozo, vivido pelo sujeito quando este busca satisfação via objeto. O que encontra, nesta busca, é o objeto como perdido.

Agradeço à Mario Ferreira Resende pela pontuação concernente à noção de perdido em Giorgio Agamben, durante o grupo Diálogos de Tese, e que me inspirou na elaboração desta questão em meu trabalho.

considerarmos que Lacan (1964, p. 62), ao afirmar que a “repetição demanda o novo”, está dizendo da compulsão necessária na rede de significação do sujeito, exemplificada por Freud na experiência do jogo do carretel, (o fort-da), por exemplo⁴³. E mais, está se referindo à insistência da cadeia significante (automaton) sobre a qual os textos analisados se ancoram. Nas entrevistas transcritas, nos relatos dos grupos focais e nos conteúdos dos sites do Ministério da Saúde, há um movimento interno que se repete. Deste automatismo, as entrelinhas tomam a forma do novo, não a partir do que deixou de ser lido, mas justamente pela leitura possível sob a aparência do “mesmo”, do “desde sempre”, do “eterno retorno do mesmo”, expressão utilizada por Freud no texto de 1919, *O Estranho*⁴⁴. Neste sentido, a convergência entre a teoria psicanalítica e Butler sobre o conceito de repetição, situa-se no aspecto constituinte deste na formulação do conceito de performatividade e de performance. Voltando às palavras de Butler:

A significação não é um ato fundador, mas antes um processo regulado de repetição que tanto se oculta quanto impõe suas regras, precisamente pela produção de efeitos substancializantes. Em certo sentido, toda significação ocorre na órbita da compulsão a repetição; a ‘ação’, portanto, deve ser situada na possibilidade de uma variação dessa repetição (Butler, 2003, p. 209).

Para se pensar no movimento discursivo do Sistema Único de Saúde a partir do conceito de performatividade de Butler (2005), retomo a fala contida na entrevista da gestora em saúde, ao ser questionada sobre a formulação de políticas públicas voltadas à população masculina:

Não se pode esquecer que aqui a gente não pode contemplar a criança, ou o idoso, ou mulher, ou homem, ou tipos distintos, nós temos que contemplar o ser humano como um todo, sejam eles velhos, crianças, homens ou mulheres. A

⁴³ Com relação ao “Fort-da”, a repetição, embora seja repetição de dois significantes, não se dá apenas simbolicamente. É repetição tanto dos fonemas “ó” e “a” como do próprio gesto em si que porta uma marca. Tem o efeito de sentido e repetição de gozo. Agradeço a estas pontuações de Eneida Santos ao meu trabalho na EBP.

⁴⁴ *Ewige wiederkehr des Gleichen*, o eterno retorno do mesmo. Neste texto, Freud trabalha com a idéia de que “a sensação do estranho é provocada pelo que é familiar mas não reconhecido” (Santos, 2002, p. 89). Ao tema da repetição interessa, particularmente, a relação que Freud estabelece com a questão do duplo, em que se conjuga dialeticamente o “si mesmo” e o “outro”, e o eterno retorno do mesmo “evoca, além da sensação de estranho, o desamparo semelhante a algumas situações oníricas” (Freud, 1919 [1974], p. 295).

gente tem que olhar o todo, priorizar esse todo. É a filosofia do Sistema Único de Saúde (...), então ele é universal, ele tem equidade e tem integralidade. Não podemos estar vendo o sexo como um divisor de águas, ele é um ser humano, enquanto ser humano ele precisa ser assistido, é a filosofia (médica, 55 anos).

É possível identificar, na fala desta médica, os atos discursivos que nomeiam a existência de sujeitos em saúde, a partir de seu argumento de que é preciso priorizar a totalidade do ser humano. E são eles: “a criança”, “o idoso”, “a mulher”, “o homem”, etc. Em sua fala, não apenas os sujeitos em saúde tomam consistência, como só o fazem porque o discurso do SUS performatiza os processos de significação, em uma rede significante legível em seus termos. Por *consistência* podemos ler também *com insistência* – eis o efeito do discurso que performa pela via da insistência. Em uma mesma fala, há a possibilidade de implosão de lógicas lineares e reducionistas de conceber os princípios do SUS, suas prerrogativas e seus sujeitos, pensando que é esta lógica mesma que concede ao discurso a “munição” para efetivar tal implosão. Possibilidade facultada à estrutura da cadeia significante, conforme afirmação de Lacan (1966):

O que essa estrutura da cadeia significante descobre, é a possibilidade que eu tenho – justamente na medida em que sua língua é comum a mim e a outros sujeitos, isto é, na medida em que essa língua existe, – a de me servir dela para significar *algo totalmente diferente* do que ela diz (Lacan, 1966, p. 235, grifos do original).

Um parêntese para retomar a questão de como o discurso do SUS se impôs a mim, durante o processo de pesquisa de campo no HU. Atualmente, tenho clareza de que este discurso estava desde sempre presente nos modos de dizer dos/as profissionais entrevistados/as na primeira etapa de pesquisa. Porém, não se constituía como fala legível a partir de minha rede de significações. Considero este momento a “primeira cena”. Nas entrevistas com os gestores, ao final do processo de pesquisa, percebi que todo o discurso do SUS se mostrou insistente, condensado nas falas que movimentavam estes princípios do Sistema, em direções de difícil acompanhamento. Didaticamente, considero este momento a “segunda cena”. O processo que desejo descrever relaciona a primeira cena e a segunda. A ação retroativa da segunda cena sobre a primeira, causou o efeito simbólico de significar e dar sentido a conteúdos antes não compreendidos, nos termos do discurso do SUS. O que incidiu da segunda sobre a primeira cena, foi a possibilidade de retorno ao mesmo, vivenciado em pesquisa de campo, porém não legível

inicialmente na escritura de todo um sistema lingüístico-cultural compartilhado pelos profissionais de saúde entrevistados. Este retorno mobilizou-me em direção ao site do Ministério da Saúde, aos princípios do SUS e alguns de seus conceitos. Sem dúvida, um dos momentos mais significativos, dotado de valor de transformação em meu trabalho de mestrado (*O perdido* não foi de todo perdido!). Fecho parêntese.

Em paralelo às entrevistas, fazia parte da primeira etapa da pesquisa Homens e Saúde a busca por dados a respeito das principais causas de mortalidade masculina, a partir das informações disponíveis no site do Datasus⁴⁵, e também no próprio HU. Para isto, fui ao setor de estatística desta instituição. Em relato de diário de campo ficou registrada a fala do funcionário do setor, um homem que aparentava ter 40 anos. Quando lhe perguntei sobre os fluxos de atendimento a homens nas diversas especialidades do Hospital, ele respondeu:

Mas você quer saber informações do homem? Ou do paciente? É do homem, homem? Sexo masculino? Anos de trabalho no HU e é a primeira vez que eu penso nisso. Por que saber do homem? A gente nunca dividiu por sexo. No banco de dados falamos de pacientes atendidos, não importa saber se é homem ou mulher (diário de campo, abril de 2006).

No tocante à desconsideração do sexo do paciente, outra profissional entrevistada afirma: *a gente presta o atendimento para o ser humano, para a pessoa, não para o sexo dele* (assistente social, 53 anos). A repetição discursiva de que no cotidiano da instituição, as/os profissionais lidam com o “paciente”, o “ser humano”, o “usuário”, a “pessoa”, pode ser identificada em outros modos de enunciar os sujeitos do Sistema Único de Saúde. É o caso, por exemplo, do Plano Estadual de Saúde (PES/ 2007-2010) um documento oficial que caracteriza as condições de saúde da população catarinense. O relatório apresenta suas análises divididas em “grupos populacionais específicos”. São eles: as mulheres, as crianças, os idosos, os indígenas, os trabalhadores e a população prisional. Neste caso, retomando a fala acima, embora *não importe saber* se estamos lidando com homem ou com mulher, é deste lugar de universalidade que se produzem saberes a respeito de quem necessita ser atendido em suas especificidades, ou não, no Sistema Único de Saúde.

⁴⁵ O DataSus é um banco de dados disponível na página do Ministério da Saúde.

A proliferação discursiva expressa na resposta do funcionário do Setor de Estatística indica os efeitos do discurso da universalidade do SUS, quando ao responder à minha pergunta, institui, nomeia, faz existir “o paciente”, o “homem”, o “homem, homem”, o “sexo masculino” e, concomitantemente, contesta todas as nomeações por ele pronunciadas. Em uma mesma pergunta, os significados a respeito dos sujeitos em saúde deslizam, fazendo emergir posições discursivas, lugares de sujeito de direitos em saúde. Nas entrelinhas da fala do funcionário, lêem-se outras configurações, como por exemplo, “a mulher”, “o homem, mulher” (já que este indagou a respeito do “homem, homem?”), o “sexo feminino”. O que mais pode significar a expressão “homem, homem”? Possibilidades de existência do Homem universal, categoria única representativa do ser humano, de homens e mulheres? Além deste Homem englobador, universal, pode-se pensar no homem ser corpóreo, o homem masculino em contraposição à mulher feminina? O “homem, homem” – o “macho”?

Neste sentido, um Sistema Único de Saúde que se propõe universal e integral, produz, como efeito destas bases estruturantes, as especificidades dos grupos alvos dos programas de saúde. Em outras palavras, é como se a lógica universalizante do SUS produzisse, em sua *aparente* contradição, os efeitos de sujeitos em saúde, marcando territórios de existência e legitimando possibilidades interventivas na promoção da saúde integral de homens e mulheres. Na continuidade, proponho uma reflexão a respeito de duas das categorias constantes no Plano Estadual de Saúde, a saber: a *Saúde da Mulher* e a *Saúde do Trabalhador*, conteúdos que emergiram nas falas dos sujeitos da pesquisa, constituindo-se, deste modo, em interessantes lugares discursivos de análise.

A “saúde da mulher”: unidades inteligíveis do SUS

Movida pela curiosidade de saber como o Plano Estadual de Saúde (PES) dizia do SUS e dos sujeitos em saúde, fui a ele. No PES, no item destinado à Saúde da Mulher, destaco o primeiro parágrafo do texto, que afirma:

o coeficiente de mortalidade materna estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a complicações da gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações, representado pelo número de nascidos vivos. Este indicador reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher (PES, p. 71).

Cabe ressaltar que a preocupação com a mortalidade materna está relacionada a uma das metas constantes na Política de Humanização do SUS, a saber: “em 2004, o MS (Ministério da Saúde) lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja meta principal é reduzir em pelo menos 15% os índices de mortes de mulheres e de bebês com até 28 dias de vida, até o final de 2007” (www.saude.gov.br). Na seqüência do texto do PES, o relatório se refere, em termos mais gerais, “às principais causas de morte na população feminina entre 10 e 49 anos de idade” (PES, p.72), especificando as causas de morte por neoplasias e por doenças cardiovasculares e respiratórias.

Inicialmente, o que pode ser apreendido deste enunciado é a utilização do termo universalizante Mulher, para se referir à saúde das *mulheres*, assim como as expressões utilizadas para tratar dos demais grupos: a saúde *do idoso, da criança, do trabalhador*. Tomado em seu singular, o termo mulher obscurece as diferenças existentes no interior deste termo, embora no PES as realidades culturais, geográficas, sociais e econômicas de cada uma das regiões do estado de Santa Catarina sejam trazidas para contemplar as especificidades que o termo genérico poderia homogeneizar.

Da sugestão de que a saúde das mulheres pode ser reduzida à sua função materna, que pode ser quantificada e caracterizada em relação ao “número de nascidos vivos”, ou seja, em termos da saúde das crianças, podemos ler outras possibilidades de entendimento. Uma delas é o estabelecimento da díade mãe/bebê, e sua importância na manutenção do ideal de família nuclear. A figura da família nuclear está presente nos discursos do SUS, e pode ser (re)conhecida nas falas dos profissionais entrevistados, tomando forma e consistência nos programas de saúde sexual e reprodutiva nos quais estes profissionais estão envolvidos. Neste caso, não é meu objetivo tornar-me refém da

linguagem, e contradizer-me no interior do próprio diálogo que proponho nesta dissertação, ao reduzir o termo família a uma noção a-histórica e (pré)conceituada. Esclareço que utilizo o termo *família nuclear* para me referir à configuração pai, mãe e filhos, que reflete e atende às prerrogativas do SUS no tocante ao grupo específico Saúde da Família, sempre atualizando os princípios de universalidade, integralidade e equidade, norteadores deste Sistema Único de Saúde.

O debate que proponho está fundado, mais precisamente, na força das “unidades” com as quais as políticas do SUS lidam, entendendo que a família nuclear se transforma em uma destas unidades em um potencial de ação/atenção dos serviços públicos de saúde. A unidade da família nuclear e de seus desdobramentos: díade, tríade, binômio, casal, tem o efeito mesmo de supor a existência de um “núcleo” familiar, anterior a qualquer um dos desdobramentos citados. Na inversão dos termos lingüísticos, o que a denominação *nuclear* promove com sua suposta anterioridade, é a veracidade ontológica desta família em que pai, mãe e bebê/criança não apenas dão sustento à unidade do núcleo e de cada um em particular, como também oferecem elementos de subversão para que do ímpar (um) se façam pares. (Uma constatação subjetiva, em ato de criação): não fosse isto, eu jamais precisaria advertir-me a respeito dos cuidados em lidar com a terminologia *família nuclear*. É somente porque a unidade produz seu efeito de “desde sempre”, de uma existência anterior conhecida, que a linguagem age sobre mim e movimenta as reflexões aqui presentes. Neste sentido, constituo-me performativamente, na mesma fração de tempo em que, no ato reflexivo, sinto a ação discursiva instituinte que me faz agente de criação, possibilitando que eu crie somente sob as condições de minha própria constituição. Ao “sujeitar-me”, o que reconheço como sendo de minha autoria são capítulos de uma história já contada, que me “contam” como sujeito – “nenhum sujeito é seu próprio ponto de partida” (Butler, 1998, p. 18). Este duplo movimento fundamental está relacionado às questões do sujeito e de sua constituição, conforme afirma Butler:

gostaria de sugerir também que a noção de sujeito carrega em si uma duplicidade que é crucial enfatizar: o sujeito é aquele que se presume ser a pressuposição do agenciamento (...) mas o sujeito é também aquele que está submetido a um conjunto de regras que o precedem (Butler, 2002, p. 167).

Retomando as discussões a respeito das unidades heteronormativas e inteligíveis do Sistema Único de Saúde, estas se constituem importantes alvos de alcance e de ação

do SUS, ou seja, além do homem, da mulher, da criança, há a figura do casal (inquestionavelmente heterossexual), da díade mãe-bebê (*o binômio*), da tríade mãe-bebê-pai (família). Esta questão pode ser exemplificada pela fala do profissional a seguir, em que as questões do cuidado e da política de humanização giram ao redor destas figuras:

a gente sempre teve essa preocupação com a humanização e com a percepção do cuidar da criança não como uma coisa focal, mas sim como uma coisa familiar. Então não é cuidar da criança, é cuidar da criança, da mãe da criança, do pai da criança e da família da criança (médico, 51 anos).

Na fala da enfermeira, no que se refere à importância da presença dos homens nos serviços de saúde, os termos “unidade de alojamento” e binômio refletem algumas (des)continuidades decorrentes das políticas de “inclusão” dos homens nos processos de parto e nascimento.

É uma unidade de alojamento, a gente recebe o binômio, eles [os homens] são bem interessados no cuidado da mãe, no acompanhamento da mãe, eles auxiliam bastante no cuidado do bebê (enfermeira, 48 anos).

Pode-se refletir sobre o que o termo Unidade de Alojamento Conjunto comporta: este se refere à mãe e ao bebê, ao casal: homem e mulher? O que permanece fora da *unidade* e do *binômio*, e sob quais inscrições simbólicas este “externo”, “alheio” à inteligibilidade chega a ser reconhecido? Como nomear o não legível, sem recorrer à norma como ponto de partida? Estas questões refletem as tensões de um discurso do Sistema Único de Saúde, discurso este da cultura, pautado em matrizes de entendimento do gênero. Os questionamentos são uma espécie de “aquecimento” para refletir sobre as terminologias “inteligibilidade”, “matriz heterossexual”, “heteronormatividade”, em minha tentativa de apreender possibilidades de (res)significação, a partir do que reflete Judith Butler, em momentos diferentes de suas análises.

Uso o termo matriz heterossexual (...) para designar a grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados. (...) para caracterizar o modelo discursivo/epistemológico hegemônico da inteligibilidade do gênero, o qual presume que, para os corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, expresso por um

gênero estável, que é definido oposicional e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade (Butler, 2003, nota de rodapé, p. 215-216).

Uma das questões que considero mais importantes no tocante à citação de Butler, é o processo de naturalização que o próprio gênero requer para que (se) sustente (sobre) os efeitos substancializantes constituintes do sujeito. Não há dúvida de que a matriz heterossexual tem como uma de suas forças de sentido a instauração de campos cindidos de existência: o sujeito, *em sendo* um, (a matriz anuncia a perda) – *se perde o outro*. Neste momento específico, resgato a assertiva de Lacan (1985 [1975], p. 54), ao afirmar que “o Outro, na minha linguagem, só pode ser portanto o outro sexo”. Neste sentido, não há uma materialidade anterior à ação significativa que diga do homem ou da mulher, ambos os termos somente podendo dizer do lugar em que existem na linguagem, na (dial)ética do sujeito do inconsciente. Segundo o autor:

Convém colocá-lo como termo que se baseia no fato de que sou eu que falo, que só posso falar de onde estou, identificado a um puro significante. O homem, uma mulher, eu disse da última vez, não são nada mais que significantes. É daí, do dizer enquanto encarnação distinta do sexo, que eles recebem sua função (Lacan, 1985 [1975], p. 54).

Refiro-me à ação discursiva do gênero binário e dos corpos sexuados, em que se diz: - eu sou um homem, ou eu sou uma mulher, fundando oposicionalmente o fato de que se é, e de que *não se é*. A reiterada conjugação do verbo ser, permite que se diga “aquilo é o que é” (Lacan, 1985 [1975], p. 44), ao criar a ilusão ontológica de uma gênese de nós mesmos, reconhecível por uma essência que gravita em torno da dialética fálica do ter e do não ter⁴⁶. Trago esta relação com a ontologia conjugada no ponto em que convergem Lacan e Butler. Se, em Lacan, a ontologia tem o efeito de produzir uma “realidade pré-discursiva” (ilusória), em Butler esta relação se estabelece em termos de “operadores ontológicos”, que movimentam as unidades coerentes do gênero, agindo retroativamente ao acionar a *natureza* dos corpos como condições de sua inteligibilidade ou não, fundando também o “sexo” como uma realidade pré-discursiva. Nas palavras de Butler (2002, p. 59), “com efeito, parece-me crucial recircular e ressignificar os operadores ontológicos, mesmo que seja apenas para apresentar a própria ontologia como um campo questionado”.

⁴⁶ A respeito da dialética fálica, conferir Lacan (1999 [1958]), Seminário 5, *As Formações do Inconsciente*.

Vislumbro estas questões nas falas dos/as entrevistados/as, nas análises do termo Saúde da Mulher, e também nas outras “unidades” inteligíveis do SUS. Ou seja, há no interior destas categorias uma existência ilusória representativa do que seja: *uma* mulher, *um* homem, *uma* criança, *uma* família, etc., e que produzem efeitos de identificações a partir do mínimo em que a unidade se reduz. Em se tratando da Saúde da Mulher, nas análises feitas a partir da leitura do Plano Estadual de Saúde do SUS e das entrevistas realizadas, pode-se pensar que a “mulher” e a “mãe”, afinal, formam uma unidade inteligível dos discursos do Sistema Único de Saúde. Ao “reintegrar o fruto de seu próprio ventre”, a mulher não é constituída simbólica e materialmente uma mãe “desde sempre” assim concebida, uma unidade que teve seu referente tradicional e inteligível fundido ao seu significado, e que diz de uma ontologia maternal (Butler, 1998, p. 25)?. O binômio deixa de ser entendido como o par, mulher e seu filho, para ganhar espaço como o *um* materno, fundamental na consolidação dos atos performativos do sujeito universal do cuidado do SUS.

A humanização da “saúde do trabalhador”

“...a dor é de quem tem, a dor é minha dor, é meu troféu, a minha dor... aos outros eu devolvo a dor, eu tenho a minha dor...” (Marisa Monte).

No tocante à Saúde do Trabalhador⁴⁷, duas questões merecem atenção. A primeira refere-se à invisibilidade que a categoria “trabalhador”, concebida em seu sentido masculino e universal, concede às mulheres. A afirmação de um dos profissionais entrevistados, ao refletir sobre a pergunta “por que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens?”, é emblemática neste sentido, pois demarca o

⁴⁷ No PES (2007- 2010), no capítulo destinado à Saúde do Trabalhador, não consta qualquer diferenciação de sexo no tratamento das informações a respeito de morbi-mortalidade desta população. Uma única vez, aparece não o termo mulher ou feminino, mas uma referência a “complicações da gravidez...”, ao se referir às principais causas de acidente de trabalho. Segundo o PES: “a análise das doenças do trabalho registradas (...), mostra que 70% das doenças profissionais ocorridas no período 2000 a 2004 são doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, (...), que sozinhas representaram um quarto de todas as notificações de doenças profissionais. Causa estranheza 02 casos de doenças do trabalho classificadas nos capítulos XIX e XX, incluídos nestes como fatores de complicações da gravidez, parto e puerpério”.

espaço do *furo* discursivo que o termo trabalhador mascara: “*esse papo que mulher não trabalha é papo furado, porque o trabalho de casa dá muito trabalho e na sociedade rural a mulher sempre trabalhou, a mulher tinha uma tarefa, o homem tinha outra tarefa e os dois trabalhavam*” (médico, 50 anos). A segunda questão, paradoxalmente, diz desta invisibilidade também referida aos homens, e a partir dela, reflete em que sentido o termo trabalhador não se constitui justamente em um dos entraves que dificulta uma maior aproximação dos homens nos serviços de saúde.

Sobre a primeira questão, uma das profissionais entrevistadas, quando se refere aos melhores horários para atender os homens nos serviços, conciliando o horário de trabalho e das consultas médicas, afirma que: *tanto para atender homem quanto para atender mulher, porque se a gente pensa que um grande número de mulheres está no mercado de trabalho, teria que ter um terceiro turno, porque muitos têm dificuldades, então teria que ter uma maleabilidade de horário maior* (enfermeira, 50 anos). Na relação estabelecida entre os horários de atendimento nos serviços e o tempo que os pacientes dedicam à saúde, o fator “tempo” foi apresentado por duas profissionais como sendo algo que o homem “não tem” para cuidar de sua saúde. Uma delas afirma: *como é que o homem se cuida? Não é porque o homem não se cuida porque não quer. Eu acho que ele tem muito menos tempo. As instituições neste sistema capitalista do lucro, para um homem sair do trabalho para se cuidar, é um problema* (assistente social, 50 anos).

A profissional fala de um *dado cultural forte* que termina por aproximar as mulheres e manter os homens afastados da saúde em geral. Em suas palavras:

Parece que existe culturalmente uma certa compreensão de que a mulher deixe o trabalho para acompanhar a escola dos filhos, a saúde dos filhos, mas não existe esta compreensão para o homem (...). Porque culturalmente elas estão mais predispostas e institucionalmente elas são mais liberadas para isso. Eu acho que isto é um dado cultural muito forte, impeditivo para isto, para que eles tenham o estímulo, o espaço para estar fazendo estas colocações e procurando se cuidar, tanto de si e da sua família (enfermeira, 53 anos).

Outras falam da preocupação das mulheres com as questões “atuais” como, por exemplo, *além de trabalhar fora, a mulher ainda tem a sobrecarga, tem os filhos, então eu acho que ela procura ajuda neste sentido, no controle familiar* (enfermeira, 47 anos). *As mulheres se preocupam com as questões financeiras, com as questões de saúde, com a*

questão de que em tendo mais filhos dificulta o seu trabalho fora do lar, estas questões atuais, ela geralmente se preocupa mais quando se trata desta questão de reprodução (enfermeira, 48 anos). Na fala de outro profissional, a questão da sobrecarga das mulheres, que se dá *principalmente na situação em que a mãe tem que começar a trabalhar, e aí ela gera uma puta de uma culpa porque ela se sente por um lado largando a criança* (médico, 51 anos). Nas conjugações simbólicas em torno do que uma mãe pode “gerar”, inclui-se na sobrecarga de trabalho a culpa, advinda do sentimento de estar “largando” os filhos. E estão, de certa forma, desvencilhando-se dos efeitos da internalização de normas sociais. Largando-se talvez do mito da mãe perfeita, dos imperativos maternos de dedicação integral aos filhos e à família, da culpa por não poder ser esta mulher-mãe maravilhosa a todo tempo, o tempo todo. Com relação a esta questão, afirma Butler (2003, p. 209):

a ordem de ser de um dado gênero produz fracassos necessários, uma variedade de configurações incoerentes que, em sua multiplicidade, excedem e desafiam a ordem pela qual foram geradas. Além disso, a própria ordem de ser de um dado gênero ocorre por caminhos discursivos: ser uma boa mãe, ser um objeto heterossexualmente desejável, ser uma trabalhadora competente, em resumo, significar uma multiplicidade de garantias em resposta a uma variedade de demandas diferentes, tudo ao mesmo tempo (Butler, 2003, p. 209).

Na continuidade das análises, com o intuito de extrapolá-las em seu sentido, pois “o sentido indica a direção na qual ele fracassa” (Lacan, 1985 [1975], p. 106), pode-se pensar que a ênfase dos/as profissionais na política preventiva de saúde, em relação às mulheres, reafirma a possibilidade destas serem mulheres e trabalhadoras justamente se valendo das permissões concedidas a elas, quando o assunto é “reprodução”, “filhos”, “controle familiar”. Com relação à pergunta: “na sua opinião porque as mulheres procuram mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva?”, o profissional responde: *eu acho que a ênfase na política preventiva de saúde é muito mais em relação à mulher. Existem muitas campanhas preventivas, de câncer de mama, exame vaginal, de tumores no útero* (médico, 50 anos). Refletindo sobre ambas as questões, a da política preventiva de saúde, e a da Saúde do Trabalhador, como não uni-las, a ponto de estabelecer entre uma e outra a direta e coerente noção de uma política preventiva de saúde da Mulher, em que a saúde da mulher (trabalhadora) se fortalece justamente por permanecer incluída no significativo *saúde sexual e reprodutiva*? Parece não haver uma outra maneira de pensar

o conceito de Saúde da Mulher que não esteja verticalmente associado à saúde sexual e reprodutiva, às questões do “controle de natalidade”, do “câncer do colo do útero”, do “câncer de mama”, dos “tumores vaginais”, em que o objetivo da prevenção, em última instância, parece ser o de manutenção do potencial “gerador” das mulheres.

A segunda questão que merece destaque, referente aos efeitos da invisibilidade do termo Saúde do Trabalhador sobre os homens, adquire consistência nas falas de profissionais e de participantes de grupos focais, em que as dificuldades em se ausentar do trabalho se apresentam como uma das principais barreiras que impedem ou afastam os homens do sistema de saúde. Algumas falas são significativas, neste sentido: *é muito mais difícil o homem aceitar que tem que deixar de trabalhar para comparecer a uma consulta de planejamento familiar do que conseguir esta liberação para a mulher* (médico, 45 anos). *É relativamente freqüente ouvir coisas do tipo: - “não, o meu marido não vem porque o patrão não vai liberar do trabalho, o patrão acha bobagem”* (médico, 36 anos). Nestes casos, podemos pensar que, se a maternidade aproxima as mulheres das esferas de cuidados médicos com a saúde, o trabalho e a dificuldade em dele se ausentar é um dos principais fatores de afastamento dos homens destes serviços. E mais, insisto nesta questão: se a maternidade e a dispensa para se ausentar do trabalho são justificativas que aproximam as mulheres dos serviços de saúde, estas mesmas justificativas confrontam as mulheres – e principalmente *os homens* – no abismo que cresce proporcionalmente aos modelos inalcançáveis de saúde e de cuidado, veiculados nos discursos do SUS.

Reitera-se, neste sentido, a associação de que as questões referentes à saúde sexual e reprodutiva são de responsabilidade das mulheres, ao mesmo tempo em que se atualiza a figura masculina do provedor – alguém que provê o sustento de sua própria dor? No entanto, atenta às armadilhas da linguagem que me constitui, reflito sobre algumas falas produzidas no grupo focal realizado com os homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto do HU, no tocante à pergunta sobre o que afasta os homens dos serviços de saúde. A fala em destaque une questões bastante complexas e que mantêm entre si uma relação de intimidade. A trama discursiva denuncia aspectos que permanecem corroborando para o afastamento da população masculina dos serviços, mas não só. É como homens que procuram pelos serviços, que muitos dizem das dificuldades encontradas nesta busca:

Eu acredito que, porque o homem tem muito essa coisa de eu não preciso, eu estou bem, o homem já tem isso, ao contrário da mulher. Daí ele chega no hospital e é mal atendido, esse descaso, toda essa burocracia. No caso ele está preocupado, com a cabeça no trabalho, que tem que levar o dinheiro para casa, aí chega no hospital, tem a burocracia de ficar horas na fila esperando, e aí quando vai ser atendido é mal atendido, então, realmente, isso acaba afastando um pouco (usuário, 26 anos, grupo focal 2).

São aspectos a se considerar, segundo o que a fala do usuário incita a pensar: a saúde, substantivo feminino, que não apenas afasta os homens das esferas de cuidado, como também dita modelos normativos do que sejam práticas inteligíveis de cuidado. As limitações de infra-estrutura do Sistema Único de Saúde no atendimento da população em geral (filas, espera no atendimento, burocracia). A superação de barreiras simbólico-culturais, por parte de mulheres e de homens, no sentido de aceitar o rompimento de determinadas lógicas conhecidas e, por vezes, cômodas de lidar com o que desconcerta, com o que desloca o sujeito de suas “certezas”, mesmo que ilusórias. Mais especificamente refiro-me a outras barreiras, presentes nas falas de profissionais e de usuários, e que são merecedoras de análise. Barreiras que, construídas com o efeito de impedir, acabam por deslocar, transpor, refletir a insistente assertiva de que, quando se fala de gênero, se fala de algo da ordem do *relacional*. Nas falas a seguir, um médico argumenta sobre a ausência dos homens nos serviços de saúde a partir, inclusive, de justificativas de mulheres. Segundo ele:

A outra resistência é que ela [a mulher] até gostaria que o esposo estivesse junto, mas ele tem resistência em vir por tabus, por medos de participar e, eventualmente tem aquela que valoriza a resistência do esposo, dizendo: - não, é melhor ele não vir porque ele vai ficar nervoso, ele não vai saber se comportar, ele é meio grosso. Não, não, nem pensar, tu fica em casa [mulher dizendo ao esposo]. A própria esposa com receio ou de expor o marido a uma situação que acha que ele não vai ter um comportamento adequado a esta situação, ou para protegê-lo com um espírito maternal. Como ela vai superproteger os filhos, superprotege o esposo do estresse, tudo isto a gente vê (médico, 38 anos).

Reflito a respeito dos modos de dizer do médico, quando afirma que há “uma dificuldade especificamente colocada ao homem em si, ao paciente”. Uma resistência não apenas dos homens, relacionada à presença ou à ausência destes quando são chamados a participar ou a acompanhar as mulheres, mas, principalmente, uma dificuldade em lidar com esta presença que se objetivava (até então) justamente na ausência dos homens nos serviços de saúde, em uma prática freqüente de cuidados, nas reuniões de pré-natal, no momento do parto, etc. Permitindo-me extravasar o conteúdo falado pelo médico, proponho pensar que no ato discursivo expresso pela mulher (que existe e toma forma na fala do profissional), esta simboliza a amplitude do que significa pensar os homens nos contextos de saúde. Ao falar pelo marido, por exemplo, a mulher referida pelo médico movimentava posições de sujeito: atualiza determinados repertórios simbólico-culturais, imperativos eficazes na sustentação das categorias *homem* e *masculino*, *mulher* e *feminino*, e na direta relação entre elas. Considero, também, que esta mulher expõe os limites de uma discursividade que é constantemente ameaçada em sua inteligibilidade, em sua narrativa. Neste sentido, os “tabus”, os “medos”, as “resistências”, o “saber se comportar”, são caminhos pelos quais se pode permanecer em uma existência normativa constituinte do gênero, bem como apreender-se dela para propor outras, nem iguais nem diferentes, somente *outras*.

Neste caso, resgatando a concepção de Butler (2005) acerca da performatividade, ao falar da eficácia destes imperativos, a fala em questão me permite pensar que o discurso se torna produtivo dos cerceamentos que demarcam espaços autorizados e/ ou reconhecidos na vivência dos gêneros, mas principalmente, “faz nascer o ser” homem que não encontra espaço possível no campo da saúde. Uma dificuldade, uma barreira discursiva instituinte quando *colocada ao homem*, condenando o sujeito na existência de “ser” um gênero, de ser um *homem* (mais uma vez, percebe-se a ação e força da ontologia, discutida anteriormente). Questiono: de qual linguagem será preciso se servir para que se extrapolem os limites discursivos do gênero, a fim de que se instituíam e se compartilhem os direitos em saúde para a população masculina?

Ainda sobre esta questão, rememoro uma passagem de campo vivenciada durante a realização do Seminário Homens, Gênero e Saúde Pública, em outubro de 2006. Quando uma das participantes, uma jovem estudante de 24 anos relatou a dificuldade sentida por ela ao ter que lidar com o público masculino: *na graduação não tem nada sobre saúde do homem, a gente fica perdida, é difícil trabalhar com os homens, ver eles chorarem e pensar – e agora? O que eu faço?* Trago este relato porque o

considero emblemático de uma inquietude que não é somente da estudante, ao se perguntar sobre o que fazer frente aos homens que “choram”. A questão não é se homem chora ou não chora, em que momentos este choro é reconhecido ou rechaçado, mas perceber como são percebidos os homens que estão nos serviços por algum motivo, ou os que procuram deles se aproximar. O que os torna, em maior ou menor grau, visíveis nos serviços de saúde, reconhecidos como sujeitos de direitos neste campo? Como os homens falados na pesquisa Homens e Saúde anunciam as tensões neste/ deste campo? Como se deslocam entre os termos: paciente, usuário, ser humano, homem, mulher, no ato de falar, tendo que silenciar as vozes lineares e excludentes de entendimento do gênero?

Para refletir acerca destes questionamentos, vou me ater às falas do grupo focal 2, em que os homens deslizaram entre o fato de estarem no Hospital falando como recém pais, hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade, e falaram também em nome da saúde do trabalhador, reivindicando direitos como *pacientes*, como *seres humanos*, como *cidadãos* e como *trabalhadores*. Muitas das falas dos usuários me movimentam no sentido da pergunta: em que momentos os homens são lembrados pelos serviços de saúde? Em que situações são convocados a estarem presentes e que vozes atuam nesta convocação?

A fala abaixo, de um participante do referido grupo focal, denuncia o tênue limite entre ser um trabalhador que procura o serviço de saúde nos casos de doença, ao mesmo tempo em que pode deixar de sê-lo no momento em que buscou as “garantias” para sua existência justamente na especificidade do grupo específico, grupo este que deveria atendê-lo em suas necessidades de saúde. Em outras palavras, se a saúde é a “saúde do trabalhador”, estabelecida para amparar esta população, pode parecer paradoxal que os usuários estejam dizendo de algo que falha neste “amparo”.

Tem a parte do trabalho. Enquanto tu estás bom, trabalhando ali, eu acho que é que nem na época dos escravos, não mudou nada. Enquanto serve para eles, está jóia. A partir do momento que tu fica doente, aquilo tudo de bom que tu fazia não presta mais. Então se tu não chegar com uma boa explicação para ele (patrão), ou um atestado, essas coisas, daqui há uns 15 dias, estás fora (usuário, 36 anos).

Na continuidade da fala acima, gostaria de refletir sobre a seguinte afirmação de outro usuário do mesmo grupo, ao argumentar em favor do patrão:

A culpa nem é dele, se fosse meu empregado que dissesse assim, estou passando mal, e volta sem atestado, sem comprovante nenhum, eu vou acreditar que ele foi no médico ou não? Eu não, eu sou patrão (usuário, 21 anos).

Interessou-me o movimento feito pelo usuário, ao se colocar no lugar do patrão e, desta posição, acionar em si “o outro de si mesmo”⁴⁸. Não é preciso que se resista à fala para sair dela. Ao reivindicar o direito por um atendimento mais humanizado tanto na Unidade de Alojamento, como no lugar de trabalhador que procura o serviço, este usuário se desloca para a posição do patrão e assume sua voz – aquela acionada anteriormente como argumento da reivindicação. Ao afirmar: *eu sou patrão*, incorpora sem flexibilizar a ordem de ser, neste caso, o patrão – uma figura conhecida e que age como elemento castrador nas histórias vivenciadas e trazidas por estes sujeitos. O patrão, neste sentido, pode ser concebido metaforicamente como uma das barreiras no caminho dos usuários em direção ao território da saúde pública. Na continuidade da fala citada anteriormente, o usuário argumenta:

Aí tu entra em conflito com ele, porque – então o senhor faz um convênio com uma clínica aí. Aí não, isso aí é caro. É melhor do que ir ao posto e voltar, ir no posto e voltar. Então eu falei, tem que ter um médico, para atender a gente bem (usuário, 36 anos).

Interessante pensar que o movimento descrito pelo usuário: *ir ao posto e voltar, ir ao posto e voltar* – sugere que esta repetição rotineira de cuidado com a saúde produz o efeito mesmo de afastamento dos homens, pois as idas e vindas, além de muitas vezes não resolverem o problema, promovem o ir e vir que os afastam do trabalho. No ir e vir, ir e vir, deixam tanto de ir, quanto de vir aos serviços de saúde.

⁴⁸ Na tradução em espanhol do livro *Undoing Gender* (2004), *Deshacer el género*, Judith Butler (2006, p. 32) no diálogo com a psicanálise afirma: “el hecho de que yo sea outra para mi misma precisamente em el lugar donde espero ser yo misma es consecuencia del hecho de que la socialidad de las normas excede mi principio y mi final, y que sostiene um campo de operaciones temporal y espacial que sobrepasa mi autoconocimiento”. Inspirada pelas reflexões da autora, refiro-me a esta alteridade como possibilidades de deslizamentos significantes, nas entrelinhas de uma mesma fala, como fui incitada a pensar, mobilizada pelos próprios deslocamentos discursivos efetuados pelos sujeitos da pesquisa.

Neste caso, habitando o termo *Saúde do Trabalhador* para analisar a questão do acesso dos homens aos serviços de saúde, reflito a respeito da impossibilidade estrutural proposta pelo fato de que a saúde é *do trabalhador*. No entanto, *o trabalhador* não possui o acesso simbólico à própria linguagem que o designa, a não ser pelo que a impossibilidade possibilita. O trabalhador, homem, gênero masculino, encontra-se prisioneiro em sua própria morada, ou seja, não usufrui os direitos que lhes são dedicados, ao mesmo tempo em que para reivindicar estes direitos, precisa falar em nome da posição discursiva que lhe é familiar e estrangeira – a de trabalhador.

“Trabalhador”: desmembrando o significante, refiro-me ao familiar que o termo associa à questão do provedor, do homem que precisa sustentar a família e, nesta sustentação, algo de sua subjetividade permanece subjugada à conjugação do verbo prover. Pro(ver) em relação a outros: a família, os filhos, o patrão, o emprego. Mas trabalhador nos permite deslizar em outro sentido, pela conjugação de um verbo – trabalhar, e de um substantivo – dor. Trabalhar a dor⁴⁹. O trabalhador trabalha a dor em que sentido? O trabalhador sente a dor e o corpo que a denuncia, em que sentido? Desta forma, são significativas as falas seguintes:

Às vezes é o estresse porque tu tens uma família precisando de ti. Tu estás lá no serviço trabalhando, às vezes estás com uma dor de cabeça, às vezes não é problema de cabeça e coisa e tal, às vezes é porque tu estás estressado. É, estressado, se tiver uma pessoa lá pra conversar contigo, pra dizer assim – não...que ajude teu raciocínio a funcionar melhor. Não, tu estás passando por esse problema assim e assim, tu estás passando por isso por causa daquilo. Mas não tem (usuário, 36 anos).

Faz-se importante enfatizar a afirmação final do usuário, acerca do que não tem nos serviços de saúde em relação aos homens. Ao dizer – *mas não tem*, o usuário preza pela economia significativa que engloba uma série de ausências, como por exemplo: um comprovante que garanta o tempo que os trabalhadores permaneceram no serviço de saúde, aguardando pela consulta; um comprovante de marca maior, que diz do anterior, de que a saúde é um fator a ser “trabalhado”, um espaço em que os homens possam ser

⁴⁹ Gostaria de incluir as considerações tecidas pelo prof. Dr. Fernando Aguiar Brito de Souza, do Programa de Pós-graduação em Psicologia, na ocasião de defesa da dissertação, que como membro da banca advertiu-me a respeito desta questão. “Travailler. Lat. Pop. Tripaliare “torturer avce le tripalium”. Tripalium: instrument de torture composé de trois pieces.

ouvidos em suas necessidades; um atendimento diferenciado para os trabalhadores. (Neste momento, não estão incluídas as ausências sentidas por estes mesmos homens, no tocante à estadia na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade). Em contrapartida, estes homens *têm – uma família para sustentar, o patrão de cara virada, uma dor de cabeça que pode ser estresse*. Todas estas falas estão contrariando a afirmação do profissional entrevistado, ao dizer que os *homens são assintomáticos* (médico, 48 anos). A respeito desta afirmação, reflito sobre algumas questões. Talvez o *sintoma* seja justamente o fato de se conceber a não expressão destes em um corpo do qual não se fala, a não ser quando este denuncia seu próprio limite de suportabilidade. Se a inscrição de sintomas se dá via corpo, os corpos do qual falam os profissionais e usuários dos serviços podem ser pensados como superfícies sintomáticas por excelência, para além dos sintomas diagnosticados em função desta ou daquela *doença*?⁵⁰ As falas em sua continuidade denunciam alguns destes sintomas a que me refiro:

Tu levasses a manhã toda para ser atendido. Aí tu chegas no serviço, de volta, o médico não te dá atestado, só comprovante. Que ele te atendeu do meio-dia e meia às três da tarde. Mas ele não conta o tempo que tu perdeu aqui esperando por ele. Aí o patrão já fica de cara virada. Isso aí é o que te deixa mais doente ainda, porque o patrão te olha com a cara atravessada. E daí tu fica mais doente ainda... (usuário, 20 anos).

Eu achava assim, como eu falei pra ele. Esse cara trabalha, é um trabalhador, tem família para sustentar, bota o cara aí para dentro, vamos fazer exames, ver o que o cara tem (usuário, 34 anos).

Pode-se refletir, a partir das falas dos usuários dos grupos focais, que o termo Saúde do Trabalhador carrega em si um paradoxo outro, uma impossibilidade estrutural que a própria linguagem propicia burlar. Na tentativa de direcionar a atenção às populações trabalhadoras, masculinas e femininas, o termo Saúde do Trabalhador constitui-se, ao mesmo tempo, inteligível e não inteligível, significante de acesso e de barreira, principalmente no que se refere à saúde dos homens em geral. As falas de alguns participantes traduzem parte desta afirmação, se pensarmos no anúncio das

⁵⁰ A respeito da questão do sintoma em Freud, conferir *O sentido dos sintomas* () e *Os caminhos da formação dos sintomas*. Porém, não me deterei a delimitar melhor o conceito em relação a Freud e Lacan, nem a aprofundar estas questões em relação aos processos constitutivos de masculinidade, a partir do material produzido na pesquisa Homens e Saúde.

dificuldades relatadas pelos homens na tentativa de aliar o trabalho à procura pelo serviço de saúde. Quando questionados sobre o que os afasta dos serviços, alguns participantes narram episódios da saga em que se constitui a ida ao Hospital ou ao posto de saúde. As narrativas feitas pelos usuários de grupo focal são questionadoras de uma posição de sujeito que, por vezes, desconhece a resposta imposta pelo enigma das questões de saúde, e emblemática desta afirmação é a pergunta dita pelo usuário: “o que eu vou fazer?”. É a este *enigma* que me refiro:

Estou no meu serviço às 9 da manhã. Daí eu digo: eu estou mal, vou ao médico. Daí eu chego aqui e demoro seis horas para ser atendido. Eu vou chegar no meu serviço às seis horas da tarde? Eu vou chegar com o atestado de três da tarde? O que eu vou fazer? (usuário, 22 anos).

Interessante refletir acerca do significado que a expressão: “alguém que chega e diz uma palavra para ti”, usada pelo usuário, pode simbolizar. Nas suas palavras:

Muitas vezes tu estás aí aloprado, tu vai lá conversar com teu pai, teu pai te dá duas quebradas (fez gesto de bater na cabeça). É verdade, tem vezes que é assim, não tem aquela amizade. Às vezes tu trabalha tanto que não tem quase amigo. É, colega tu tens um monte. Mas amigo, que conversa e que senta contigo, tu não tem. Alguém que chega e diz uma palavra pra ti (usuário, 33 anos).

Sugiro pensar que a questão da palavra estabelece relação com a Política de Humanização do SUS (“HumanizaSUS”). Mais uma vez, retomo o conceito disponível no Portal Saúde:

Humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.) (www.portal.saude.gov.br).

Uma possibilidade interessante de análise é aquela que pensa o conceito de Humanização no que este porta do conceito lacaniano de Um, ao propor que se lide com

o caso a caso, com o corpo vivo encarnado pelos significantes, o corpo para além do diagnóstico, o corpo que segue as prerrogativas da amplitude do conceito de saúde integral, proposto pelo SUS, conforme alguns usuários nos possibilitam pensar, segundo suas reivindicações.

Faz-se interessante pensar que é do lugar de trabalhadores que muitos homens usuários reivindicam um atendimento mais humanizado. Como lugar de produções discursivas, o termo Saúde do Trabalhador apresenta-se como um lócus privilegiado, tanto da consolidação de uma lógica linear em se tratando de homens e de mulheres, como em estratégias que abarcam as possibilidades de romper com esta lógica. Esta afirmação articula-se à proposta de Butler (2002) de habitar estas gramáticas para que vozes dissonantes desabitem-nas de suas próprias afirmações. Dizer para além do dito e no dito, desdizer, deslocando-se na cadeia discursiva, talvez seja a proposta desafiadora para analisar as questões trazidas pelos relatos produzidos nos grupos focais e nas entrevistas realizadas. Neste sentido, sugiro pensar que a reivindicação por um atendimento mais humanizado reflita o que extravasa dos corpos. Para além das justificativas em nome do sustento da família, da ameaça pela perda do emprego, o padrão de “cara virada”, o estresse, talvez o que estes homens estejam sinalizando que a saúde da qual se trata, seja de outra ordem. Neste caso, a dor do corpo é aquela que se sente ao renunciá-la, ao não sentir. Ao serem questionados a respeito das necessidades sentidas pelos usuários, nos serviços de saúde, reivindicam *atenção, atendimento, seriedade, humanização*, conforme o diálogo no grupo focal realizado com os homens que acompanhavam as mulheres na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade.

- *Atendimento pra nós...*(usuário, 23 anos)

- *É, pelo amor de deus, né?* (usuário, 26 anos)

- *Essa coisa mais humanitária, de chegar e ter um atendimento de conversar e saber mesmo, às vezes o médico olha assim, e – o que você tem? Ah, eu to com dor de cabeça. Toma isso aqui e isso aqui, está resolvido* (usuário, 25 anos)

- *Daí tu sai pra rua e pergunta: o que eu vim fazer aqui?* (usuário, 22 anos)

- *Se isso mudasse um pouco, se tivesse um pouco mais de atenção, uma coisa mais séria, com o ser humano* (usuário, 25 anos)

Destaco, ainda, a seguinte fala de um dos participantes deste mesmo grupo focal, realizado com os homens hospedados na Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade:

a gente chega lá, eles mandam a gente aguardar, aguardar, às vezes chega a tua vez e chega uma gestante, ou um velhinho, eu sei que eles têm a preferência, aí ele vai atender ela, aí vai atender o velhinho, e tu vai ficando, vai ficando, e aquilo vai me irritando. A gente sabe que eles precisam mais, mas a gente também precisa. Tu tens que resolver aquilo ali rápido porque tu tens uma família para sustentar (usuário, 36 anos).

Na fala do usuário do serviço, ao se referir à espera no atendimento médico, à necessidade sentida por eles em serem também respeitados em seus direitos, aparece a expressão: *resolver aquilo ali rápido*. Ao ser questionado sobre o que o afasta da procura pelos serviços de saúde, este homem em particular delega um saber que diz respeito a si, a um terceiro – “aquilo ali”. Por “aquilo ali”, entendo que o participante esteja dizendo da alteridade que institui o abismo entre ele e as questões de saúde (sempre lembrando de seu viés biomédico). A expressão “aquilo ali” estandariza, simboliza a relação entre este sujeito e seu corpo, que se trava no duelo entre o que o corpo próprio escancara do eu, ao mesmo tempo em que exige que se assuma a estreita dependência entre o sujeito e o “aquilo ali” de seu corpo. A assunção nos permitiria pronunciar que eu sou aquilo ali tanto quanto aquilo ali diz de meu ser, na medida em que o desconheço como meu. São perguntas instigantes, nesta busca pelo saber: como falar de um corpo que sofre? Como acioná-lo a não ser pelo que este corpo porta de inacessível? Qual o saber sobre a saúde que se produz neste desconhecimento de si e de seu corpo, a partir das falas dos usuários homens?

A questão da humanização, repetidamente enfatizada pelos usuários do grupo focal, quando articulada à idéia de que os homens parecem “bichos”, nos conduz à outra pergunta fundamental no tocante à implementação de programas voltados à população masculina - o que é *humanizar*? A que se refere o conceito de Humanização do SUS (o imperativo HumanizaSUS), e sob quais espectros o conceito é vivido pelos profissionais e usuários? Humanizar é proferir uma palavra que afete o sujeito? Neste sentido, como

minimizar os efeitos do abismo existente entre o “bicho” e o “humano”, atendido pelo SUS e existente nas falas dos usuários do grupo focal?

O médico no hospital aqui, parece que a gente é bicho (usuário, 36 anos).

Essa coisa mais humanitária, de chegar e ter um atendimento, de conversar e saber mesmo, às vezes o médico olha assim, e – o que você tem? Ah, eu to com dor de cabeça. Toma isso aqui e isso aqui, está resolvido (usuário 23 anos).

Outro usuário, de 26 anos, ao reivindicar um atendimento humanizado, diz que falta *mais o olho no olho*. Esta expressão carrega consigo uma força de sentido, ao falar das possibilidades de olharmos para as questões envolvidas na temática homens e serviços de saúde, bem como de refletirmos acerca de como esta tem sido olhada, do que tem sido visto e do que não - olhar para estes homens, e para o que estes estão falando.

Se, por um lado, foi unânime entre profissionais e usuários a idéia de que quem cuida mais da saúde são as mulheres, por outro, foram os homens que aproximaram o conceito de saúde integral ao de humanização. Em outras palavras, ao falarem a respeito de como cuidam de sua própria saúde, em relação à pergunta: “como os homens cuidam da saúde?”, profissionais e usuários se implicaram no processo de investigação, questionando conceitos pré-estabelecidos de saúde e de cuidados. É sobre outras formas de olhar sobre as mesmas questões que a continuidade do capítulo se propõe a discutir.

Homens, gênero e cuidados com a saúde

Neste momento, o objetivo é refletir sobre a questão do cuidado, a partir das falas dos/as profissionais do HU e dos grupos focais realizados com homens usuários dos serviços de saúde. Mais especificamente no que se refere à noção de *cuidados com a saúde*, investigando como se delineiam as noções de cuidado consigo, como estas noções se desdobram em cuidados com eles próprios, atrelando estas concepções à temática maior, Homens e Saúde.

Algumas das questões mobilizadoras de análise das falas dos sujeitos investigados diziam respeito a como a relação de homens e cuidados com a saúde aparece veiculada nas falas dos/as profissionais e dos usuários do HU. Como circulam as concepções de cuidado, nas falas dos/as sujeitos da pesquisa? A noção de cuidado presente nas falas dos/as profissionais entrevistados/as não está diretamente atrelada à noção de repertórios de cuidados femininos? Em que sentido estas concepções de cuidado não servem para reiterar a existência de um sujeito universal feminino, que circula nos discursos do Sistema Único de Saúde e terminam por reforçar a idéia de que as mulheres são essencialmente “cuidadoras”? O corpo de que se trata e com o qual se lida nos processos de saúde-doença não é um corpo feminino, que de tanto ser acionado em seu “aparato” anátomo-biológico, tornou-se emblemático do “sujeito universal do cuidado” do SUS? A que corpos devem recorrer os homens, para serem reconhecidos como sujeitos de direitos nos processos de cuidado com a saúde? Como extrapolar os modelos de cuidado compartilhados pelas mulheres? Como os profissionais e os usuários dos serviços de saúde estudados veiculam outras maneiras de cuidar, que não as tradicionais noções de cuidado atreladas à ótica institucional hospitalar? A todas estas questões se acrescenta a discussão sobre a feminização de determinadas profissões ligadas aos cuidados com a saúde⁵¹.

Neste sentido, é preciso atentar para os movimentos de um discurso que se apresenta generificado, marcado por continuidades e descontinuidades de gênero, principalmente em um campo como o da saúde, que tende a associar a questão do cuidado às práticas femininas, legitimando saberes e fazeres diferenciados para homens e para mulheres. Talvez haja, no campo da saúde, não apenas um modelo de cuidado com a saúde (promoção/ prevenção), fundado nos princípios de uma ciência biomédica, mas também a prerrogativa de que homens e mulheres se adequem a um modelo universal, tanto no que se refere às práticas de cuidado com a saúde, quanto aos modos de ser “cuidador”, em relação ao cuidado de si e dos outros.

A questão de que o campo da saúde é visto como um território predominantemente feminino (Figueiredo, 2005), bem como as reflexões acerca da feminização de algumas profissões, não são debates recentes. No início da década de 70, pesquisadoras como Cristina Bruschini, Evelyn Glenn, Albertina de Oliveira Costa, Carmem Barroso, Cynthia Sarti, Jane de Almeida, Dagmar Meyer, Bila Sorj, entre outras,

⁵¹ Sobre a feminização das profissões ligadas ao campo da saúde, conferir Dossiê Gênero e Saúde, publicado em Cadernos Pagu (2005).

detiveram-se, no cenário da Fundação Carlos Chagas, a estudar o campo das mulheres, da educação e do trabalho no Brasil⁵².

Artigos como os de Cristina Bruschini: *Mulher e Trabalho: engenheiras, enfermeiras e professoras* (1978) e *Sexualização das ocupações: o caso brasileiro* (1979); e o de Evelin Glenn: *As ciências humanas e a situação da mulher* (1978), são trabalhos em que as autoras discutem a inserção das mulheres em carreiras *ditas* femininas, problematizando a utilização de explicações que associam a natureza dos sexos às suas profissões, e que acabam por *dividir* a participação de *homens e de mulheres em carreiras, cargos e funções – de homens e de mulheres*. O estilo desta escrita procura reforçar a insistência da própria cadeia lingüística que, ao repetir os termos homens, mulheres, tem o objetivo de fazer refletir o movimento produzido no interior dos binômios insistentes, reificadores, cerceados pelos limites próprios de uma discursividade que se vê, por vezes, sem ter para onde escapar, prisioneira de seu próprio cárcere.

A fala de um médico é significativa, neste sentido, para refletirmos a respeito da feminização do campo da saúde. Ao ser questionado sobre o que afasta os homens dos serviços públicos, ele argumenta em favor de uma sexualização das profissões, como são vistas por ele em seu cotidiano de atuação profissional:

Eu tenho 97 enfermeiros na rede, (...) 85 são mulheres e somente 12 são homens. O homem não optou pela enfermagem de nível superior, são mulheres. Houve em abril um congresso nacional de enfermagem, só tinha mulher no auditório (médico, 50 anos).

Para este gestor em saúde, as questões de cuidado, de acolhimento, de humanização, estão diretamente associadas às mulheres, por meio de um movimento de transferência da esfera privada para a pública. Segundo ele:

Eu acho um outro fator importantíssimo: a mulher é mais acolhedora no serviço de saúde do que o homem. Muito mais. Ela transfere todo seu sistema, seu comportamento de acolhimento dentro de casa para dentro do trabalho. Então ela é preferida pelos pacientes. Isso ficou evidente quando nós implantamos o sistema de acolhimento, de humanização dentro da nossa rede, que as mulheres aderiram

⁵² A respeito desta trajetória na Fundação Carlos Chagas, conferir Costa (2004).

imediatamente, e as mulheres enfermeiras. Os médicos e os homens enfermeiros questionaram muito isso (médico, 50 anos).

À outra pergunta, este profissional reforça seu entendimento:

As mulheres médicas aderiram imediatamente ao acolhimento humanizado e à humanização do atendimento, e os homens têm dificuldades, eles querem ser médicos atendendo tecnicamente, e não querem ter esse viés de colocar o doente no colo, de conversar com o doente, pois às vezes um copo de água com açúcar e uma conversa resolvem o problema dessa pessoa que recorre a um posto de saúde (médico, 50 anos).

Retornando à questão do cuidado com a saúde, as falas dos/as profissionais indicam (e encontram correspondentes nas falas dos usuários que participaram dos grupos focais) que há diferentes maneiras de cuidar e de se relacionar consigo, com seu corpo, e com os outros. No entanto, parece haver uma primazia do cuidado produzido na esfera médica, em detrimento do cuidado que estaria mais associado às práticas de bem-estar social, como a rotina esportiva e os cuidados com a alimentação. Em outras palavras, um cuidado marcado pelas diferenciações de gênero, na relação que homens e mulheres estabelecem com a instituição de saúde, nas práticas de cuidados médicos. Quais as dificuldades em ler as maneiras de cuidar anunciadas pelos homens, que residem talvez, na exigência de que sigam os modelos de cuidado apresentados pelas mulheres? O dito de que “pai em casa vira mãe”, em um trocadilho com a palavra mãe, nos leva a questionar por que “pai cuidando dos filhos” é uma existência que fala de matrizes normativas referentes ao doméstico e ao feminino? Por que não apenas “pai”?

Alguns profissionais questionam esta concepção de saúde e de cuidado intensamente marcada por paradigmas biomédicos. Conforme uma das entrevistadas, ao responder à pergunta inicial:

Atualmente eu acho relativo. Acredito que hoje o homem cuida mais da saúde dele próprio. Eu colocaria esse cuidado com a saúde entre aspas, porque o cuidado com a saúde aí está mais ligado ao médico, procurar mais o médico que a mulher, mas, em contrapartida, eles não têm o respeito muito grande com eles próprios (enfermeira, 48 anos).

Outros/as profissionais, por vezes, resvalam ao falar de si, quando questionados sobre as maneiras de cuidar: - como (se) cuidam? O primeiro relato é da assistente social do Hospital, que trabalha diretamente com o grupo de homens no processo de intervenção cirúrgica de vasectomia. Segundo ela, os homens estariam mais associados a uma vida menos regrada. Apesar de o esporte aparecer em sua fala como associado ao cuidado masculino, não necessariamente é sentido como uma noção que deva ser levada em consideração, pois seus benefícios podem ser “anulados” com práticas outras, como o excessivo consumo de bebidas alcoólicas, por exemplo. A profissional, ao colocar em “xeque” as maneiras pelas quais os homens cuidam de si – “será que cuidam?” – talvez esteja se referindo a uma cultura do risco e da violência que permeia a vida de homens em seus processos de constituição. A cultura do risco e da violência faz parte de uma rede constituinte da masculinidade, que se estende e se volta aos homens e às mulheres, em uma relação de dependência constituinte⁵³.

São significativos neste sentido, os estudos que estabelecem relações entre homens e alcoolismo, formas dos homens de se relacionarem com o corpo em práticas esportivas potencialmente destrutivas, como o halterofilismo e muitos esportes radicais, os acidentes de trânsito⁵⁴, etc. Relacionar-se de forma íntima com os riscos, com a vulnerabilidade, com as diversas expressões de violência, não seria uma condição para muitos homens permanecerem identificados aos avatares da masculinidade, por meio de uma repetição estilizada de atos (Butler, 2003, p. 200)? Uma exacerbação de um duelo, de um conflito constitutivo dos sujeitos?

A fala da profissional entrevistada expressa estas questões:

Será que cuidam? Eu acho que hoje até tem uma preocupação maior com o esporte, com uma comida talvez menos gordurosa, mais adequada, mas eu acho que é mais complicado para o homem se cuidar, eles normalmente bebem mais, não se preocupam tanto com a questão da alimentação, são mais passionais no sentido de viver mais o momento (...) (assistente social, 53 anos).

⁵³ Michael Kaufmann (1987) propõe o que denomina a tríade da violência: a violência de homens contra as mulheres, de homens contra outros homens, e de homens contra si próprios, muitas vezes voltando contra si os riscos e as violências que estendem aos outros, tornando-se alvos dos próprios circuitos agressivos e violentos que os constituem.

⁵⁴ A este respeito, conferir Keijzer (2006).

Na fala da profissional acima, assim como na fala de dois médicos entrevistados, esta questão aparece claramente comparada à divisão sexual do cuidado. Tradicionais noções de cuidado com a saúde ainda reiteram, nas falas, uma maneira de cuidar que atende a modelos femininos, aproximando as mulheres aos ideais, às normas socialmente estabelecidas, tanto do que *seja cuidado*, quanto do que *seja mulher*. Outra profissional, por exemplo, afirma que as mulheres se cuidam de uma “maneira mais especial”:

Eu vejo pelo menos os homens com mais resistência em ir ao médico, com mais resistência em fazer controle periódico, e geralmente eles vão ou porque a mulher encaminhou, ou a mãe levou. Eles próprios, procurar a assistência é mais difícil. Eles cuidam fazendo esportes, cuidando um pouco da alimentação, mas não de uma maneira mais especial, como a mulher (enfermeira, 30 anos).

Um fator bastante salientado pelos/as profissionais entrevistados/as, é a questão do cuidado preventivo. Isto reflete, em termos, a política do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, no que diz respeito ao conceito de saúde do ser humano⁵⁵, articulado aos princípios de integralidade, universalidade e equidade, e que inclui no repertório de cuidados com a saúde, a prática preventiva de identificação e de controle das doenças. No anúncio das diferentes maneiras de homens e de mulheres lidarem com este preceito, algumas falas representam bem como as questões de gênero se implicam nos modos de cuidar e nas relações dos sujeitos com seus corpos. Em relação à prevenção, o movimento de cuidado com o próprio corpo não passa, necessariamente, pelo submetimento deste corpo ao saber médico. Na primeira fala citada, a ênfase dada pelo médico está nas questões de prevenção, a saber: *os homens procuram os profissionais na eventualidade de uma doença. Quando se instala. É difícil ver esse cuidado preventivo* (médico, 50 anos).

⁵⁵ Segundo o site do Ministério da Saúde: www.portal.saude.gov.br, no setor “O SUS de A a Z”, a saúde é entendida como: “Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como ‘direito de todos e dever do Estado’, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196). A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

Quando questionados sobre como os homens cuidam de sua saúde, muitas respostas indicam que há um cuidado que extrapola os limites simbólico-culturais da instituição médico-hospitalar. Tanto profissionais homens quanto usuários, falam de outras maneiras de cuidar de si e da saúde. É o caso, por exemplo, da fala do médico, que diz que *tem a questão do esporte, da saúde, da alimentação. Eu falo por mim. Eu, eu cuido de mim praticando esportes (médico, 50 anos).*

A própria concepção do que seja “saúde” para estes homens que relatam as formas de cuidado consigo próprios, diverge da normativa “saúde integral” dos discursos do SUS. Um dos participantes do grupo focal, de 22 anos, fala de sua preocupação em cuidar da saúde, relacionada à prática de esportes e a uma alimentação saudável. Quando questionado sobre como os homens cuidam de sua saúde, ele retoma a questão do que significa, para ele, o cuidado preventivo. Neste caso, é o binômio “saúde-doença” que sofre uma descontinuidade em seus termos lógicos, lineares.

Olha, no meu caso eu acho que é cuidado preventivo. Uma boa alimentação, prática de esporte, eu acho que cuidar da saúde está mais nisso, assim. Não só quando você está doente ou sentindo alguma coisa. Pelo menos comigo é mais ou menos assim (usuário, 22 anos, grupo focal 2).

Muito interessante para pensarmos nas diferentes maneiras de cuidado e de práticas, que não unicamente as decorrentes das ações de medicalização dos corpos, é o relato de um dos participantes de grupo focal, de 32 anos. Aliado à demora para ser atendido no serviço público, à preocupação em se ausentar do trabalho e perder o emprego, bem como ao receio de manifestar sua dor ao patrão, o participante explica a alternativa encontrada por ele para não comprometer sua rotina de trabalho, por conta de uma infecção na mão que estava lhe causando problemas:

- Eu enfiei um ferro nessa mão aqui. Eu continuei trabalhando, aí por coincidência, estava um pessoal da saúde no meu serviço (...). Daí ela viu que estava inchado, e foi falar para o chefe que eu não podia trabalhar assim. Eu estava trabalhando. Daí eu fui ao hospital. O médico queria que eu tomasse remédio por uma semana, para depois ele cortar (o ferimento) (participante do grupo 2, 32 anos).

- Estava infeccionado? (pergunta outro participante, 22 anos)

- Estava, do prego. O que eu fiz? Uma semana? Vai demorar muito, eu não vou ficar em casa. Daí fui num senhor aqui perto de casa que falou que era para eu

raspar um chifre de boi. Aí raspei o chifre do boi, fiz com água quente e era para tomar. E passar malva com azeite. Daí a malva estourou e eu tomei o chifre do boi. Ficou boa [a mão infeccionada], não tem marca, não tem nada. Em três dias. Em uma semana eu ia esperar o médico, em três dias o benzedor lá deu jeito.

O que é possível perceber a partir destas falas é que a própria noção de cuidado com a saúde está sendo questionada. Cuidar da saúde significa cuidar da doença, quando ela se instala? Ou cuidar da saúde exige uma relativização do que seja cuidado e do que seja saúde para cada um dos sujeitos? Tais tomadas de posição implicam, necessariamente, que “antes de excluir os homens das categorias de cuidado e saúde faz-se necessário pensar nas significações que estas categorias adquiriram no universo masculino” (Knauth e Machado, 2005, p. 19). O que implica também investigar como estão sendo significadas no universo feminino. Esta premissa inclui a clareza de como os serviços de saúde, de uma forma geral, acabam por refletir a organização social com base no gênero (Nascimento, 2005), antes de afirmarmos que os homens se excluem ou foram excluídos das esferas de cuidado de si e dos outros.

A seguir, destaco as falas de profissionais homens entrevistados, que me fizeram refletir sobre os significados que nelas circulam acerca do cuidado. No total dos seis profissionais homens entrevistados, três argumentaram que a questão geracional é um fator a ser levado em conta, em relação aos cuidados com a saúde. O médico entrevistado questionou a entrevistadora:

- *Quem cuida mais da saúde: o homem ou a mulher?* (entrevistadora)

- *Como cuidador ou como pessoa?*

Você quer saber dos homens em geral ou como eu faço?

Já teve uma época que eu bebia, mais na adolescência, agora eu me cuido. Agora estou numa fase que você sabe os seus limites. Então sei até onde eu posso ir (médico, 50 anos).

Em seguida, este profissional associa o cuidado a ter horas de lazer, principalmente “depois de certa idade”, em que os cuidados com a saúde tendem a se intensificar. Outro médico se destaca pela maneira como anuncia sua relação com a saúde, falando de um tempo em que se começa a “cuidar em termos de ter cuidado”. O modo circular de articulação significativa em torno do *cuidar* e do *cuidado* denuncia o caráter singular e subjetivo que cada sujeito estabelece frente às prerrogativas normativas

que marcam diferentes momentos da vida. Lidar com estas prerrogativas significa, de certo modo, poder conjugar as vivências pessoais, subjetivas, na escrita de uma narrativa que é, desde sempre, polifônica na constituição dos sujeitos.

Eu acho que a partir de uma certa idade que tu passa a ter mais uma consciência das tuas próprias limitações, então eu acho que tu começa a cuidar em termos de alimentação, em termos de ter cuidado (enfermeiro, 49 anos).

Eu já tive uma fase na minha vida que eu era mais preocupado com o aspecto profissional, e a partir de uma certa idade e de eventos da minha vida, eu comecei a me dedicar a ter horas de lazer (médico, 50 anos).

O cuidado ligado ao esporte, à alimentação saudável; o cuidado que acompanha os diferentes momentos da vida dos sujeitos; o cuidado tomado em si mesmo como objeto de investigação; os enunciados de médicos na faixa dos 50 anos, de homens na faixa dos 20 anos, falas que se movimentam, em sentidos de convergência e de divergência. Segundo Nascimento (2005, p. 26): "... não se pode desconsiderar a existência dos diferentes estilos de masculinidade, pois na vida cotidiana devemos levar em conta a posição concreta e particular dos sujeitos em cada grupo de referência". As "perguntas-respostas" do médico (*quem cuida mais da saúde? Como cuidador ou como pessoa? Você quer saber dos homens em geral ou como eu faço?*), citadas anteriormente, abrem espaço para importantes possibilidades de análise, no que se refere às masculinidades e sua relação com os processos de saúde, de doença e de cuidado.

A principal delas talvez seja a questão da pluralidade, considerando que os profissionais estão falando de diferentes maneiras de ser homem, numa tentativa de implodir com o dito "homem é tudo igual". Se, por um lado, o "*homem com h*" é o herdeiro vitalício das características totalizantes e hegemônicas de um sujeito universal, por outro ele difere daquele com o qual os entrevistados estão buscando dialogar. "Como não nos deslumbrarmos com a certeza tantas vezes repetida em diferentes espaços de que 'os homens são assim?'" (Nascimento, 2005, p. 26). Neste sentido, poder ouvir as disparidades entre os sujeitos deste campo, significa também superar alguns estereótipos de gênero que nos impedem de avançar nas discussões sobre o tema no campo da saúde pública.

A luta de alguns segmentos do HU pela implementação do ambulatório de saúde do adolescente reflete o compromisso ético estabelecido por profissionais de saúde em

relação ao público masculino atendido no HU. As falas que seguem foram proferidas por médicos engajados na busca de “tentar mudar o perfil de homem”, a partir da implementação deste ambulatório específico no atendimento aos adolescentes:

Como eu trabalho na área de adolescência, existe o hábito de se jogarem as questões preventivas, em relação até à própria gravidez na adolescência, as práticas de anticoncepção, nas costas da mulher. Então quando os meninos vêm, a gente consegue abordar questões relacionadas ao respeito entre os indivíduos, salientar responsabilidades do menino, do jovem, nas práticas destes métodos anticoncepcionais. Isto gratifica no sentido de você estar tentando mudar o perfil do homem, daqui a cinco, 10, 15 anos (médico, 50 anos).

Eu acho, em princípio, que é criar esse ambulatório que a gente está discutindo – que eu acho que já é um começo, essa discussão, do ambulatório de saúde do adolescente masculino. Já criar esta cultura no adolescente para que ele possa também cuidar da sua saúde, logo que ele sai da pediatria, dos cuidados da pediatria, no caso (enfermeiro, 49 anos).

“Criar essa cultura no adolescente”, “mudar o perfil do homem”, “questões relacionadas ao respeito entre os indivíduos, salientar responsabilidades” – são tônicas importantes que refletem alguns entraves sociais e culturais que afastam a população masculina dos serviços de saúde, e que refletem práticas sexistas no exercício da sexualidade e dos direitos sexuais, tanto de homens quanto de mulheres. Daí o compromisso de problematizar questões já levantadas por autores/as do campo das masculinidades.⁵⁶ Na fala de outro médico, com relação às dificuldades que os homens têm em expressar seus questionamentos, suas dúvidas, são elencados alguns entraves simbólicos constituintes do masculino, no que se refere ao terreno das possibilidades na expressão de sentimentos, de afeto, de vulnerabilidade. O profissional afirma:

Eu acho que, em termos de saúde sexual e reprodutiva, o homem vai procurar ajuda quando existe algum problema nesse sentido, uma coisa pontual, uma doença sexualmente transmissível, uma coisa física assim, ele vai procurar.

⁵⁶ Conferir Olavarría (1997), Connell (1997), Kimmel (1997), Figueroa (1998), Siqueira (2000), entre outros/as.

Agora, relacionado à sexualidade como um todo, raramente o homem vai procurar porque ele dificilmente vai expor dificuldades de relacionamento sexual, profissional, de uma maneira como a mulher pode colocar (médico, 50 anos).

Se pensarmos, a partir da fala dos profissionais, que há maneiras diferentes de cuidar, que existe uma divisão sexual deste cuidado com a saúde, os homens, de um modo geral, estariam tão afastados do cuidado preventivo quanto estão dos próprios serviços de saúde. Atrelam-se a isto os significados que permeiam as questões das masculinidades, veiculados nestes discursos sobre o “ser homem”, que passam, indubitavelmente, pela negação ao que é considerado culturalmente como da ordem do feminino, ou das feminilidades.

Duas são as metáforas utilizadas por usuários participantes de grupos focais diferentes, para se referirem à relação que estabelecem com a instituição de saúde. A idéia de que o hospital é um *fantasma* na vida dos homens, associa-se à de que a saúde pública é *assustadora*. Tem-se, desta forma, um par interessante para se analisar por onde estão sendo veiculadas as representações de homens sobre os serviços de saúde, a partir de suas vivências. Com a saúde, digamos assim, substantivo feminino, fantasmático, assustador. A primeira fala é de um participante de 33 anos, do grupo focal realizado com os homens que se preparavam para a cirurgia da vasectomia; e a segunda é de um jovem pai de 22 anos, participante do grupo dos homens do Alojamento Conjunto do HU. Ambos em resposta à pergunta “o que afasta os homens dos serviços de saúde?”.

A saúde pública de um modo geral ela é assustadora, em todos os aspectos. Atendimento, conseguir uma vaga no posto, então já inibe o cara de procurar preventivamente, o homem. O homem já não vai, primeiro porque tem que levantar às 6 da manhã, 8 horas ele tem que estar no trabalho, se ele vai consultar ou não, só Deus sabe. Quando consegue ir para frente, no caso da vasectomia, é assustador, é complicado. (...) Você só vai ao médico quando é corretivo. Quando você pensa: - eu não consigo mais, eu estou morrendo (grupo focal 3, 33 anos).

As questões apontadas por profissionais de saúde e por usuários, denunciam a complexa teia de relações envolvidas neste processo, referidas ao SUS, ao atendimento da população masculina: suas queixas, suas demandas, suas sugestões. Pode-se analisar, a partir das falas produzidas por homens e mulheres, a presença de três

diferentes dimensões, conforme destacadas por Figueiredo (2005, p. 106): “os homens na qualidade de sujeitos confrontados com diferentes dimensões da vida; os serviços de maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; os vínculos estabelecidos entre homens e os serviços de saúde e vice-versa”.

Longe de uma linearidade ou de uma explicação baseada na relação causa-efeito, poderíamos pensar que ambos os entraves se constituem: há uma dificuldade de os homens procurarem o serviço médico, e estes, quando procuram atendimento, muitas vezes esbarram na ausência de serviços e de programas que atendam às suas especificidades. (Um exemplo desta assertiva é o hiato existente entre a pediatria e a clínica geral, apontado por muitos profissionais, inclusive os que lutam pela implementação do ambulatório que atenda especificamente ao público de adolescentes homens).

Muitos profissionais afirmam que a saúde é um campo voltado à população feminina, e estas falas encontram correspondentes nos relatos dos usuários, quando afirmam que não procuram os serviços de saúde porque não se vêem aí contemplados. As queixas por esta não contemplação refletem diversos âmbitos da relação de homens com o serviço de saúde: no material midiático e impresso das campanhas preventivas, estampados nas paredes da instituição de saúde, que tem seu foco na saúde da mulher, da criança, do idoso (de uma forma geral); no simbolismo em torno da noção de cuidado associado aos cuidados que as mulheres têm com os filhos, com a casa, com a família, consigo mesmas; etc. É o caso, por exemplo, desta fala de um dos participantes do grupo focal que se preparava para a cirurgia de vasectomia. Para ele, a saúde (como que materializada) “chama mais a atenção da mulher do que a do homem”:

A mulher se preocupa mais em se cuidar e a própria saúde chama mais a atenção da mulher. Ela chama pouca atenção para o homem. Agora que estão chamando a atenção com a questão da próstata, mesmo assim o homem tem se esquivado, mas eu acredito que a saúde tem chamado mais a atenção da mulher do que do homem (usuário, 39 anos).

Tais questões parecem sugerir a circularidade inerente constitutiva do sujeito, em seus processos de sujeição (Butler, 2001, p. 22). Neste sentido, a questão da relação

entre o Hospital como uma instituição que não contempla os homens em seus serviços, e os homens que não se aproximam das esferas de cuidados, nos conduz a uma “ambigüedad irresoluble”. Nas palavras de Butler (2001, p.26): “cuando intentamos distinguir entre el poder que actúa transitivamente [enacts] al sujeto y el poder puesto en práctica por éste, es decir, entre el poder que forma al sujeto y el propio poder de éste, surge una ambigüedad irresoluble”. Em outras palavras, a constituição da masculinidade, neste caso, não poderia ser pensada como algo estanque, que não escapa desta circularidade constitutiva dos sujeitos – pacientes, usuários, homens, mulheres, etc, e que diz dos modos como os sujeitos vivenciam seus processos de saúde, de doença e de cuidados – consigo próprios e com os outros, em uma situação que é sempre dualística, conflitiva.

A relação saúde/doença, e os modos pelos quais os sujeitos se colocam nesta dicotomia é um interessante elemento trazido por um dos médicos entrevistados, se pensarmos, por exemplo, que ficar/estar doente leva ao estabelecimento de vínculos de dependência com outras pessoas. Um dos entrevistados fala sobre as barreiras culturais, simbólicas, individuais, vividas por homens no cotidiano do HU, com relação à noção de autonomia e dependência:

(...) o homem tem muito mais dificuldade de demonstrar as limitações, eu acho que muito pela influência da história de que sempre o homem tem que bancar o super macho e o cara que está sempre muito bem. E ele tem muito mais dificuldade de procurar o serviço de atendimento. Então ele demora mais e ele tem mais dificuldade em lidar com a doença, muito mais do que a mulher. Em parte porque ele tem dificuldade em lidar com a dependência que ele poderia ter de outra pessoa, coisa que para mulher é muito menos complicado, muito menos difícil (médico, 50 anos).

Aproveitando a fala do médico citada, o que permanece na escrita do próximo capítulo são as questões do corpo, aqui presentes como pano de fundo, em torno das noções de cuidados com a saúde, segundo as análises das falas dos sujeitos da pesquisa. Note-se que a divisão não é apenas do cuidado com a saúde, mas de modos discursivos de anunciar corpos de homens e de mulheres que se apresentam ao SUS. No próximo capítulo, o conceito de saúde integral do SUS, relacionado ao princípio de integralidade, será analisado em relação ao corpo que fala - do corpo que extravasa.

4. O CORPO QUE FALA. (DO CORPO QUE EXTRAVASA).

“Por ter de relance se visto de corpo inteiro ao espelho, pensou que a proteção também seria não ser mais um corpo único: ser um único corpo dava-lhe, como agora, a impressão de que fora cortada de si própria. Ter um corpo único circundado pelo isolamento, tornava tão delimitado esse corpo, sentiu ela, que então se amedrontava de ser uma só, olhou-se avidamente de perto no espelho e se disse deslumbrada: como sou misteriosa, sou tão delicada e forte, e a curva dos lábios manteve a inocência.

Pareceu-lhe, então, meditativa, que não havia homem ou mulher que por acaso não se tivesse olhado ao espelho e não se surpreendesse consigo próprio. Por uma fração de segundo a pessoa se via como um objeto a ser olhado, o que poderiam chamar de narcisismo mas, já influenciada por Ulisses, ela chamaria de: gosto de ser. Encontrar na figura exterior os ecos da figura interna: ah, é verdade que eu não imaginei: eu existo.” (Clarice Lispector, 1982, p. 19).

Ao longo da realização do trabalho de campo da pesquisa Homens e Saúde, o tema do corpo foi ganhando forma e consistência nas falas dos sujeitos entrevistados e dos usuários dos grupos focais realizados. Do paradoxo da universalidade aos processos de significação dos corpos presentes nos discursos do Sistema Único de Saúde, percebi-me envolvida com as questões que diziam do corpo, e que agiam sobre as análises do material textual, deslocando-me, muitas vezes, das confortáveis posições interpretativas em que estava, a tal ponto de eu desconhecer minhas verdades. Ao falar de cuidados com a saúde, os sujeitos da pesquisa falaram de corpos e, por eles e a eles eu me deixei levar. Portanto, o objetivo deste capítulo é o *corpo*. Primeiramente, serão tecidas considerações acerca da noção de corpo em *Psicanálise – qual o lugar do corpo do qual se diz, em Psicanálise?*⁵⁷, a partir da eleição de alguns textos de Freud e pontuações

⁵⁷ Agradeço a Laureci Nunes por me mostrar que o corpo que se apresenta ao SUS encarna marcas de gozo, introduzindo, na escrita de meus trabalhos na EBP Seção SC, a dimensão clínica da formação em Psicanálise, para além do manejo dos conceitos da teoria psicanalítica na escrita de minha dissertação.

sobre o corpo nos três registros: Real, Simbólico e Imaginário, em Lacan⁵⁸. Feito isto, proponho uma articulação entre *o corpo do qual se fala* em relação ao conceito de saúde do SUS, articulado às falas dos sujeitos da pesquisa. Explorando em que sentidos os significados de gênero afetam os corpos presentes nas falas analisadas, proponho uma discussão pelas inteligibilidades do sujeito universal do cuidado do SUS.

O corpo (ainda corpo) em psicanálise

O pulso ainda pulsa, o pulso ainda pulsa...

Peste bubônica, câncer, pneumonia, raiva rubéola, tuberculose, anemia

Rancor, cisticirrose, caxumba, difteria,

encefalite, faringite, gripe, leucemia,

E o pulso ainda pulsa,

E o pulso ainda pulsa...

Hepatite, escarlatina, estupidez, paralisia

Toxoplasmose, sarampo, esquizofrenia

Úlcera, trombose, coqueluche, hipocondria

Sífilis, ciúme, asma, cleptomania

E o corpo ainda é corpo, e o corpo ainda é pouco

Assim...

Reumatismo, raquitismo, cistite, disritmia

Hérnia, tuberculose, tétano, hipocrisia

Catapora, culpa, câimbra, cárie, cleptomania

⁵⁸ “Simbólico: termo introduzido (na sua forma de substantivo masculino) por J. Lacan, que distingue no campo da psicanálise três registros essenciais: o simbólico, o imaginário e o real. O simbólico designa a ordem de fenômenos de que trata a psicanálise, na medida em que são estruturados como uma linguagem. Este termo refere-se também à idéia de que a eficácia do tratamento tem seu elemento propulsor real no caráter fundador da palavra” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 480).

“Imaginário: na acepção dada por J. Lacan, este termo (então usado a maior parte das vezes como substantivo) é um dos três registros essenciais da psicanálise, caracterizado pela preponderância da relação com a imagem do semelhante” (Laplanche & Pontalis, 1992, p. 233).

“Real: introduzido em 1953 e extraído, simultaneamente, do vocabulário da filosofia e do conceito freudiano de realidade psíquica, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 644).

O pulso ainda pulsa, e o corpo ainda é pouco

Ainda pulsa, ainda é pouco

Assim...

(Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer, Toni Beloto).

A escrita de qualquer história e de qualquer verdade implica um corpo. O que a escrita porta “desde sempre” é sua insistência, letra a letra, e a escrita se dá via corpo. Via crucis, conforme Clarice Lispector. Mas que corpo é este que pulsa, que transborda seus contornos e extravasa sua própria biologia discursiva, constituinte? Qual o lugar do corpo do qual se diz em Psicanálise? É no encontro entre o corpo que escreve ao inscrever-se na escrita, que localizo este texto. Nas palavras de Jordan Gurgel:

o corpo é (...) escrito por significantes, que são encravados na carne para sempre. A carne, nossa natureza animal – morre, surgindo em seu lugar a linguagem, que faz o corpo viver e, a partir daí, tanto a anatomia quanto a fisiologia ficarão à mercê do Outro. O corpo ao qual a psicanálise se refere não é o corpo “biológico” (Gurgel, 2005, p. 35).

Inicialmente, apoio-me no texto de Freud (1910), *A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão*⁵⁹. Talvez o que este texto delimite seja a existência de diferentes corpos, o biológico (corpo orgânico), e o corpo psicanalítico, e a relação de conflito estabelecida entre ambos. Nele, o autor apresenta os mecanismos da conversão histérica relacionados ao ver e ao não ver, no nível consciente e inconsciente, no duelo entre as pulsões sexuais e as pulsões do eu (ou de auto-conservação). Destaco o modo pelo qual Freud fala do corpo erogeneizado, de sua fragmentação e seu caráter parcial, Segundo ele:

Tanto as pulsões sexuais como as pulsões do ego, têm, em geral, os mesmos órgãos e sistemas de órgãos à sua disposição. O prazer sexual não está apenas ligado à função

⁵⁹ Segundo nota do editor, a importância deste texto de Freud reside na utilização, pela primeira vez, do termo pulsões do eu, identificando-as como pulsões de auto-conservação, e atribuindo-lhes papel vital na função da repressão. A importância reside, ainda, na noção de clivagem entre o inconsciente e o consciente, em relação à perturbação psicogênica da visão descrita por Freud. Segundo Freud (1910, p. 198): “experiências apropriadas demonstraram que as pessoas que ficam cegas em virtude da histeria vêem, não obstante, em certo sentido, mas não completamente. As excitações no olho cego podem provocar certas consequências psíquicas (por exemplo, podem provocar emoções) muito embora não se tornem conscientes. Assim, as pessoas historicamente cegas só o são no que diz respeito à consciência; em seu inconsciente elas vêem. São observações como estas que nos levam a distinguir os processos mentais conscientes dos inconscientes”.

dos genitais. A boca serve tanto para beijar como para comer e para falar; os olhos percebem não só alterações no mundo externo, que são importantes para a preservação da vida, como também as características dos objetos que os fazem ser escolhidos como objetos de amor – seus encantos (Freud, 1910 [1970], p. 201).

Nas elaborações de Freud a respeito da sintomatologia da “cegueira histérica”, pode-se apreender que o que está em questão é a erogeneização de um corpo que rompe os limites de suas “funções vitais”, mas que, fundamentalmente, (sobre)vive corpo pelo que esta biologia extravasa em seu processo de significação. O corpo orgânico parece ser a superfície dinâmica da qual a linguagem se alimenta – fragmentos de corpo pulsional investido de sentido, à revelia de sua descontinuidade biológica, como a boca que deseja comer além da fome, ou como os olhos que vêem, no/ ao olhar.

Entre a superfície do orgânico e do psíquico, do corpo da anatomia e do corpo da psicanálise, uma série de disjunções pode ser lida em diferentes momentos da teoria freudiana. Embora não seja meu objetivo debruçar-me exaustivamente sobre o lugar do corpo em Freud, considero importante mapeá-lo em linhas gerais – da dimensão erógena de suas partes (corpo fragmentado) ao corpo auto-erótico (corpo unificado pelo narcisismo).

Com a teoria do narcisismo, Freud (1914 [1974]) introduz uma divisão para além daquela presente nas elaborações a respeito da ação das pulsões sexuais e as de auto-conservação, nos mecanismos histéricos estudados no texto citado inicialmente. A dialética das pulsões sofre remanejamentos impostos pelo narcisismo, bem como introduz a primordial função da imagem corporal no tocante à libido objetal e libido do eu. No texto *O eu e o isso* (Freud, 1923 [1976] p. 40), o autor afirma: “o eu é, primeiro e acima de tudo, um eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície”. E se o eu anuncia a não totalidade do corpo, então se pode pensar que sobre a superfície corporal se inscrevem marcas de sujeito, para além do que o corpo orgânico pode suportar e, também, elaborar, sobre os limites do psíquico e do somático, em uma referência ao conceito de pulsão. É antes ao desejo do que à necessidade que o corpo em psicanálise cede, embora a dupla inscrição realizada pela pulsão (somática e psíquica), nos permita conceber o corpo como também efeito deste duplo movimento constitutivo do sujeito – pois o corpo tanto anuncia quanto participa da alteridade entre ambos, sujeito e corpo. Em nota de rodapé acrescida ao texto, afirma Freud:

Isto é, o eu em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo, além de, como vimos acima, representar as superfícies do aparelho mental (Freud, 1923, p. 40).

Em outras palavras, embora o corpo que interessa à psicanálise não seja o corpo orgânico, biológico, é esta a superfície mesma sobre a qual agem as relações entre a fonte da pulsão e sua finalidade. Arrisco pensar o corpo, entendido sob este prisma, como sendo o campo que se oferece à dinâmica do orgânico da biologia, o veículo do desejo e do inconsciente, ao mesmo tempo em que a ilusão de unidade sobre a qual se sustenta o sujeito do inconsciente.

No Seminário 1, *Os escritos técnicos de Freud*, Lacan retorna à questão do ego corporal em Freud (1923 [1974]), para elaborar suas teorizações sobre a assunção do sujeito ao seu próprio corpo. Com relação à superfície do corpo a que se refere Freud, Lacan (1986 [1954], p. 197) afirma que “não se trata de superfície sensível, sensorial, mas dessa superfície enquanto está refletida numa forma. (...) uma forma é definida pela superfície - pela diferença no idêntico, quer dizer, a superfície”. Estas discussões são fundamentais, pois, além de marcar a dependência da imagem do sujeito à imagem do outro, lugar de seu desejo alienado, demarca a territorialidade corporal deste, quando estabelecida “a relação com o fora do dentro através de que o sujeito se sabe, se conhece como corpo” (Lacan, 1986 [1954], p. 197). Lacan (p. 197) continua, e não poderia deixar de citá-lo: “o homem se sabe como corpo, quando não há afinal de contas nenhuma razão para que se saiba, porque ele está dentro”. Dedico-me a estas questões, pois entendo que são germinais no entendimento dos conceitos de eu e de sua dependência ao corpo e à superfície, e no que esta trama conceitual indica os caminhos para se refletir sobre o corpo que se tem, e não o que se é.

A partir de 1933 Lacan, em diálogo com Hegel, interroga-se sobre a gênese do eu, por intermédio de uma reflexão filosófica concernente à consciência de si (Roudinesco & Plon, 1998, p.194). O corpo, para Lacan, é o corpo marcado pelo significante, “encarnado” por ele, libidinal, corpo erógeno e singular. Corpo de desejo e, portanto, de gozo⁶⁰. Baseado na idéia de que o eu se constrói primeiramente a partir do outro, em especial a

⁶⁰ “Raramente utilizado por Sigmund Freud, o termo gozo tomou-se um conceito na obra de Jacques Lacan. O conceito de gozo implica a idéia de uma transgressão da lei: desafio, submissão ou escárnio (...). Posteriormente, o gozo foi repensado por Lacan no âmbito de uma teoria da identidade sexual, expressa em fórmulas da sexuação que levaram a distinguir o gozo fálico do gozo feminino (ou gozo dito suplementar)” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 299).

partir da imagem que lhe é devolvida pelo outro, Lacan marca o desconhecimento e a alienação como constitutivos do eu. As formulações posteriores, sobre o sujeito, a linguagem e o Outro, apontam para a importância do nascimento do sujeito como submetido à linguagem. Assim, pode-se pensar o corpo a partir da concepção lacaniana dos três registros fundamentais⁶¹: o corpo do ponto de vista do Imaginário - o corpo como imagem; do ponto de vista do Simbólico - o corpo marcado pelo significante; e do ponto de vista do Real - o corpo como sinônimo de gozo.

Tendo como referência os textos *O estádio do espelho como formador da função do eu* (1998 [1949]), e *A tópica do Imaginário* (1986 [1954])⁶² pode-se pensar o corpo do ponto de vista do Imaginário, considerando-se a forma como a imagem do corpo próprio, a partir do outro, marca a constituição subjetiva e a imagem de si assumida pelo sujeito. O que o próprio termo estádio evidencia é a tensão erótica que intervém nesta formação, e o fato de que "todo equilíbrio puramente imaginário com o outro está sempre condenado por uma instabilidade fundamental" (Lacan, 1998 [1949], p.110). Com a introdução do grande Outro, o estádio do espelho é articulado ao registro do Simbólico (meados de 1953). A alienação na imagem é substituída pela alienação estrutural ao Outro da cadeia significante.

Quando articulado ao registro do Real, Lacan introduz o olhar como *objeto a*⁶³ no lugar do Outro. Para se constituir, é preciso que a criança seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro, cujo reconhecimento, na medida em que o outro a nomeia, permite sua entrada no registro Simbólico. Lacan (1985 [1975]) afirma: "o que há sob o hábito, e que diz chamamos de corpo, talvez seja apenas esse resto que chamo de objeto a" (p. 14). E, adiante, continua: "o que faz agüentar-se a imagem, é um resto" (1985 [1975], p. 14). É em *Função de Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise* (1978 [1966]) que Lacan estabelece a relação entre fala-linguagem-corpo, sobre a qual vou me deter neste capítulo. Segundo Lacan:

a fala com efeito é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. Ela é corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tomadas em todas as imagens corporais que cativam o sujeito;

⁶¹

⁶² Observa-se, neste primeiro ensino de Lacan, caracterizado pelo retorno à Freud, a primazia do registro do Simbólico em relação ao Imaginário e ao Real, bem como a ênfase na cadeia significante, nos conceitos de metáfora e de metonímia.

⁶³ "Termo introduzido por Jacques Lacan, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito e que se furta a ele a ponto de ser não representável, ou de se tornar um 'resto' não simbolizável. Nessas condições, ele aparece apenas como uma 'falha-a-ser', ou então de forma fragmentada, através de quatro objetos parciais desligados do corpo: o seio, objeto da sucção, as fezes (matéria fecal), objeto da excreção, e a voz e o olhar, objetos do próprio desejo" (Roudinesco & Plon, 1998, p. 551).

elas podem engravidar a histérica (...), representar o fluxo da urina da ambição uretral, ou o excremento retido do gozo avarento (Lacan, 1966, p. 165).

Neste sentido, o corpo do ponto de vista do Simbólico está referido para além de sua “função” no corpo vivo, biológico. Um corpo que, à mercê dos processos de significação, sofre a ação e os efeitos da palavra – “essa roda de moinho por onde incessantemente o desejo humano de mediatiza, entrando no sistema da linguagem (Lacan, 1986 [1954]). O que Lacan deixa claro na citação acima é a relação de dependência estabelecida entre o sujeito e a linguagem, entre o sujeito e o significante e, em última instância, entre o sujeito e seu próprio corpo. Desta última relação, destaco a disjunção primordial entre o sujeito e seu corpo. Se, em *Psicanálise*, se diz que o sujeito tem um corpo, e não que ele é um corpo, é porque entre um e outro há a linguagem. Nosso acesso ao corpo se dá pela palavra, pelo ato significante que, ao matar a “natureza” – o que o biológico encarna de “factual”, vale-se disto para narrar a história do sujeito, a partir do “fato de se *ter* um corpo mais que o de *ser* um organismo” (André, 1986, p. 99).

Em relação ao Real, ao longo do Seminário 20 - *Mais, Ainda*, Lacan articula a noção de corpo ao conceito de gozo. Nas palavras de Lacan (1985 [1975], p. 35), “a substância do corpo, com a condição de que ela se defina apenas como aquilo de que se goza. Propriedade do corpo vivo, sem dúvida, mas nós sabemos o que é estar vivo, senão apenas isto, que um corpo, goza-se disso”. Assim, em relação ao real, o corpo, além de ser afetado pela linguagem, goza. Miller (1998) retoma as afirmações de Lacan de que “é preciso que haja um corpo para gozar, somente um corpo pode gozar” (p. 93), lembrando que a consequência dessa evidência é que o corpo não deve ser só pensado como simbolizado, porque “simbolizado quer dizer mortificado” (p. 95). Para gozar, é necessário o corpo vivo. Assim, amplia-se o lugar do corpo na teoria lacaniana na medida em que ele é repensado à luz do Real e do gozo.

O corpo em psicanálise encarna marcas de gozo, e diz da “corporificação do significante, ou seja, a forma pela qual o significante afeta o corpo”, nas palavras de Maria do Rosário Barros (p.153). Se, conforme Lacan, o sujeito não é um corpo, mas ele o tem, considero importantes e pontuais as palavras de Jacques-Alain Miller:

Muitas vezes fiquei impressionado por Lacan fazer questão de que se dissesse que o homem ‘tem’ um corpo, e não que ele ‘é’ um corpo. Acredito ter entendido o porquê. É porque, para o homem, não se pode fazer equivaler ser e corpo (...). Não podemos evitar o paradoxo do corpo humano vivo e falante (Miller, 1999, p. 130).

A relação entre corpo/ fala/ gozo denuncia a hiância constituinte desta relação, que se conjuga em tempos verbais em desalinho, retomando esta idéia de um capítulo anterior: “eu fui isso somente para tornar-me o que eu posso ser” (Lacan, 1966 [1978], p. 116). Esta afirmação dá continuidade às reflexões e complexas interpretações desenvolvidas por Lacan a respeito da expressão de Freud (1933 [1932]), “Wo es war soll Ich werden”, no texto *A decomposição da personalidade* psíquica⁶⁴, traduzida como “onde o Isso está, o eu deve advir”.

Na assertiva de Lacan (1985 [1975], p. 161), no Seminário 20, ao dizer que “falo com meu corpo, e isto, sem saber”, está posta a presença de uma impossibilidade: o corpo do ser falante diz da impossibilidade de ser, apenas de ter é que se trata o falasser⁶⁵.

⁶⁴ Texto de Freud referente à 31ª Conferência das *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise*, vol. XXII, Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Freud.

⁶⁵ A questão do conceito de *falasser* me conduziu a outras, durante a última Jornada do Curso de Formação em Psicanálise (EBP/ Seção SC em formação). Foram elas: entendo que o conceito de falasser implica o corpo à noção de gozo, à falta estrutural deste gozo que se dá pelo corpo do outro, de um corpo que goza com o corpo do outro. Em relação ao conceito de sujeito, o de gozo diz de um corpo que este sujeito tem? São conceitos tomados em relação às diferentes prevalências dos registros R S I, nos diferentes ensinamentos de Lacan, então pode-se pensar que o corpo do falasser diz do gozo, e que temos acesso a este modo de gozar pela via significante, que produz seus efeitos no corpo do sujeito, afeta-o. Se o falasser combina significante e gozo, então é do ponto de vista do real que o significante passa a ter outros efeitos que não somente os de significar, mas de significar modos de gozo, pelo que o real insiste em se fazer presente. Finalmente, o que marca o conceito de sujeito é o significante, e o que marca o de falasser, é o gozo. Uma passagem conceitual efetuada por Lacan em relação às diferentes primazias do Imaginário sobre o Simbólico, do Simbólico sobre o Imaginário e do Real sobre o Simbólico. (considerações tecidas também durante as aulas do curso de Formação em Psicanálise, EBP Seção SC).

O corpo-efeito da integralidade do conceito de saúde do SUS

Retomo aqui a escrita do site do Ministério da Saúde, no setor “O SUS de A a Z”, em que a saúde é entendida como:

Direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (artigo 196). A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. (www.portal.saude.gov.br).

Apresento o conceito de saúde com o objetivo de refletir a respeito de sua existência em relação aos sujeitos e aos discursos do SUS, segundo as análises das entrevistas e dos grupos focais. Dotado de tamanha abstração, este conceito me incita e me movimenta em direções as mais díspares, talvez pela dificuldade que sua abstração imponha ao meu intuito de objetivá-lo, de percebê-lo nas falas dos sujeitos da pesquisa. O que a amplitude de sua abrangência reflete, no tocante aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde? Em que sentido a totalidade de seus efeitos *afeta* os sujeitos em saúde – os seres humanos concretos que se apresentam aos serviços públicos? Quais os efeitos de sujeito que são mobilizados nesta busca reiterada pela saúde integral? Qual o lugar do corpo na movimentação deste conceito em relação aos discursos do SUS? Pode-se pensar que a abstração do conceito de saúde do SUS produz como um de seus principais efeitos a (des)integração do corpo do sujeito, pelo ato da integralidade? E, por fim, o que se mantém como perdido nesta busca? O que escapa da sustentabilidade do próprio conceito, efeito do que a repetição denuncia?

O corpo, na perspectiva pós-estruturalista, desenvolvida nas concepções de vários/as autores/as, entre eles/as Joan Scott e Judith Butler, é pensado no interior dos

processos recorrentes de significação das diferenças entre os sexos. Neste sentido, nas palavras de Scott (1998), em entrevista concedida à Revista Estudos Feministas:

sim, nós temos um corpo, mas o uso do corpo, a idéia do corpo, o *status* do corpo, isto depende do contexto social e histórico. Acho que não devemos considerar o corpo como algo biológico, dado de antemão, mas devemos pensar o uso do corpo na retórica, nas discussões sobre a diferença dos sexos (Scott, 1998, p. 124).

Para Butler, a questão do corpo e de suas possibilidades de entendimento/conhecimento é uma questão epistemológica, em que os corpos, tais quais os concebemos, são maneiras de conhecer como determinadas linguagens falam destes corpos, instituem-lhes existências, constituindo-os em seus processos de significação – conferindo-lhes a veracidade de suas “realidades”, convocando a impossibilidade de tais existências mesmo quando a estratégia tem o objetivo de nomear o não existente. Segundo Butler:

meu trabalho sempre teve como finalidade expandir e realçar um campo de possibilidades para a vida corpórea. Minha ênfase inicial na desnaturalização não era tanto uma oposição à natureza quanto uma oposição à invocação da natureza como modo de estabelecer limites necessários para a vida gendrada. (...). Portanto, não é um diagnóstico, e não apenas uma estratégia, e muito menos uma história, mas um outro tipo de trabalho que acontece no nível de um imaginário filosófico, que é organizado pelos códigos de legitimidade, mas que também emerge do interior desses códigos como a possibilidade interna de seu próprio desmantelamento (Butler, 1998, p. 157).

Assim, Butler (2003, p. 59) concebe o corpo “não como uma superfície pronta à espera de significação, mas como um conjunto de fronteiras, individuais e sociais, politicamente significadas e mantidas”. O caráter transbordante do corpo, pensado sob estes pressupostos, pode ser lido em outro momento de Butler (2006 [2004], p. 40) ao afirmar que: “el cuerpo tiene invariablemente una dimensión pública; constituido como fenómeno social em la esfera pública, mi cuerpo es y no es mio”. Orientada por estas conceituações procurarei analisar as falas dos sujeitos da pesquisa: buscando no corpo e pelo corpo, o que ele traduz de legítimo e de inteligível, bem como o que dele escapa.

Neste sentido, o sexo tão falado do sujeito universal do SUS, do paciente, do usuário, a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, existe em relação ao meio discursivo pelo qual e no qual estes significados são nomeados e reconhecidos como legítimos.

Embora os corpos falados nas entrevistas sejam presentificados pelo que estes sustentam de factual, de real, de biológico, não há nada anterior à cultura que possa ser lido a não ser pela/ na linguagem. A questão de Butler (2003, p. 166) é: “existe um ‘corpo físico’ anterior ao corpo percebido? Questão de resposta impossível”, nas palavras da autora. Em nota de rodapé no artigo *Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do pós-modernismo*, esta questão de um corpo anterior à própria anterioridade da linguagem é colocada da seguinte forma pela autora:

o corpo postulado como prévio ao signo é sempre postulado ou significado como prévio (...). Se o corpo significado como prévio à significação é um efeito da significação, então o estatuto mimético ou representativo da linguagem, que afirma que o signo segue os corpos como seus espelhos necessários, não é de forma alguma mimético; ao contrário, é produtivo, constitutivo, pode-se dizer performativo, visto que esse ato de significação produz o corpo que então afirma encontrar antes de qualquer significação (Butler, 1998, p. 26)⁶⁶.

Análoga a esta questão de Butler é a apresentada por Lacan, em que também o autor, ao elaborar a pergunta, incita a resposta, afirmando:

Como retornar, se não por um discurso especial, a uma realidade pré-discursiva? Aí está o que é o sonho – o sonho fundador de toda idéia de conhecimento. Mas também está aí o que deve ser considerado como mítico. Não há nenhuma realidade pré-discursiva. Cada realidade se funda e se define por um discurso (Lacan, 1985 [1975], p. 45).

O que se estreita no diálogo e nas teorizações entre Butler e Lacan, com relação ao acesso que temos ao nosso corpo, ao corpo que na cerimônia do espelho⁶⁷ toma

⁶⁶ Mais especificamente, a questão está posta no texto de Butler em relação à possibilidade de submeter as noções de corpo e de sua materialidade à ação desconstrutivista, nos termos de um feminismo comprometido com um suposto sujeito feminista (o nós – “mulheres” – categoria unívoca e polifônica ao mesmo tempo, nas lutas pelos direitos das mulheres).

⁶⁷ “O estádio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde a imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante” (Lacan, 1998 [1949], p. 100). Definição complexa, mas importante pensar que é esta imagem despedaçada, fragmentada de nosso corpo que, de certo modo, ao unificar-se, morre...e a esta morte é que me refiro.

forma, “encarna” o ser do sujeito nele (re)conhecido⁶⁸, é a existência de dois corpos – um vivo e um morto⁶⁹. O corpo “natural”, o corpo descrito pela biologia, o organismo suposto do ser é aquele que morre, e assim necessita que o seja, pois o sujeito precisa ascender a outro corpo, dele tomar posse, identificar-se a ele. Ou seja, lidar com a carne para além das funções fisiológicas, com as garantias de sobrevivência para além da satisfação das necessidades imediatas, lidar com o corpo para além dele mesmo. Isto implica dizer que o corpo necessita de um olhar que o veja e lhe dê um nome, um lugar, uma “autêntica ação” dele sobre ele mesmo, pela via do Outro. É neste sentido que o corpo da natureza é o corpo morto e o corpo que adentra na linguagem é o corpo vivo. Alimentar a ilusão de que houve este corpo da natureza, inacessível, faz parte do processo de um luto de nós mesmos, em que a importância não se centra no corpo que é velado, mas na cerimônia de celebrar mortes e perdas que nos dão lugares de existência. Neste caso, retomo a questão de Badiou, sobre o paradoxo ontológico do sujeito, “em que o ser do sujeito está no outro, ou que algo do ser tem seu ser fora dele” (Badiou, 1997, p. 31). Mais uma vez a noção de ex-sistência se faz presente, mesmo que seja para pontuar que o sujeito se faz sujeito sendo um estranho de si mesmo.

Retomando a citação de Lacan, quando este se refere à “realidade pré-discursiva” está sinalizando que na história do sujeito houve um tempo *outro*, acionado constantemente para dar à narrativa de cada um de nós uma lógica de sentido. A expressão deste tempo mítico, também utilizada por Lacan, pode ser entendida como este movimento de recuperar em si uma parte já perdida, uma demarcação de real, assim nomeada pela ação simbólica que, em ato, transforma este real já fugidio – isto que foi

⁶⁸ A respeito da questão do desconhecimento como essencial ao conhecimento, destaco duas passagens lacanianas distintas, sem fidelidade à ordem cronológica das publicações. A primeira, no Seminário 1 e, a segunda, em seus Escritos. Segundo Lacan (1978 [1966], p. 291), “aqui se insere a ambigüidade de um desconhecer essencial ao me conhecer. Pois tudo aquilo de que o sujeito pode assegurar-se, (...), é vindo a seu encontro, a imagem, antecipada, que tomou de si-próprio em seu espelho”. Neste sentido, “o desconhecimento representa uma certa organização de afirmações e de negações, a que o sujeito está ligado. Se o sujeito pode desconhecer alguma coisa, é preciso que se saiba em torno de que operou essa função. É preciso que haja atrás do seu desconhecimento um certo conhecimento do que há a desconhecer” (Lacan, 1986 [1954], p. 194).

⁶⁹ A questão do “corpo vivo *versus* o morto” é desenvolvido por outros autores (Nicolas Abraham e Maria Torok, 1980), acerca da incorporação da perda, no processo melancólico, por meio da qual a identificação de gênero se realiza. Nas palavras de Butler (2003, p. 105): “se considerarmos a identidade de gênero como uma estrutura melancólica, faz sentido escolher a ‘incorporação’ como o modo pelo qual essa identificação se realiza. De fato (...), a identidade de gênero se estabelecerá por meio de uma recusa de perda, a qual se inscreve criptografada no corpo e, com efeito, determina o corpo vivo *versus* o morto”. Inspirando-me na idéia da relação entre corpos duais e imbricados entre si – o vivo e o morto, na constituição do sujeito, procuro estabelecer com a psicanálise um paralelo teórico-analítico a partir desta articulação.

perdido como condição mesma para o sujeito entrar na linguagem, em um conteúdo investido de sentido. E, por fim, o sonho como fundador de toda idéia de conhecimento, refere-se a uma das saídas pelas quais o sujeito, no processo analítico, (con)sente com o saber que desconhece a seu próprio respeito. É recorrendo à verdade de seu tempo mítico que este sujeito se engaja na “deposseção cada vez maior desse ser de si-mesmo” (Lacan, 1978 [1966], p. 114). Lacan, em sua continuidade, afirma que se trata de uma verdade para o sujeito, “porque é o efeito de uma fala plena reordenar as contingências passadas dando-lhes o sentido das necessidades a virem, tais como as constitui o pouco de liberdade por onde o sujeito as faz presentes” (Lacan, 1966, p. 121)⁷⁰. Esta questão é também discutida por Butler:

as identificações constitutivas de uma narrativa auto-biográfica são sempre parcialmente fabricadas. Lacan afirma que nunca podemos contar a história de nossas origens, exatamente porque a linguagem separa o sujeito falante das origens libidinais recalçadas de sua fala (Butler, 2003, p.103).

Insiste-se, a partir dos argumentos trazidos pelos autores, na disjunção primordial entre o sujeito e o corpo. Pontuando, finalmente, esta questão em Lacan:

Se há para nós um dado fundamental é a distinção da nossa consciência e do nosso corpo. Esta distinção faz do nosso corpo algo de fictício, de que nossa consciência é bem impotente para se destacar, mas de que se concebe – estes termos não são talvez os mais adequados – como distinta (Lacan, 1966, p. 126).

⁷⁰ A título de esclarecimento. Nos *Escritos*, Lacan (1966, p. 112) utiliza a terminologia fala plena e fala vazia. Já no Seminário 1, Lacan (1986 [1954], p. 129) conduz esta discussão se referindo às funções da palavra plena e da palavra vazia. Segundo ele: “palavra plena na medida em que realiza a verdade do sujeito, palavra vazia em relação àquilo que têm de fazer *hic et nunc* com seu analista, em que o sujeito se perde nas maquinações do sistema da linguagem...” (Lacan, 1986 [1954], p. 63). Ou ainda, de forma mais esclarecedora, “a palavra plena é a que faz ato. Um dos sujeitos se encontra, depois, outro que não o que era antes. É por isso que essa dimensão não pode ser eludida da experiência analítica”. Nos dois momentos, o que está em questão é a importância da fala/palavra (e sua relação com o conceito de transferência), nas elaborações acerca do método psicanalítico. Destaco, finalmente, que sua importância para as discussões aqui apresentadas reside no fato de que “a palavra pode exprimir o ser do sujeito, mas, até certo ponto, não chega nunca a isso” (Lacan, 1954, p. 128), ou seja, uma palavra que não basta, uma fala que não diz tudo - eis a analogia que estabeleço com Carlos Drummond de Andrade (1984) - “o problema não é inventar. É ser inventado hora após hora e nunca ficar pronta nossa edição convincente”. Enfim, as histórias são sobre nós mesmos, e não sabemos/podemos contá-las todas.

No entanto, o que há de factual nos corpos expostos nos discursos do SUS? Seus sexos, sua anatomia? “É claro que o que aparece nos corpos, com essas formas enigmáticas que são os caracteres sexuais – que são apenas secundários – faz o ser sexuado. Sem dúvida” (Lacan, 1985 [1972/73], p. 15). Em outras palavras, o que o sexo encarna de enigmático é sua estrutura de metáfora, questão esta em que Freud refletiu longamente⁷¹ e sobre a qual André afirma:

O gênio de Freud é o de haver notado que as considerações anatômicas não são, nesse ponto, de ajuda alguma. (...) o que se trata de apreender não é uma diferença entre órgãos ou cromossomos que determinam nossa configuração, mas uma diferença de sexos – esse termo designado aqui, para além da materialidade da carne, o órgão enquanto aprisionado na dialética do desejo, e dessa forma “interpretado” pelo significante (André, 1986, p. 11).

De fato, o que aparece nas falas dos sujeitos entrevistados são corpos que atendem aos bisturis simbólicos do processo de delimitação das diferenças entre homens e mulheres. Porém, isto não significa que estes estejam equacionando homem = macho e mulher = fêmea, a todo tempo ou fiéis a uma lógica linear. O que o ato performatiza são deslocamentos lingüísticos, eventos de discurso que se dão em espaços marcadamente biomédicos. Nestes, ora o foco das falas são corpos anátomo-fisiológicos, descritos em suas peculiaridades, ora são corpos que, ao serem descritos em sua “natureza” fundamental, sofrem a ação de um desinvestimento da anatomia. O efeito desta ação é o deslizamento do discurso em direção à estrutura simbólica de organização do gênero sexuado e binário. Sugiro pensar que o sexo do qual falam é um sexo entendido sob a ótica das insígnias inteligíveis do gênero. Um sexo culturalmente “sexual”, de “caracteres secundários” em relação ao corpo originário, primordial. Um sexo que mascara a ficcionalidade destes “caracteres” que, na verdade, os designa como “secundários!”. Trata-se da ação da metáfora que incide sobre a ficção, tornando-a de caráter tão verídico quanto originário. Neste sentido, afirma Butler:

O corpo estabelece limites para os significados imaginários que ocasiona, mas nunca está livre de uma construção imaginária. O corpo fantasiado jamais poderá ser compreendido

⁷¹ A este respeito, conferir alguns dos textos fundamentais de Freud: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), *Sobre as teorias sexuais infantis* (1908), *Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925), *Sexualidade Feminina* (1931), *Feminilidade* (1933).

em relação ao corpo real; ele só pode ser compreendido em relação a uma outra fantasia culturalmente instituída, a qual postula o lugar do “literal” e do “real” (Butler, 2003, p. 108).

O corpo do qual se fala nos discursos do SUS é um corpo que se impõe ao sujeito, denunciando a hiância constituinte desta relação a partir do que nele e dele escapa. Nas entrevistas realizadas com os/as profissionais de saúde, pode-se pensar que o corpo presente nas falas encarna os efeitos dos paradoxos sobre os quais o SUS se sustenta. Ao reiterar a busca pela saúde integral do ser humano, os corpos in(corpo)ram o que a universalidade e a integralidade da saúde proposta pelo SUS tem de ilusória – só se busca a saúde de um corpo no que ele tem de doente, na medida em que este corpo deve ser tratado e educado pela via da promoção da saúde e prevenção da doença. Dito isto, o corpo falado pelos sujeitos da pesquisa é o corpo do “câncer de colo de útero”, do “câncer de próstata”, das DSTs, o que engravida, o corpo que cuida ou não da saúde, o corpo “consagrado”, o corpo ausente dos serviços de saúde, etc. Nas produções de saberes acerca do corpo, a “doença” atua como uma possibilidade na formulação destes saberes, uma forma de conhecer este corpo que dói, e do qual se fala. Um importante significativo (des)encadeador do movimento destas análises.

Sobre estas questões, destaco uma passagem do texto de Freud, *O eu e o isso* (1923), em que o autor elabora concepções acerca do eu, em relação ao funcionamento psíquico, à consciência e ao inconsciente⁷². O que desejo salientar a fim de inserir nas discussões são os modos de escrita de um corpo em psicanálise, que participa das formulações de Freud do sistema de funcionamento psíquico. Ao falar da influência do sistema pré-consciente na formação do eu, o autor afirma:

O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é *visto* como qualquer outro objeto, mas, ao *fato*, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção. Também a dor parece desempenhar um papel no processo, e a maneira pela qual obtemos novo conhecimento de nossos órgãos durante as

⁷² Na abertura do texto, Freud (1923, p. 32) afirma: “gostaríamos de aprender mais sobre o ego, agora que sabemos que também ele pode ser inconsciente no sentido correto da palavra. Até agora, a única orientação que tivemos durante nossas investigações foi a marca distinguidora de ser consciente ou inconsciente; acabamos de ver quão ambíguo isso pode ser”.

doenças dolorosas constitui talvez um modelo da maneira pela qual em geral chegamos à idéia de nosso corpo (Freud, 1923, p. 39-40, grifos do original).

Aliada a esta questão, se retomarmos as considerações de Freud a respeito do eu como corpóreo, presentes no início deste capítulo, quais as articulações teórico-analíticas possíveis no tocante aos corpos enunciados no SUS? Neste sentido, pensando na doença como este importante dispositivo que aciona saberes e modos *outros* de conhecer o corpo, pode-se estabelecer que esta se apresenta como uma das formas de se fazer corpo “consciente”, uma superfície sobre a qual se inscrevem sensações demarcadas por internos e externos de nós mesmos, ou em outras palavras – territórios simbólicos nos quais o sujeito se *sabe* corpo. Em que sentido a dor, ou as “doenças dolorosas”, como diz Freud, não acionam em nós uma parte do corpo que desejamos não saber, não reconhecer – este corpo que nos mata e que desejamos matá-lo, de fato? Matar o que o saber a seu respeito pode dizer de nós? O corpo se constitui este *lugar sem fronteiras*, porém que exige de nós reconhecimento e permanência. É estando no corpo que o habitamos enquanto nosso. Existimos corpo e nos fazemos corpo, no eterno perder-se e nele encontrar o que é nosso estranho familiar...

Se a doença anuncia que a unidade corporal foi abalada, via sintomas diagnosticáveis no corpo, conferidos e assinados por ele, esta mesma doença diz ao eu que este não tem um controle sobre o corpo, e que o corpo adquire um estatuto autônomo para além do conhecimento possível de ser sabido. Muito comumente se resgata esta autonomia corporal quando se diz, por exemplo, que o corpo pára nos momentos em que se ultrapassam seus próprios limites, ou ainda o que reflete a assertiva cartesiana: “quando a cabeça não pensa, o corpo paga”. Dualismos à parte, o que parece interessante é a *via crucis* pela qual o corpo “paga” um preço, cobrado no que a impossibilidade do sujeito de dizer tudo produz como seu excesso. (Pode-se pensar ainda, que, se por vezes o corpo paga, por vezes ele cobra). Aqui se insere a importância da frase: “o corpo ainda é corpo, o corpo ainda é pouco” (Antunes, Fromer, Beloto), no que a música destacada no início do capítulo comporta de rítmica, de organicamente pulsional, para não ceder ao conforto dos binarismos. Ao dizer de um corpo significado por doenças, pela falta de saúde, diz também de um corpo que é pouco, e é pouco no que ele se aproxima do registro do real e do gozo, daquilo que precipita e sustenta a imagem corporal, no que o significante porta de residual. É *pouco* no sentido de quão fracassada se constitui a tentativa de esgotá-lo em seus sentidos. O corpo é sempre um pouco mais transbordante e excessivo do que a linguagem possa dele *encarnar*, dar conta, porque o

corpo do qual se fala e se apossa, também carrega em si aquele do qual não se fala, se desconhece, ou se aliena. É na apreensão destas questões que compreendo a disjunção entre o ser e o corpo, entre a “função” do órgão e o que a linguagem faz dele, ou, nos termos que Freud (1910) utiliza no texto *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, entre a cegueira do olho e a cegueira do olhar⁷³ - *o corpo ainda é corpo*.

No território minado do par saúde/ doença, o que anuncia a limitação constitutiva dos sujeitos é este corpo – herdeiro, neste caso, de um discurso tanto hegemônico quanto binário no tocante à saúde. O que o conceito de saúde proposto pelo SUS assegura, é a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196). Neste sentido, o que a constituição binária da concepção de saúde integral do SUS produz, ao gravitar em torno do movimento de prevenção/ promoção/recuperação, é a insustentabilidade da coerência de sua polaridade. O conceito de saúde sugere que o corpo atendido nos serviços de saúde, este que o sujeito apresenta às especialidades médicas, é um corpo que não atende às prerrogativas que o binômio saúde/doença chancela. Paradoxalmente, atende à amplitude deste conceito quando ele inclui, na noção de saúde, o “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais”.

O que esperar de um sujeito que é não todo, o que esperar desta relação com um corpo que é finito, e que encontra no efeito totalizante da morte sua homeostase?⁷⁴ O conceito de saúde integral do Sistema Único vem falar é de doença, de dor, do que se diz de um corpo que sofre, segundo as entrevistas e os grupos focais realizados. Corpos são superfícies sintomáticas por excelência, que transbordam em significação todo tempo, pela dinâmica relação saúde/doença. Qual o saber que m(eu) corpo produz a partir de mim mesma? Qual o saber que o corpo transborda, no sujeito e apesar dele, a ponto de (se) fazer presente? A ênfase na saúde integral produz seu efeito de denúncia: a relação de dependência deste Sistema é com o corpo que sofre. Na busca pela saúde sob vieses

⁷³ A respeito da descrição de Freud do olhar como objeto da pulsão escópica, como um impulso a ver e ser visto que está ligado ao campo do prazer e do desejo, conferir o texto “A pulsão e suas vicissitudes”, Freud (1915). Conferir ainda Antonio Quinet (2002). Um olhar a mais: ver e ser visto na psicanálise.

⁷⁴ A respeito do caráter pulsional da compulsão à repetição, conferir o texto *Além do princípio do prazer* (Freud, (1920 [1974])).

biologizantes, pode-se pensar que há um certo apagamento da noção sempre presente de morte, ou justamente o contrário?

Pela integralidade da saúde do sujeito, há que se garantir o controle sobre os sintomas da doença que se manifestam no corpo. Outra impossibilidade (talvez menos uma impossibilidade, mas um paradoxo *outro?*), pois o corpo de que o sujeito se vale para se apresentar ao SUS é o corpo da queixa, da dor, do sofrimento, e que se ilusiona no interior do princípio de integralidade, ao mesmo tempo em que se identifica com os efeitos da fragmentação, dos sintomas, dos diagnósticos. É um corpo que se apresenta aos conhecimentos médicos por/para justamente não saber da parte de si que adoece à revelia de sua vontade. O que há de paradoxal neste processo é que o conceito de saúde do SUS propõe uma cisão ilusória entre o que a saúde promove e previne, quando na realidade não se trata de uma cisão, mas de uma dependência fundamental entre o que os corpos saudáveis extrapolam de enfermos, de doentes.

Talvez o que os/as profissionais estejam dizendo é que o corpo se constitui pela e na vulnerabilidade, na (in) tensa relação entre saúde/ doença e vida/ morte. Nas palavras de Butler:

El cuerpo implica mortalidad, vulnerabilidad, agencia: la piel y la carne nos exponen a la mirada de los otros pero también al contacto y a la violencia. El cuerpo también puede ser la agencia y el instrumento de todo esto, o el lugar donde 'el hacer' y 'el ser hecho' se tornan equívocos (Butler, 2006, p. 40).

Neste sentido, a relação com corpo e com a saúde (pela via do cuidado) apresenta-se a um só tempo: sintoma e tratamento. Como um dos sintomas que mascaram uma dor maior, sentida pelos sujeitos: a dor do desamparo frente à inevitabilidade da finitude. Valemo-nos do conforto dos diagnósticos para o alívio do mal-estar em ser sujeito do desamparo? Tratar desta dor e deste mal-estar exige se valer de certas garantias que um conceito de saúde integral pode, ilusoriamente, oferecer.

O corpo do qual se fala

Neste momento, o objetivo é lidar com o corpo do qual se fala: em que sentidos/direções ele é expresso nos discursos/falas das/os profissionais de saúde e usuários dos serviços do HU? Em que sentido os significados de gênero chegam a estes corpos e os constituem em suas materialidades, acessíveis apenas pelos discursos que os alojam, fazendo deles movimento, práticas, *discursos em curso*?

Os/as profissionais, ao responderem à pergunta “Quem cuida mais da saúde: o homem ou a mulher?” – são unânimes em afirmar que é a mulher quem está mais próxima dos cuidados com a saúde, a sua e a dos outros. No entanto, nos desdobramentos desta certeza, o que resvala são corpos constituídos na e pela diferença, como portadores de uma legitimidade inscrita em suas materialidades discursivas, nos universos simbólicos que significam e instituem tais corpos. Os sujeitos da pesquisa, ao falarem de corpos de mulheres e de homens em relação aos cuidados com a saúde, estão se valendo dos corpos “para encontrar algo, para legitimar alguma coisa” (Scott, 1998, p. 124). Para esta autora (2002, p. 45), pode-se pensar nos corpos como “arenas – onde se travam embates políticos e culturais cruciais, passíveis de serem examinados pormenorizadamente”. Fazendo uma analogia com esses pressupostos, longe de negar o caráter humano dos pacientes, dos usuários, das mulheres e dos homens a que se referem os/as profissionais nas entrevistas, pensar nos corpos como “lugares” significa reconhecer a multiplicidade e a complexidade pela qual estes corpos chegam ou não a ser nomeados. Em sendo nomeados, inserem-se na lógica inteligível do SUS.

Os corpos podem ser vislumbrados, por exemplo, em algumas das falas dos/as profissionais que os anunciam e que os especificam, em favor da aproximação das mulheres às esferas do cuidado. Notoriamente, são corpos femininos que têm destaque nas entrevistas. As falas a seguir são respostas à pergunta sobre o porquê de as mulheres cuidam mais da saúde que os homens, na opinião dos/as entrevistados/as: *porque existem coisas específicas da mulher (...), eu nunca tinha pensado nisso, que a mulher tenha mais questões com seu aparelho genital, é mais comum a mulher ter infecção urinária, ter corrimento, coisa que é menos freqüente no sexo masculino* (médico, 51 anos). *Porque a mulher na família é quem tem a maior preocupação com o direito reprodutivo (...), porque tem mais doenças freqüentes, mais patologias vaginais, mais DSTs* (médico, 51 anos); *porque é ela que sente, é ela que gera, é ela que vai dar a*

vida (enfermeira, 50 anos); porque na realidade a responsabilidade na questão da reprodução, do cuidado anticoncepcional, historicamente, culturalmente é uma responsabilidade da mulher (...) e pela própria questão da gravidez e tudo mais (enfermeira, 43 anos); porque ela é maternidade, por ser mãe, ela vai precisar mais de médico (...), o homem já não tem a maternidade, então já não vai tantas vezes (médico, 44 anos); as mulheres começam mais cedo a ir ao ginecologista, eu acho que isso é uma coisa muito falada, o câncer de mama, o câncer de útero, então eu acho que essa questão, sobretudo essa ação, dessa cultura que está já embutida na mulher, essa ida ao serviço de saúde para cuidar da sua saúde (enfermeiro, 48 anos).

Para além dos sintomas anunciados no corpo e pelo corpo, repito a interessante idéia trazida pelo enfermeiro – a de que há algo na história destes corpos da ordem do *muito falado*, e que apesar disto não se esgota em seu processo de significação, pelo contrário. A noção de que há *uma cultura já embutida em corpos*, neste caso no corpo das mulheres, é correlata da idéia de Butler (2002, p. 163), de que “os corpos na verdade carregam discursos como parte de seu próprio sangue”. Pode-se pensar que a cada ato discursivo que estabelece relação entre as mulheres e o cuidado com a saúde, os/as profissionais estão lidando com a dinâmica de gênero, no sentido em que escreve Butler (2003, p. 198): “consideremos o gênero, por exemplo, como um estilo corporal, um ‘ato’, por assim dizer, que tanto é intencional como performativo, onde ‘performativo’ sugere uma construção dramática e contingente do sentido”. Um estilo corporal refletido no corpo e no repertório de práticas de cuidado que instituem, nos discursos do SUS, um sujeito universal, um indivíduo abstrato, um ser humano genérico e, ao mesmo tempo, um sujeito feminino, autorizado e legitimado pelos aparatos discursivos corporais, investido de significação neste campo da saúde pública pesquisado.

Ao lidarem com o paradoxo da universalidade em suas práticas cotidianas, na relação com os sujeitos, pacientes, usuários, os/as profissionais entrevistados/as performatizam os significados de gênero, por meio de atos constituidores de sujeitos em saúde. “A performance repetida é a um só tempo reencenação e nova experiência de um conjunto de significados já estabelecidos socialmente” (Butler, 2003, p.200). Nas formulações de um dos médicos gestores em saúde, uma pergunta é seguida de várias respostas:

E a mulher, porque se deixa tocar mais? Porque a criança nasce por esta via onde está o aparelho reprodutor (...), o santuário da mulher. É uma via que dela surgiu

uma vida, então ela aceita muito mais preservar todo esse aparelho, porque esse aparelho gera vida (médico, 58 anos).

Para este profissional, a relação da mulher com este “aparelho” passa ainda pela via da consagração: *porque o aparelho feminino é um órgão que nasce criança, tem uma consagração que desde Nossa Senhora eu acho que isso acontece*. Rememora-se, na fala do sujeito entrevistado, a noção de um tempo longínquo, simbolizado pelo retorno à Nossa Senhora – (um participante do grupo focal 3 se utiliza da expressão “desde antigamente”, para justificar a estreita relação das mulheres com a saúde). Retomando a fala do médico a respeito da “consagração desde Nossa Senhora”, é possível refletir: o que pode ser entendido como uma consagração? O que é consagrado? A noção da maternidade, a família, os filhos? O corpo feminino é consagrado? Interessante pensar que nesta idéia do cuidado, está implícita a noção de que o corpo deve ser submetido ao outro, ao olhar do outro, ao toque deste outro que possui aparatos para olhá-lo além do que o sujeito pode enxergar de seu corpo, sua “interioridade”. Daí este modo de dizer do gestor: *a mulher se deixa tocar mais*, pois é preciso consentir com este olhar e este toque que invade. Deixar-se tocar em determinados espaços e a que preço? Esta questão me conduz a outra, ao atualizar os limites simbólicos do dentro e do fora, do interior e do exterior, ao insistirmos naquela dimensão de nosso corpo como estrangeiro, estranho, exterior a nós mesmos. Neste momento, faz-se importante retomar a afirmação de Butler (2006, p. 40-41): “el cuerpo tiene invariablemente una dimensión pública; constituido como fenómeno social en la esfera pública, mi cuerpo es y no es mio”. Refletindo acerca desta afirmação, sugiro pensar que o corpo demarcado pelos olhares “especializados” e que aparece esmiuçado e fragmentado nos exames médicos e/ ou laboratoriais, por exemplo, é da ordem deste corpo alheio a que me refiro. Um corpo de dimensão pública, acessível a uns e não a outros saberes, decodificado em uma linguagem que tanto traz conforto quanto o mantém refém em sua própria alienação constituinte. Interessante e convergente, neste sentido, é a fala de um usuário que, ao reivindicar melhor atendimento médico, afirma: *é importante porque para tudo o que ele vai te falar tu vai prestar atenção, porque é o médico que está falando. É diferente* (usuário, 32 anos). Neste sentido, não apenas é *diferente* porque é o médico quem está falando ao paciente, mas é *diferente* porque o corpo que se produz nesta relação é igualmente corpo *outro*. A diferença se ancora na possibilidade de supor que o outro saiba de mim, ao submeter meu corpo a territórios legítimos de conhecimento, figuras supostas encarnadas de saberes...

Nas falas, encontramos pistas de um percurso não linear, percorrido pelos/as profissionais de saúde. Em algumas falas, como por exemplo a de um médico, ao ser questionado sobre as razões das mulheres procurarem mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva do que os homens: *a mulher está naturalmente mais ligada aos cuidados com o corpo, com a saúde, cuidado dos filhos. Isto é cultural* (médico, 45 anos). Neste caso, pode-se pensar que a díade natureza-cultura se vê dissolvida em um universo onde as configurações do gênero na cultura são configurações da própria cultura, portanto, o natural é cultural. Nas palavras de Butler, podemos ler movimentos que rompem com a lógica linear entre sexo e gênero:

Resulta daí que o gênero não está para a cultura como o sexo para a natureza; ele também é o meio discursivo/cultural pelo qual “a natureza sexuada” ou “um sexo natural” é produzido e estabelecido como “pré-discursivo”, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra *sobre a qual age* a cultura (Butler, 2003, p. 25).

Em seus modos de dizer das mulheres e sua relação com o cuidado, podemos refletir acerca da transferência que a mulher realiza, seja no *treinamento específico dela desde a infância* (assistente social, 53 anos), seja no *acolher de dentro de casa para dentro do trabalho* (médico, 58 anos). Do cuidado com a boneca – *a mulher, que pelo treinamento específico dela desde a infância, aprende a cuidar da boneca e aprende com isso a cuidar do outro e de si mesmo* (assistente social, 53 anos) – ao cuidado de si e dos outros, do ambiente de casa ao de trabalho, o que permanece são as insígnias de inteligibilidade de um sujeito que, constituído no e pelo SUS, existe no ato de sua nomeação como um sujeito feminino, universal. Discurso do SUS que, reitero, é possibilidade numa cultura englobante que o produz e o sustenta.

Ao falar de cuidado, de saúde, de mulheres, de homens, o SUS está falando de corpos inteligíveis, que mantêm uma lógica imbricada aos seus princípios. Ou seja, das mulheres à humanização, o que se atualiza nos atos discursivos dos/as profissionais e usuários, são determinados operadores simbólicos de gênero, que manejam as relações estabelecidas entre e no interior do HU, como um lugar em que os discursos existem e fazem existir. Neste sentido, inscreve-se nas entrelinhas dos dizeres do SUS, a existência de um sujeito íntimo do cuidado com a saúde, produtor de desdobramentos de uma performance que se repete e, ao se repetir, atualiza não somente as práticas em saúde, mas todo um sistema de gênero calcado em uma regência binária, cindida e linear: mulher/ feminino, homem/ masculino, mulher/ maternidade, humanização/ mulheres,

natureza/ cultura, sexo biológico/ gênero cultural, etc. Parte-se da concepção de que o sujeito não pode situar-se na base de qualquer um dos binarismos, porque este sujeito é efeito das próprias estruturas lingüísticas que buscam fixá-lo em uma “essência” identitária unívoca, estável⁷⁵. Sua existência denuncia o caráter ficcional de sua materialidade simbólico-discursiva, do que o seu corpo sustenta de “sexuado”.

Este sujeito, tomado em sua ficcionalidade, anuncia o caráter também ilusório da divisão binária – no qual o próprio gênero se mantém inteligível, ao mesmo tempo em que se aloja nas cisões a fim de subverter seus significados e produzir a tensão entre os pólos, rompendo-os, formando outras lógicas que não as contínuas. Poderíamos entender o dinamismo destas configurações como efeitos do ato performativo do gênero?

Com relação ao gênero, afirma Butler (2006, p. 70): “a fusão de gênero com o masculino e com o feminino, homem/mulher, macho/fêmea, performa assim a mesma naturalização que se espera que a noção de gênero previna”. Considerando o papel fundamental da repetição no processo de estilização corporal e de existência do gênero, o que a naturalização (efeito do próprio gênero) atualiza, vivifica? Mantendo-me fidedigna às palavras de Butler (2002), se o ato performativo funciona para produzir o que declara, pela via da repetição, como podemos ler, nas falas dos sujeitos entrevistados, a produção estilizada de um sujeito universal do cuidado do SUS? A partir destas questões, proponho possibilidades de leituras acerca da produção estilizada deste sujeito.

A inteligibilidade do sujeito universal do cuidado no SUS

Retomando a concepção de Butler (2003, p. 38) de gêneros inteligíveis – “aqueles que, em certo sentido, instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo”, para pensarmos a existência do sujeito universal do cuidado no SUS, talvez seja possível afirmar que, ao se valer da maternidade para legitimar a existência deste sujeito, de um modo de cuidar feminino, estabelece-se no interior destes significados uma inteligibilidade que é efeito da própria inteligibilidade do gênero. Ainda na esteira da autora, em relação às análises das falas citadas, a “mulher”, a

⁷⁵ Segundo Judith Butler (2003, p.209), “o sujeito não é determinado pelas regras pelas quais é gerado, porque a significação não é um ato fundador, mas antes um processo regulado de repetição que tanto se oculta quanto impõe suas regras, precisamente pela produção de efeitos substancializantes”.

“mãe”, a “cuidadora”, que existe no campo do SUS, tem seu lugar porque encontra na matriz inteligível do gênero as condições de sua permanência, de sua legitimidade. Retomando a questão das unidades heteronormativas, reflexos de discursos culturais e que se condensam nos discursos do SUS, este sujeito universal do cuidado atualiza-se no interior de cada uma destas dinâmicas – casal, díade, tríade – fortalecendo-as e legitimando-as como campos de ação do e no SUS.

A noção de maternidade expressa nas falas de profissionais e de usuários circula entre as configurações biológicas e culturais. Ao deslizar em cadeias discursivas, as noções de maternidade remetem ao corpo feminino como lugar privilegiado, “consagrado” pelo caráter gerador, possibilitador de vida, às práticas de cuidado “aprendido” pelas mulheres, ao “treinamento específico da mulher desde a infância”. Um dos participantes de grupo focal argumenta: *desde antigamente se fala que a mulher tem que se cuidar, tem que estar preparada para a gravidez, é uma cultura desde antes* (usuário, 36 anos). A fala do médico entrevistado problematiza o “mito da mãe perfeita” e as diferentes maneiras de “cuidar”, *há uma diversidade na maneira de cuidar, não podemos cristalizar isto, ficar nessa coisa de - ah, o mito da mãe perfeita, essa coisa que só a mãe faz maravilhosamente bem, que só ela sabe fazer* (médico, 50 anos). Imbricadas nos planos cultural e biológico, as justificativas trazidas pelos/as profissionais e usuários não encontram uma margem de limites definida, mas se vêem produzindo perímetros discursivos (des)contínuos, lacunares, (in)consistentes.

A “dádiva” da vida pode ser lida como sendo a condição que concede às mulheres legitimidade no campo da saúde, ao mesmo tempo em que as responsabiliza pelo que é seu e do outro. O outro de seu ventre, o outro de sua natureza, o outro do primeiro sexo, parafraseando Simone de Beauvoir (1967). Faz-se oportuno, neste sentido, retomar a fala já citada da enfermeira: *mesmo que a mulher evoluiu, estudou, está no mercado de trabalho e tudo, mas aquela coisa do ser mãe, do abraçar as necessidades do outro, que de repente não são as suas, ela ainda mantém* (enfermeira, 50 anos). A “mulher que evoluiu”, que “estudou e está no mercado de trabalho”, permanece veiculada em sua existência à “coisa do ser mãe”, ao ser de um corpo que se reconhece e se atualiza em sua inteligibilidade “materna”. A fala da enfermeira é um bom exemplo de como os corpos inteligíveis se constituem por uma lógica coerente. Neste caso, há uma linha discursiva que desliza em torno de um significante mestre: a mulher. Deste, desdobram-se significados atribuídos à materialidade de um corpo biológico, que exige e (re)produz uma determinada maneira de se relacionar com o cuidado, intimamente atrelada à noção de

cuidado “com o outro”. Quando o faz pela via do cuidado “consigo”, esta articulação retorna ao normativo de medicalização dos corpos femininos, pela rotina de exames preventivos. Um participante do grupo focal realizado com os homens que aguardavam a realização da vasectomia, fala desta rotina preventiva: *a mulher está preocupada em apalpar o seu seio, em ir de seis em seis meses no ginecologista, fazer o preventivo. Alguma anomalia no seu corpo ela já sente, atrasou a menstruação ela já está preocupada. O homem, não.* (usuário, 35 anos).

Nas falas a seguir, fragmentos da incessante questão do cuidado “aprendido”, do “ter que” assumir certas responsabilidades, dos cuidados para e com: cuidados com os filhos e com o marido, com a família, com a reprodução, cuidados para não engravidar, etc. *Eu acho que a mulher, até pelo instinto de preservação, a questão de ser quem abraça família, abraça estranho, eu acho que é a mulher que cuida mais. Homem não tem tempo* (enfermeira, 50 anos). Na fala do médico, referindo-se à presença do homem no momento do parto, há a *própria esposa com receio ou de expor o marido a uma situação que ela acha ele não vai ter um comportamento adequado, (...) ou que vai protegê-lo com um espírito maternal. Como ela vai super proteger os filhos, superprotege o esposo do estresse* (médico, 38 anos). Para um dos participantes do grupo focal de jovens praticantes de esporte, *ela [a mulher] se preocupa com tudo. Uma mãe de família mesmo, qualquer coisa que acontece assim dentro de casa ela se preocupa* (usuário, 16 anos).

Os enunciados do “espírito maternal”, do “instinto de preservação”, da mulher que “é a maternidade”, da “coisa da mulher sempre ser a mãe”, são muito interessantes, pois nos remetem à impossibilidade do que Butler (2003) denominou ser a “metafísica da substância”⁷⁶. Em outras palavras, a noção ontológica de ser determinada identidade é

⁷⁶ “A metafísica da substância é uma expressão associada a Nietzsche na crítica contemporânea do discurso filosófico. Num comentário sobre Nietzsche, Michel Haar argumenta que diversas ontologias filosóficas caíram na armadilha das ilusões do ‘Ser’ e da ‘Substância’ que são promovidas pela crença em que a formulação gramatical de sujeito e predicado reflete uma realidade ontológica anterior, de substância e atributo” (Butler, 2003, p. 42). Esta questão do ser e da substância articula-se à outra, trabalhada por Lacan (1985 [1975], p. 20), ao refletir sobre a ilusão de que o sujeito *seja* – e ponto, ou que se sustente sobre uma substancialidade, uma essência que diga a seu respeito. Conforme o autor: “tudo que se articulou sobre o ser supõe que se possa recusar-se ao predicado e dizer o *homem é*, por exemplo, sem dizer o quê. O que diz respeito ao ser está estreitamente amarrado a essa seção do predicado. Daí nada poder ser dito senão por contornos em impasse, demonstrações de impossibilidade lógica, aonde nenhum predicado basta”. A partir dessa afirmação, posso supor que a função do predicado seja justamente a de barrar a existência do sujeito diante da impossibilidade de completude que a noção de *ser* (Eu sou!) sugere. A consistência do predicado pode ser entendida, ainda, como a consistência do Outro na vida do sujeito.

ilusória, porque supõe uma anterioridade da matéria, um sexo anterior ao gênero⁷⁷, um “ser” referido a uma anatomia. O que Butler (2003, p. 48) discute é que “o gênero mostra ser performativo no interior do discurso herdado da metafísica da substância – isto é, constituinte da identidade que supostamente é”. Neste sentido, “sempre ser a mãe” é uma impossibilidade, pois diz de lugares que os sujeitos não podem habitar, embora se mantenham como possibilidade apenas em sua artificialidade, de acordo com as normas reguladoras mantenedoras da coerência entre os termos em questão. A respeito desta discussão, resgato uma passagem das anotações de campo, em uma das visitas a um posto de saúde, com o objetivo de reunir usuários para a realização de grupo focal. Na ocasião, estávamos eu e Suzana, pesquisadora da equipe⁷⁸, abordando os homens presentes no local. Em uma destas “investidas”, recebemos a negativa imediata, não do filho, mas da mãe que acompanhava o filho. O jovem, de aproximadamente 22 anos, antes de qualquer resposta, ao ser questionado sobre a possibilidade de participar do grupo focal sobre homens e saúde, foi interrompido por sua mãe que o fez calar, dizendo, com seu atravessamento discursivo, o seguinte: “ele não quer saber disto não, homem não fala destas coisas, quem sabe disto é a gente, que é mãe” (diário de campo). Interessante pensarmos que a mulher convocou a nós, ao afirmar que quem sabe dessas coisas é a *gente*. Ela e nós – mulheres. Nós, mães.

Seguindo as reflexões de Butler (2003) sobre a metafísica da substância e de sua relação com o gênero, sugiro que pelo processo de performatividade, nos discursos do SUS os corpos refletem não apenas o caráter artificial da consistência de *ser* um gênero ou outro, como também os efeitos substancializantes do sexo, nos processos de constituição dos sujeitos. “O *gênero* não é um substantivo, mas tampouco é um conjunto de atributos flutuantes, (...) seu efeito substantivo é *performativamente* produzido e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero” (Butler, 2003, p. 48, grifos da tradução utilizada).

Nas falas dos/as profissionais, pode-se pensar nos atos discursivos do que justamente a impossibilidade veta: “a maternidade”, “a mulher”, os cuidados com a saúde de um corpo *legitimamente* feminino. Mesmo as mulheres não sendo mães, é pela via do “ser sempre” que este dispositivo é acionado, nos momentos em que estas decidem não ter filhos (não serem mães), quando decidem fazer um aborto, quando não atendem aos

⁷⁷ A respeito do sexo como uma categoria sociológica e não ontológica, e do gênero como “real”, conferir Thomas Laqueur (2001).

⁷⁸ Suzana Almeida Araújo, pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Modos de Vida, Família e Relações de gênero *Margens*. Integrante da equipe de pesquisa Homens e Saúde.

ideais normativos de cuidados com/ para. Parece implícita a idéia de que as mulheres optam por não serem mães, como que abrindo mão de algo que se é, desde sempre. A familiar expressão “mãe desnaturada” representa bem a complexidade destas questões. É de uma “natureza” conhecida, inteligível, que se diz da mulher e de sua relação com a maternidade, ambos os termos concebidos, muitas vezes, a partir de matrizes normativas, universais.

Neste sentido, sugiro pensar a respeito do que permanece além das matrizes inteligíveis do SUS, das práticas de cuidado com a saúde. Quais seriam outras possibilidades de análise e de inteligibilidade no campo da saúde pesquisado? Se o corpo do qual se fala nas falas dos sujeitos parece ser o feminino, fragmentado, investido de significação, em que medida são falados os corpos dos homens? O que estes encarnam de transbordantes em sua relação com a palavra que proferem?

CONSIDERAÇÕES FINAIS: CESSANDO O ESCREVER

(Talvez agora, sobre o “para sempre”). Fazendo uma paráfrase com as formulações de Lacan, cessar aquilo que não cessa de se escrever é um dos atos mais difíceis no término de um texto - o ato de encerrar a escrita da dissertação, de instituir o ponto que é final, que é finito. É sobre as palavras - imperativas no processo de análise das falas dos sujeitos - que incidem os pontos, a fim de que também a pesquisadora possa cessar de (se) escrever neste lugar. Cessar a escrita vivendo o luto pelo que sempre poderia ter sido dito, e não foi. Ao menos, não mais *neste* conjunto de elaborações que teve como objetivo estreitar os limites entre o querer e o dizer (Lacan, 1973), ciente de que nunca haverá um tempo possível de (se) dizer tudo, mas que se diz sempre algo, da ordem do não-todo. É na hiância proposta pelo querer-dizer que se materializa esta dissertação.

O que resiste ao ponto final? É considerando o ilusionismo deste elemento da gramática que inicio a escrita do fim deste trabalho, que teve como objetivo refletir as relações de homens com serviços de saúde. Na realização das entrevistas com profissionais, e dos grupos focais com homens, procurei analisar as concepções de gênero, corpo, cuidados, saúde, e fiz este grande percurso para investigar os paradoxos da universalidade do SUS, no campo em que a pesquisa foi realizada. Voltando às *origens*, ou seja, aos objetivos da pesquisa maior, *Homens nos Serviços de Saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais*, resgato a questão proposta por Joan Scott (2002). Quais as possibilidades de leitura destes paradoxos no entendimento da temática em questão, para se pensar na inserção de homens nas esferas de saúde? Se “interpretar paradoxos exige uma leitura diferente (...) o resultado porém, vale o esforço, pois ignorar a intranqüilidade que o paradoxo, a contradição e a ambigüidade implicam é perder de vista o potencial subversivo do feminismo e do agir feminista” (Scott, 2002, p. 46).

Não se trata, simplesmente, de reivindicar um lugar em que as questões de saúde específicas da população masculina possam ser trabalhadas. No processo de elaboração de políticas públicas voltadas aos homens em geral, a inserção de homens nestes contextos exige que se (re)configurem os significados inteligíveis do gênero, atualizados performativamente nas práticas discursivas do Sistema Único de Saúde. Perdidas estas

premissas, corre-se o risco não apenas de cristalizar concepções generificadas essencialistas em torno da saúde de homens, como também retroceder nas conquistas advindas das lutas feministas, no campo da saúde das mulheres e de seus direitos. Retomando os conceitos propostos pelo SUS, trabalhados nesta dissertação, talvez o que a pesquisa *Homens e Saúde* venha sugerir, em seus termos relacionais de entendimento, seja que a saúde de *um* é a saúde de *outro*, sem que para isto se diluam as especificidades e as necessidades advindas de uma ou outra esfera identitária, assim estrategicamente definidas na elaboração das agendas e pautas políticas.

Parece-me, neste sentido, que parte da história das lutas feministas, no tocante à implementação da saúde das mulheres, por exemplo, está sendo recontada. Ao ouvir as justificativas dos profissionais e gestores de saúde acerca da necessidade de se implementar a “saúde do homem”, em que recorriam às especificidades masculinas inscritas nos corpos (do “câncer da próstata”, dos “acidentes automobilísticos”, da “agressividade”, etc.), vislumbrei algo de familiar. Não foi por acaso que a pesquisa *Homens e Saúde* teve sua maior ênfase de ação junto aos setores de Saúde Sexual e Reprodutiva do HU, nos programas e serviços em que, de modo geral, se os homens já não *estão lá* por algum motivo, estão sendo convocados a participar. É neste sentido que, para estabelecer diretrizes básicas para uma “saúde dos homens”, faz-se necessário iniciar o diálogo no ponto em que atuam estereótipos de gênero, inteligibilidades (deveras) desgastadas pela ação dos mesmos ditos, pontos nodais de análise da dinâmica cultural e, principalmente, de ações políticas, sócio-educativas. Pensada de determinados prismas, a repetição da história (pelos homens em saúde), encampada pelas lutas feministas em prol da implementação da “saúde das mulheres” e seus direitos em saúde, anuncia justamente o dinâmico do gênero - em que este se faz e se desfaz⁷⁹, sempre que for concebido fora do campo relacional, alheio às condições que o fundaram como uma categoria de análise histórico-cultural.

A possibilidade de que histórias possam ser (re)contadas constitui-se em poder ler as *mesmas* coisas de outras maneiras, parafraseando a historiadora norte-americana Joan Scott (2002) (resgatando, neste sentido, o potencial eminentemente criador do *mesmo* que se apresenta *outro*). Aliando esta questão em Scott à proposta por Butler (1998), em *Fundamentos Contingentes*, pode-se pensar que a pesquisa *Homens e Saúde* exigiu um constante comprometimento, não apenas com os próprios objetivos de seu

⁷⁹ Aqui, o fazer e o desfazer em uma referência ao título de um dos livros de Judith Butler (2006), traduzido para o espanhol como “Deshacer el género”.

projeto sócio-político, mas também com os *fundamentos epistemológicos* sobre os quais se estruturou esta iniciativa no campo dos estudos de gênero. Isto implicou no constante submetimento das noções de gênero e seus efeitos substancializantes de corpo e sexo, à ação das próprias estruturas de significação que sustentam estas edificações simbólico-culturais. Parece-me que a preocupação da autora em questão ressoa nas reflexões constantes na presente pesquisa, na investigação de sob quais epistemologias uma política feminista encontraria outras vias de alcance, que não as da armadilha fundamentalista que fixa identidades, ao recorrer à materialidade de corpos femininos ou masculinos, legitimando seus sexos como lugares ontológicos de saber/fazer político. Nas palavras da autora, suas preocupações buscam “as condições para mobilizar o significativo a serviço de uma produção alternativa” (Butler, 1998), no entendimento destas questões.

Neste sentido, os discursos sobre os quais me debrucei para escrever esta dissertação, referidos como sendo os “discursos do SUS”, não são de todo *deste* Sistema Único de Saúde. São efeitos de uma marca maior, de uma estrutura simbólico-cultural que antecede os sujeitos que deste discurso se dizem pacientes/usuários. Marcas sociais de constituição de matrizes normativas, legítimas, inteligíveis em sua existência, e produtoras de possibilidades - das coisas como as coisas são, sob os efeitos de uma anterioridade ontológica. Afirmado isto, reflito sobre os modos pelos quais os sujeitos receberam a realização da pesquisa multicêntrica, no Hospital Universitário, e também frente às ações das outras etapas da pesquisa de que tive a oportunidade de participar⁸⁰. Muitos se surpreenderam ao conhecer a pesquisa e seus objetivos e, nesta surpresa, profissionais de saúde, usuários dos serviços, funcionários dos mais diversos setores do HU (recepção, almoxarifado, estatística, limpeza), pessoas da comunidade e com as quais convivi no percurso, perceberam-se como objetos de sua própria investigação, ao repetirem seus próprios estranhamentos, produzindo deslocamentos discursivos reflexivos, como quem se coloca em suspenso diante do que estas questões implicaram.

⁸⁰ Refiro-me à etapa 2, balizada pela seguinte questão: *Qual a importância de se pensar os homens nos contextos de saúde?*. Esta etapa consistiu na realização de um Seminário sobre Homens, gênero e saúde, voltado aos profissionais de saúde do HU e Unidades Básicas de Saúde, à comunidade universitária, e que foi realizado em dois momentos, um primeiro na UFSC/CFH, e um segundo no HU. Considero ter sido um marco quando, no interior da VI Jornada da Maternidade do HU, a profa. Dra. Maria Juracy Toneli viabilizou, junto ao Grupo Interdisciplinar de Assessoria da Maternidade, a realização de uma mesa-redonda sobre a temática Homens e Saúde. Além desta ação realizada em Florianópolis, destaco ainda a oportunidade de ter participado da realização deste Seminário em São Paulo, no Hospital Geral de São Mateus, estruturado sobre os mesmos moldes metodológicos.

Trago este exemplo porque o considero significativo das movimentações simbólicas que instituem a existência dos homens nos serviços de saúde - inicialmente, pela via do estranho, do não familiar, Desdobramentos, sem dúvida, dos atos performativos que ao produzirem condições *outras* de entendimento do gênero, provêem também os mecanismos de significação que nos permitem apreender o inicialmente estranho como familiar. Neste sentido, a afirmação - "é preciso estar onde os homens estão", que se tornou emblemática na procura por homens para a realização dos grupos focais, pode ser maximizada para que se produzam seus efeitos na elaboração e implementação de programas voltados à população em questão. Ou seja, propiciar as condições de existência dos homens nos lugares discursivos em que estes se constituem, mesmo que seja pela via do discurso do outro, do outro de si mesmo (Butler, 2003) que, ao resistir à sua fala, a institui perpassada por diferentes posições de sujeito⁸¹, resgatando a repetida utilização do termo laciano *ex-sistência*.

Neste sentido, procurei refletir a respeito da existência de sujeitos no campo pesquisado, movimentados em performances de gênero e corpo, mobilizados pelos efeitos dos paradoxos de universalidade, integralidade, equidade do SUS. Ao objetivar-se em uma cadeia, o discurso do SUS movimentou e fez existir sujeitos; instituiu e nomeou os sujeitos inteligíveis em saúde; deu corpo e consistência às suas próprias prerrogativas, ao seu próprio discurso. Foi me servindo dele que, na investigação acerca das barreiras culturais, institucionais e individuais que impedem ou reiteram o afastamento dos homens em relação aos serviços de saúde, permaneceram algumas inteligibilidades discursivas que instituíram e legitimaram a presença de um sujeito universal do cuidado no SUS. Entendido isto, foi possível refletir sobre os limites destas inteligibilidades em saúde, e outras perguntas foram desencadeadas neste processo.

⁸¹ Segundo as análises dos capítulos 3 e 4, refiro-me aos deslocamentos efetuados pelos participantes do grupo 2, com homens usuários da Unidade de Alojamento Conjunto da Maternidade do HU.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Miguel Vale de (1996). "Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal". Anuário Antropológico. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

_____. (1995) Senhores de Si. Uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa, Fim de Século.

ANDRADE, Carlos Drummond (1984). Corpo. Novos Poemas. Rio de Janeiro, Record.

ANDRÉ, Serge (1987). O que quer uma mulher? Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

BADIOU, Alain (1997). "Onde estamos com a questão do sujeito?" In: Colóquio Psicanálise e Filosofia. Sujeito e Linguagem. Ano XVI, n.22. Rio de Janeiro: Revinter.

BEAUVOIR, Simone (1967). O segundo sexo. II a experiência vivida. São Paulo: Difusão Européia do Livro.

BERGAMASCHI, Rosi Isabel (2005). Escrita: morte-origem em Psicanálise. Projeto de dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. UFSC.

BIRMAN, Joel (1997). Estilo e modernidade em psicanálise. São Paulo: Ed. 34.

BRUSCHINI, Maria Cristina (1978). "Mulher e trabalho: engenheiras, enfermeiras e professoras". Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 27.

_____. (1979). "Sexualização das ocupações: o caso brasileiro". Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 28.

BUTLER, Judith (1998). "Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do "pós-modernismo". In: Cadernos Pagu (11), p. 11-42.

_____. (2001). Mecanismos psíquicos del poder. Teorías de la sujeción. (tradução de Jacqueline Cruz). Madrid: Cátedra, 1997.

_____. (2002). Cuerpos que importan. Sobre los limites materiales y discursivos Del "sexo". Buenos Aires, Anagrama. 1993.

_____. (2002). "Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler". In: PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Revista Estudos Feministas, 10 (1). CCE/CFH/UFSC.

_____. (2003). Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

_____. (2005). "Le genre comme performance". In: Humain, Inhumain. Le travail critique des norms (Entretiens). Paris: Éditions Amsterdam, pp. 13-42.

BUTLER, Judith (2006). Deshacer el Género. Barcelona, Paidós, 2004.

COSTA, Albertina; MARTINS, Ângela Maria; FRANCO, Maria Laura Barbosa (orgs.) (2004). Uma história para contar: a pesquisa na Fundação Carlos Chagas. São Paulo, AnnaBlume.

CONNELL, Robert. W. "La organización social de la masculinidad". In: VALDÉS, Tereza y OLAVARRÍA, José (eds.) (1997). Masculinidad/es. Santiago: FLACSO/ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres.

FIGUEIREDO, Wagner (2005). "Assistência à Saúde dos Homens: um desafio para os serviços de atenção primária". In: Ciência e Saúde Coletiva. vol.10, n. 1. Rio de Janeiro Jan./Mar.

FIGUEROA-PEREA, Juan Guillermo (1998). "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones em los procesos de salud reproductiva". Cadernos de Saúde Pública, 4 (Sup. 1), 87-96.

FREUD, Sigmund. (1900). A interpretação dos sonhos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol V.

_____. (1901). A psicopatologia da vida cotidiana. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol VI.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. VII.

_____. (1908). Sobre as teorias sexuais infantis. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1910). A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1970. vol. XI.

_____. (1913). Totem e Tabu. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XIII.

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XIII.

_____. (1914). Recordar, repetir, elaborar. 1974. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XII.

_____. (1919). O estranho. 1974. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol.

_____. (1920). Além do princípio do prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XVIII.

_____. (1923). O eu e o isso. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XIX.

_____. (1915). O inconsciente. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976. vol. XIV.

_____. (1924). A organização genital infantil. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1925). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1927). O futuro de uma ilusão. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XXI.

_____. (1930). O mal-estar na cultura. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol XXI.

_____. (1931). Sexualidade Feminina. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XXI.

_____. (1933). Feminilidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. vol. XXII.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo (1994). "Pesquisa de Tipo Teórico". In: Psicanálise e Universidade. Atas do 1º Encontro de Pesquisa Acadêmica em Psicanálise. N. 1, fev.

GIFFIN, Karen (2005). "A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico". Ciência & Saúde Coletiva. vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.

GLENN, Evelyn (1978). "As ciências humanas e a situação da mulher". Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 24.

GOMES, Eduardo; BARBOSA, Sandro (1999). A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos. Instituto de Pesquisa e Inovações Educacionais - Educativa. 30 de Agosto de 2000. <<http://www.educativa.org.br>>

GROSSI, Miriam; HEILBORN, Maria Luiza; RIAL, Carmen (1998). "Entrevista com Joan W. Scott". Revista Estudos Feministas, v. 6, n. 1, p.114-124.

Gurgel, Iordan (2005). "Sintoma, acontecimento de corpo". Sinthoma, Corpo e Laço Social, Revista Latusa. n.10. Escola Brasileira de Psicanálise, Rio de Janeiro.

KAUFMMAN, Michael (1987). "The construction of masculinity and the triad of men's violence". In Michael Kaufman (ed.) Beyond patriarchy: essays by men on pleasure, power, and change. Oxford University Press, Toronto-Nova York.

KEIJZER, Benno de (2006). "Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina". In: La Manzana. Revista Internacional de Estudios sobre masculinidades. Vol. 1, n. 1, enero/mayo.

KNAUTH, Daniela & MACHADO, Paula Sandrine (2005). "Comentários ao artigo Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva". Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):18-34.

KIMMEL, Michael S. (1997) "Homofobia, temor, vergüenza y silencio em la identidad masculina". In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Org.). Masculinidades. Santiago: Isis Internacional; FLACSO Chile.

LACAN, Jacques (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu (je) tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1954). Os escritos técnicos de Freud. O seminário. Livro 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1957-58). As formações do inconsciente. O seminário. Livro 5. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. (1964). Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. O Seminário. Livro 11. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1966). Escritos. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. (1969-70). O avesso da psicanálise. O Seminário. Livro 17. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1975). Mais, Ainda. O seminário. Livro 20. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1985.

LAQUEUR, Thomas (2001). Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud. (tradução de Vera Whately). Rio de Janeiro: Relume-dumará. 1992

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito (2005). Projeto de pesquisa Homens nos Serviços de Saúde: rompendo barreiras culturais, institucionais, individuais. Recife, São Paulo e Florianópolis.

LISPECTOR, Clarice (1982). Uma aprendizagem ou O livro dos prazeres. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

_____. (1974). A via-crucis do corpo. Rio de Janeiro: Artenova.

MACHADO, Lia Zanotta (2001). Masculinidades e Violências. Gênero e Mal-Estar na Sociedade Contemporânea. Série Antropologia: 290. Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília.

MEZAN, Renato (1998). Escrever a clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MILLER, Jacques-Alain (1999). Elementos de Biologia Lacaniana. Escola Brasileira de Minas Gerais. Belo Horizonte.

_____. (2000). A erótica do tempo. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro.

MOTT, Maria Lúcia (org). (2005). "Dossiê Gênero e Saúde". (Trans) formações Cadernos Pagu. Jan./Jun, n. 24.

NASCIMENTO, Pedro (2005). "Homens e Saúde: diversos sentidos em campo". Ciência & Saúde Coletiva. vol.10 no.1 jan./mar. Rio de Janeiro.

NASIO, Juan-David (1993). Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

PESSOA, Fernando (1989). O eu profundo e os outros eus. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

ROHDEN, Fabíola (2001). "Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher". Antropologia e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ROUDINESCO, Elisabeth, & PLON, Michel (1998). Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

SANTOS, Lúcia Grossi dos (2002). O conceito de repetição em Freud. São Paulo: Escuta.

SCHRAIBER, Lílian; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza (2005). "Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva". Ciência & Saúde Coletiva. v.10, n.1. Jan./Mar. Rio de Janeiro.

SIQUEIRA, Maria Juracy Tonelli (2000). "Saúde e direitos reprodutivos: o que os homens têm a ver com isso?" Dossiê "Relações de Gênero e Saúde Reprodutiva". Revista Estudos Feministas, v. 8, n. 1, CFH/UFSC.

SORJ, Bila (2004). Estudos de Gênero: a construção de um novo campo de pesquisas no país. In: COSTA, Albertina de Oliveira; MARTINS, Ângela Maria; FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Uma História para contar: A pesquisa na Fundação Carlos Chagas. Rio de Janeiro: Annablume.

SPINK, Mary Jane (2007). A Psicologia em Diálogo com o SUS. Prática Profissional e Produção Acadêmica. São Paulo, Casa do Psicólogo.

SCHRAIBER, Lilian; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza (2005). "Homens e saúde na pauta da saúde coletiva". Sessão Debate. Ciência e Saúde Coletiva. 10 (1), p.7-17.

SCOTT, Joan (1995). "Gênero: uma categoria útil de análise histórica". In: Revista Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.

_____ (2002). A Cidadã Paradoxal: as feministas francesas e os direitos do homem. (Tradução de Élvio Antônio Funck). Editora Mulheres: Florianópolis. 1996.

_____ (2005). "O enigma da igualdade". In: Revista Estudos Feministas, 13(1), CCE/CFH/UFSC.

TENDLARZ, Silvia (2002). Las mujeres y sus goces. Buenos Aires, Edigraf S.A.

TOROK, Maria & ABRAHAM, Nicolas (1980). "Introjection-incorporation: mourning or melancholia". In: LEBOVICI, Serge & WIDLOCHER, Daniel (orgs). Psychoanalysis in France. Nova York: International University Press.

ZAGO, Nadir (2003). "A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa". In: ZAGO, Nadir; CARVALHO, Marília; VILELA, Rita (orgs). Itinerários de Pesquisa: perspectivas qualitativas em sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A.

Sites visitados.

www.saudesc.gov.br em 21 de agosto de 2007.

www.portal.saude.gov.br em 22 de outubro de 2007.

Plano Estadual de Saúde (2007-2010), disponível em www.saudess.gov.br

Projeto

Homens nos Serviços Públicos de Saúde: Rompendo barreiras culturais, institucionais e individuais – Recife, Florianópolis e São Paulo

Realização: Instituto PAPAI, UFPE, CISAM/UPE, UFSC (SC), USP (SP)



INSTRUMENTO 1 - GRUPO FOCAL

1. ORIENTAÇÕES PARA O FACILITADOR

- a. Explique o propósito do grupo aos participantes – que se trata de uma pesquisa sobre homens e saúde (evite falar muito sobre o assunto, para evitar possíveis vieses)
- b. Explique que todas as falas serão confidenciais e que não serão divulgadas com o nome do participante nem com detalhes que possam identificá-los.
- c. Explique que não existem respostas corretas nem erradas para as perguntas que serão feitas; que apenas queremos saber a opinião do grupo.
- d. Explique que queremos que todos os participantes comentem, ou seja, que todos tenham a oportunidade de opinar.
- e. Explique que a participação é voluntária, ou seja, que se alguém quiser sair do grupo ou quiser parar em qualquer momento é perfeitamente possível.
- f. Explique que não estamos pedindo que alguém fale de sua experiência pessoal e sim que queremos conhecer as opiniões do grupo sobre os temas apresentados.
- g. Peça permissão para gravar as falas e justifique que este uso é exclusivamente para posterior transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante o próprio grupo (risco de perder coisas importantes).
- h. Peça aos participantes para assinarem o termo de consentimento.
- i. Inicialmente, faz-se as apresentações dos participantes, começando pelo facilitador e co-facilitador, iniciando rodada de nomes, idade e o que faz. O co-facilitador prepara as etiquetas auto-adesivas com os nomes enquanto eles se apresentam.

2. ROTEIRO

Questões introdutórias (aquecimento):

- a. Quem cuida mais da saúde: o homem ou a mulher?
- b. Como os homens cuidam de sua saúde?

Desenvolvimento do grupo

I. Homens e saúde

1. Na sua opinião, o que mais atrai os homens aos serviços de saúde?
2. O que poderia atrair ainda mais os homens para os serviços de saúde? Que tipo de serviço poderia ser oferecido?
3. Quais os principais problemas de saúde que mais atingem os homens que vocês conhecem?
4. Que profissionais deveriam ser incluídos num serviço de saúde para os homens?
5. Quais os melhores horários para atender os homens?
6. Qual seria a melhor forma de divulgação?
7. Seriam importante separar por faixa etária? Como seria?

II. Homens e SSR

8. Quais os métodos contraceptivos que os homens mais usam? Como tem acesso?
9. Que tipo de serviço deveria ser oferecido a um homem que acompanha sua mulher em serviço de pré-natal e parto?
10. Além do atendimento médico, você considera que deveria ter alguma outra atividade promovida pelo serviço (feira de saúde, atividade educativa ou alguma outra)? Como seria?
11. Há serviços em que seria melhor que os homens não estivessem?

III. Sobre o serviço pesquisado

12. O que você mudaria neste serviço (onde a pesquisa está sendo realizada) de saúde para atender as necessidades dos homens?

ENCERRAMENTO: Vocês conhecem algum serviço de saúde, escola, organização, grupo ou outro espaço em sua comunidade que oferece atendimento voltado a saúde dos homens?

- a. Se sim - Os homens e rapazes, normalmente, vão a estas atividades? O que pensam sobre isso?
- b. Se não - E se existisse, eles usariam esses serviços?

FORMULÁRIO DE PERFIL PARA GRUPO FOCAL

(aplicar ao final do grupo ou como instrumento para recrutar o grupo)

1.	Nome		
2.	Quantos anos você tem?		
3.	Qual o seu grau de instrução?	<input type="checkbox"/> Nunca frequentou escola	
		<input type="checkbox"/> 1º grau incompleto (inclui o antigo primário completo)	
		<input type="checkbox"/> 1º grau completo (inclui os que concluíram o antigo primário e o ginásio)	
		<input type="checkbox"/> 2º grau incompleto	
		<input type="checkbox"/> 2º grau completo (inclui os que concluíram os antigos cursos colegial, técnico, científico, normal e clássico)	
	<input type="checkbox"/> Outro (especifique):		
4.	Qual a renda mensal de sua família	<input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Entre 2 e 3 salários <input type="checkbox"/> Entre 4 e 5 salários <input type="checkbox"/> Mais de 5 salários	
5.	Quantas pessoas dependem desta renda?		
6.	Você desenvolve alguma atividade remunerada?	<input type="checkbox"/> Sim. O que? _____ <input type="checkbox"/> Não	
7.	Qual seu estado civil?	<input checked="" type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado ou vivendo com alguém <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo	
8.	Tem filhos	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Não	
9.	Qual sua cor ou origem? (ler opções)	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Descendência oriental <input type="checkbox"/> Descendência Indígena <input type="checkbox"/> Não sei	
10.	Cidade onde nasceu?		
11.	Em que cidade você mora atualmente?		
12.	Há quanto tempo mora nesta cidade?	<input type="checkbox"/> Há menos de 5 anos <input type="checkbox"/> Entre 5 e 10 anos <input type="checkbox"/> Há mais de 10 anos <input type="checkbox"/> Desde que nasci	
13.	Hoje, mora em que bairro?		

GRUPO FOCAL - ANOTAÇÕES DO CO-FACILITADOR

Nº _____

Data: ____ / ____ / 2005

SOBRE O GRUPO

Faixa etária: _____

Hora de início: _____ Hora de término: _____

Nº de pessoas: _____

Facilitador: _____

Co-facilitador: _____

PARTICIPANTES

Nome	Idade
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	

INSTRUMENTO 2 – ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

1. LEMBRETE PARA O ENTREVISTADOR:

- a. Agradeça a disponibilidade do entrevistado e valorize sua participação no âmbito do Projeto.
- b. Explique que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto do Projeto.
- c. Informe ao entrevistado (ou entrevistada) que pode interromper a entrevista a qualquer momento que queira.
- d. Peça permissão para gravar as falas e justifique que este uso é exclusivamente para posterior transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista (risco de perder coisas importantes).
- e. Peça aos participantes para assinarem o termo de consentimento.

2. ROTEIRO

QUESTÕES INTRODUTÓRIAS (aquecimento):

- Quem cuida mais da saúde: o homem ou a mulher?
- Como os homens cuidam de sua saúde?

DESENVOLVIMENTO DA ENTREVISTA

1. No setor onde você trabalha, algum homem (jovem ou adulto) procurou por atendimento nos últimos 3 meses? Qual foi o motivo? Como foi o atendimento?
2. Você acha importante que os homens sejam atendidos no setor onde você trabalha? Por que? Em que?
3. Na sua opinião, porque as mulheres procuram mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva? Que tipo de serviços os homens precisam em termos de SSR?
4. Que tipo de ações vocês desenvolvem, neste setor, voltadas aos homens?
5. O que você mudaria neste setor para atender melhor às necessidades dos homens?
6. Que profissionais deveriam ser incluídos neste serviço para atender as especificidades dos homens?
7. Quais os melhores horários para atender os homens?
8. Qual seria a melhor forma de divulgação?
9. Seria importante separar por faixa etária? Como seria?
10. Além do atendimento médico, você considera que deveria ter alguma outra atividade promovida pelo serviço (feira de saúde, atividade educativa ou alguma outra)? Como seria?

ENCERRAMENTO

11. Na sua opinião, que tipo de serviço deveria ser oferecido a um homem que acompanha sua mulher em serviço de pré-natal e parto?
12. Na sua opinião, há serviços em que seria melhor que os homens não estivessem?

FORMULÁRIO DE PERFIL PARA ENTREVISTAS

(aplicar ao final da entrevista)

1.	Nome		
2.	Sexo		
3.	Idade		
4.	Nível de Formação		
5.	Área e especialidade		
6.	Há quanto tempo está formada?		
7.	Onde trabalha?		
8.	Em que setor ou programa?		
9.	Qual o cargo ou função?		
10.	Há quanto tempo?		

INSTRUMENTO 3 – ENTREVISTAS COM GESTORES

Lembrete para o entrevistador:

- a. Agradeça a disponibilidade do entrevistado e valorize sua participação no âmbito do Projeto.
- b. Explique que as respostas são confidenciais e somente serão usadas no contexto do Projeto.
- c. Informe ao entrevistado (ou entrevistada) que pode interromper a entrevista a qualquer momento que queira.
- d. Peça permissão para gravar as falas e justifique que este uso é exclusivamente para posterior transcrição, tendo em vista a dificuldade de registro por escrito durante a entrevista (risco de perder coisas importantes).
- e. Peça aos participantes para assinarem o termo de consentimento.

2. Roteiro

1. Em sua experiência profissional, você já enfrentou alguma situação em que sentiu a necessidade de atendimento específico para os homens em questões relativas a SSR?
2. Você já participou de alguma discussão sobre a saúde dos homens? Como foi?
3. Você considera importante a inclusão dos homens nos serviços voltados a planejamento familiar ou SSR?
4. Qual seria os maiores obstáculos à inclusão dos homens nesses serviços, do ponto de vista dos sistemas, dos profissionais, das mulheres e dos próprios homens?
5. Quais os principais benefícios para o sistema, para os profissionais, para as mulheres e para os próprios homens?

FORMULÁRIO DE PERFIL PARA ENTREVISTAS

(aplicar ao final da entrevista)

1.	Nome		
2.	Sexo		
3.	Idade		
4.	Nível de Formação		
5.	Área e especialidade		
6.	Há quanto tempo está formada?		
7.	Onde trabalha?		
8.	Em que setor ou unidade		
9.	Qual o cargo ou função?		
10.	Há quanto tempo?		

