



## 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade.

Sub-Eixo: Ênfase em Gênero.

### MASCULINIDADES E SAÚDE DE HOMENS COM CÂNCER DE MAMA

Claudia Domingues Guimarães<sup>1</sup>

**Resumo:** A partir da observação empírica sobre a demora no acesso dos homens ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços públicos de saúde e com base em pesquisa bibliográfica, utilizando as palavras-chave subscritas, este artigo problematiza três eixos teórico-conceituais: 1) saúde pública e acesso à rede assistencial oncológica no Rio de Janeiro; 2) masculinidades e saúde; 3) câncer de mama masculino. A crise atual da política pública brasileira de saúde, as construções socioculturais das masculinidades e a ausência de medidas preventivas para o câncer de mama masculino são possíveis explicações para o acesso tardio dos homens com essa doença nos serviços de atenção oncológica.

**Palavras-chave:** Masculinidades; Saúde do homem; Câncer de mama masculino.

**Abstract:** Based on the empirical observation about the delay in the access of men to the diagnosis and treatment of breast cancer in public health services and based on bibliographical research, using the subscribed keywords, this article discusses three theoretical-conceptual axes: 1) public health and access to an oncological care network in Rio de Janeiro; 2) masculinities and health; 3) male breast cancer. The current crisis of Brazilian public health policy, the socio-cultural constructions of masculinities and the absence of preventive measures for male breast cancer are possible explanations for the late access of men with this disease in the care services cancer.

**Keywords:** Masculinities; Men's Health; Male breast cancer.

#### 1. INTRODUÇÃO

O câncer pertence ao grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)<sup>2</sup> e tem como principal característica o crescimento desordenado de células, formando tumores que invadem os tecidos e órgãos próximos ou distantes. Tanto suas causas como as estimativas são atribuídas às transições demográfica e epidemiológica<sup>3</sup> aprofundadas a partir da década de 1970 no mundo. Existem vários tipos de câncer e um dos mais comuns é o de mama, cuja incidência aumenta progressivamente a cada ano, tanto em países

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, E-mail: cdguimaraesrj@gmail.com.

<sup>2</sup> As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) incluem patologias cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres, diabetes e são responsáveis por cerca de 70% das mortes no mundo, ocorrendo predominantemente em pessoas com menos de 70 anos de idade e em países de baixa e média renda, tendo como principais fatores de risco: uso prejudicial de tabaco e álcool, inatividade física e dietas não saudáveis. (MALTA et al., 2017, p. 2s)

<sup>3</sup> Entende-se por transição demográfica as mudanças ocorridas em várias regiões do mundo (a partir da segunda metade do século XX) que alteraram o crescimento populacional, caracterizando-se por queda nas taxas de natalidade e mortalidade, aumento na expectativa de vida e envelhecimento populacional. Este fenômeno é concomitante com a transição epidemiológica, caracterizada por: substituição das doenças transmissíveis pelas não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos; e predomínio da morbidade sobre a mortalidade (SCHRAMM et al., 2004)

desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A população feminina mundial ocupa atualmente o primeiro lugar em incidência dentre as neoplasias malignas (INCA, 2017).

De acordo com o INCA (2017), “a estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos” e, dentre os tipos mais incidentes no mundo, o segundo maior foi o câncer de mama, com 1,7 milhões de casos, perdendo apenas para o de pulmão, com 1,8 milhões de casos mundiais (p. 25). Nos países em desenvolvimento, as expressões da questão social sobre o adoecimento populacional configuram os piores cenários de desigualdades socioeconômicas; crise de financiamento das políticas sociais (entre elas, a de saúde); prejuízos no acesso à informação e aos serviços de maior complexidade, resultando em diagnósticos tardios, redução da sobrevida e aumento da morbimortalidade pelo câncer de mama.

Especificamente no Brasil, “estima-se, para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil novos casos de câncer, para cada ano” (p.25) e, deste total, 59.700 corresponderão a casos de câncer de mama (INCA, 2017, p. 33). Não obstante a alta incidência desta doença em mulheres, sua ocorrência entre os homens corresponde a 1,0% do total dos casos anuais, tendo estes indivíduos as piores taxas de sobrevida em comparação com as mulheres pelo diagnóstico em idade e estágios mais avançados, principalmente por baixa suspeita clínica, tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde.

O atendimento a homens com câncer de mama é perpassado tanto pela surpresa diante de um diagnóstico jamais imaginado por eles, como pela pouca possibilidade terapêutica devido à chegada tardia aos serviços de saúde. Aparece como doença imprevista no universo masculino, destoante dos elementos que fazem parte da construção das masculinidades e, por isso, esvaziada de ações preventivas no sistema de saúde.

Os estudos sobre gênero foram incorporados pelo Serviço Social como aportes teóricos para compreensão de fenômenos identificados no cotidiano profissional, principalmente a partir dos anos 1990, ampliando-se como eixo temático nos principais Congressos e Encontros da categoria (CBAS, ENPESS). Apesar disto, Lole (2016, p. 557) afirma que ainda há “subalternidade” do tema na formação profissional, na medida em que a maior parte das produções dos assistentes sociais sobre o tema ainda está relacionada ao enfoque da subordinação das mulheres na sociedade de classes, às assimetrias no mundo do trabalho e sobre violência de gênero, existindo lacunas no debate sobre outros aspectos, como as abordagens interseccionais e os estudos sobre masculinidades. Concordando com isso, Alves (2018) aponta que “a atenção ao gênero para além das formas binárias é menos

evidente nas pesquisas do Serviço Social. Embora alguns estudos já tratem dos temas das sexualidades e corpos dissidentes, a discussão ainda é restrita” (ALVES, 2018, p. 283).

Neste contexto, a reflexão teórica desse artigo é justificada por duas razões principais: 1) a reduzida produção acadêmica acerca do significado do câncer de mama masculino nas construções das masculinidades, no âmbito da Saúde Coletiva e do Serviço Social; 2) a contribuição deste estudo para a crítica da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria 1944 de 27 de agosto de 2009), que preconiza o fortalecimento das medidas preventivas, desconsiderando o câncer de mama como agravo à saúde masculina e a construção social das masculinidades, que interferem no acesso dos homens ao diagnóstico e tratamento desta doença.

## **2. DIALOGANDO COM OS AUTORES**

Partimos, nesta reflexão teórica, da problematização de três eixos teórico-conceituais: 1) a crise da saúde pública brasileira e seus rebatimentos para o acesso dos homens à rede assistencial oncológica do Sistema Único de Saúde (SUS); 2) as contribuições dos estudos sobre masculinidades para a saúde dos homens, considerando as doenças e agravos que prevalecem sobre estes indivíduos e a interferência da construção social das masculinidades no acesso tardio ao tratamento do câncer de mama masculino; 3) as lacunas de enfrentamento do câncer de mama masculino na política de saúde brasileira, que envolvem argumentos epidemiológicos (baixa incidência), políticos (ausência de ações preventivas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem) e culturais.

### **2.1- Saúde Pública e Acesso à Rede Assistencial Oncológica no Rio de Janeiro**

De acordo com Barata (2009), a determinação social explica o processo saúde-doença como constituído no processo de produção capitalista pelos mecanismos de acumulação e apropriação desigual dos bens materiais. Segundo essa perspectiva, as desigualdades em saúde tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade, assim como o acesso e a utilização dos serviços de saúde refletem essas diferenças, dependendo dos sistemas de saúde adotados, os quais podem ora potencializar as desigualdades existentes, ora compensar, ao menos em parte, os resultados danosos da organização social sobre a saúde dos indivíduos. (BARATA, 2009, p. 20)

A assistência à saúde no Brasil enquanto política social foi marcada, desde suas origens nos anos de 1930, por uma dicotomia: de um lado, a oferta médico-hospitalar previdenciária (curativista, individual e destinada apenas aos trabalhadores do mercado formal de trabalho), ampliada durante a Ditadura Militar brasileira; de outro, a atenção programática do Ministério da Saúde, por meio de ações coletivas e de programas centrados na doença ou em faixas populacionais de risco.

A partir da década de 80, no contexto da redemocratização da sociedade brasileira, a compreensão da saúde como um bem público fundamentou o Movimento de Reforma Sanitária e a consolidação legal do SUS no Brasil. O entendimento da saúde como “direito de todos e dever do Estado” garantido no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 assim como a organização do sistema de saúde baseada nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, passaram a garantir o atendimento às necessidades de saúde de todos os cidadãos.

De acordo com a autora supracitada, porém, não basta que um sistema de saúde seja politicamente consolidado com acesso universal; é preciso que exista distribuição adequada de serviços, equipamentos e profissionais no território, para que possam ser igualmente utilizados pelos indivíduos que deles necessitem. E, neste aspecto, reside uma das questões centrais do SUS – foi consolidado enquanto política social, a partir de movimento organizado da sociedade civil (o Movimento de Reforma Sanitária), numa conjuntura neoliberal e de contrarreforma do Estado, caracterizada por desmonte dos serviços públicos de saúde e incremento do complexo médico privatista.

A respeito disso, Bravo e Mattos (2004) afirmam a coexistência de dois projetos distintos e antagônicos em disputa na sociedade brasileira para a área da saúde: o projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. O primeiro (baseado na compreensão de assistência à saúde como direito social a ser garantido pelo Estado com acesso universal, igualitário e integral) fundamentou a consolidação do SUS. O segundo (associado ao complexo médico-farmacêutico empresarial) é regido pela lógica do mercado na prestação dos serviços de saúde. Com a crise internacional do Capital e a hegemonia do neoliberalismo, a redução do investimento em políticas sociais passou a ser a tônica das relações entre Estado e Sociedade, com grande ênfase desde os anos de 1990, na Saúde.

Na vigência do governo ilegítimo de Michel Temer, além do fomento ao Projeto Privatista na área da Saúde, a crise de financiamento do SUS foi acirrada com a implementação da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016) que, ao determinar o congelamento nos

investimentos em seguridade social por 20 anos, tem provocado perda de recursos para financiamento dos serviços públicos e redução da oferta, principalmente os de maior custo e complexidade, como são os de assistência oncológica. Associa-se a isso o ingresso dos usuários nos atendimentos especializados, através do sistema nacional de regulação, regulamentado pela Portaria 1559 de 1º de agosto de 2008, que estabelece a atenção básica como porta de entrada à atenção de média e alta complexidade em saúde.

Vale ressaltar, neste contexto, que a atenção oncológica no Brasil tem sido historicamente marcada pelo desequilíbrio entre oferta de serviços para diagnóstico/tratamento e morbimortalidade por câncer. A construção de serviços de atenção oncológica no país teve sua origem em instituições médicas filantrópicas, entre as décadas de 1930 e 1940, ampliando sua capacidade de atendimento através das instituições da medicina previdenciária e dos hospitais universitários, entre as décadas de 1960 a 1980, que foram incorporados ao SUS, ao longo dos anos 1990, com grande concentração de unidades de referência, equipamentos e profissionais especializados nas regiões Sul e Sudeste do país. (TEIXEIRA et al, 2012).

A organização desta rede de atenção oncológica (composta por serviços filantrópicos, da medicina previdenciária e liberal) ocorreu a partir da Portaria 3535 de 02 de setembro de 1998, que estabeleceu critérios para cadastramento e repasse de financiamento do SUS aos Centros de Atendimento em Oncologia (CACONS) em todo o território nacional. Posteriormente, ao longo dos anos de 2000, o Projeto Expande surgiu como estratégia do Ministério da Saúde para reduzir iniquidades regionais de oferta de serviços de alta complexidade em oncologia (concentrados nas regiões Sul e Sudeste), através da implantação de 20 CACONS nas demais regiões do Brasil. Tal estratégia não acompanhou, porém, a incidência do câncer no país, permanecendo muito aquém de garantir diagnóstico em tempo hábil para o controle da doença. Uma das consequências disto tem sido o aumento no tempo de espera para acesso a exames, procedimentos e consultas até o diagnóstico conclusivo e início do tratamento; a outra é o agravamento da morbimortalidade por câncer. Neste contexto, a publicação da Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, ao determinar o prazo de 60 dias para o início do tratamento oncológico no SUS, contribuiu para o acesso a consultas, internações, quimioterapia, radioterapia e cuidados paliativos, através da Judicialização do acesso à Saúde.

Esse conjunto de condicionalidades sociohistóricas devem ser somadas aos fatores socioculturais para conformar a percepção das necessidades de saúde e a concretização da

demanda por serviços, explicando a chegada tardia dos homens com câncer de mama aos serviços de saúde – tema do próximo eixo teórico-conceitual.

## 2.2- Masculinidades e Saúde

Embora o genérico universal “homem” tenha sido considerado um termo neutro para designar a humanidade, os estudos sobre masculinidades numa perspectiva relacional de gênero têm demonstrado que não se nasce homem, torna-se homem; ou seja, que o padrão masculino se conforma segundo as construções socioculturais. Dentre estes estudos, têm relevância os de Connel (1995), que define o conceito de masculinidade como:

[...] uma configuração de prática em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero. Existe, normalmente, mais de uma configuração desse tipo em qualquer ordem de gênero de uma sociedade. Em reconhecimento desse fato, tem-se tornado comum falar de "masculinidades". (CONNELL, 1995, p. 188)

Para aprofundar o conceito, Connell (2013) desenvolve as noções de masculinidade hegemônica e de outras masculinidades alternativas como um conjunto de práticas exercidas, tanto por homens quanto por mulheres, que respondem tanto em nível local quanto global, à contínua subordinação das mulheres pelos homens. O termo “hegemonia” não designa a masculinidade da maioria dos homens, e sim aquela soberana na sociedade, pois depende de certo consenso ou participação dos grupos subalternos.

Nesse sentido, a masculinidade hegemônica pressupõe as outras expressões não hegemônicas, ou seja, que não adquirem a rubrica da legitimação do patriarcado e que muitas vezes caminham a reboque da primeira. É o caso das ‘masculinidades cúmplices’, que não exercem uma hegemonia, mas também não a questionam, ou das ‘masculinidades subordinadas’, que são marginalizadas. Ou seja, Connell (2013) afirma que há uma pluralidade e hierarquia entre as masculinidades e, em seu contexto, um bloco hegemônico que se constrói e reconstrói historicamente pela sua multiplicidade de padrões, adaptando-se às mudanças conjunturais e mantendo o poder nas relações entre os gêneros.

A “hegemonia externa” se refere à institucionalização da dominação dos homens sobre as mulheres; e a “hegemonia interna” se refere à ascendência social de um grupo de homens sobre todos os outros homens [...] masculinidades subordinadas e marginalizadas são vistas como não tendo nenhum impacto na construção da masculinidade hegemônica. Masculinidades não hegemônicas existem em tensão com, mas nunca penetram ou impactam a masculinidade hegemônica. (CONNELL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 260-261).

Entretanto, mesmo entre os representantes destas masculinidades subordinadas existem sobreposições e contradições que envolvem, por exemplo, relações étnico-raciais. É muito importante deixar claro que não se tratam de padrões fixos e atemporais; são dinâmicos, já que masculinidades são práticas e não identidades. Podem ser exercidas por

quaisquer pessoas, em diferentes contextos, não havendo sentido nenhum em classificar cada homem dentro de um tipo específico de masculinidade. Esses conceitos são mais relevantes para se enxergar processos do que categorias bem constituídas e delimitadas.

É desejável eliminar qualquer uso da masculinidade hegemônica como fixa, como um modelo trans-histórico. Esse uso viola a historicidade do gênero e ignora a evidência massiva das transformações nas definições sociais da masculinidade. (CONNEL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 252)

Oliveira (2004), por sua vez, caracteriza a masculinidade como espaço simbólico de sentido estruturante que modela atitudes, comportamentos e emoções, sendo a heterossexualidade e a dominação os principais símbolos da masculinidade hegemônica. Neste contexto, Gomes (2008), acrescenta que são supervalorizadas características como

a força, o poder sobre os mais fracos (sejam as mulheres ou outros homens), a coragem, a atividade (aqui entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual), a potência, a resistência, a invulnerabilidade, entre outras qualidades consideradas positivas (GOMES, 2008, p. 77).

A discussão sobre o conceito de masculinidades, ainda de acordo com Oliveira (2004), está pautada no enfoque sobre as fragilidades que a masculinidade hegemônica acarreta para a saúde dos homens. Segundo o autor supracitado, “apesar de todas as mudanças socioestruturais e todos os movimentos que continuamente contestam a hegemonia masculina, esse lugar simbólico ainda é bastante valorizado e funciona como bússola de orientação para a construção de identidades em diversos segmentos sociais” (p. 285). Esta concepção fundamenta uma suposta invulnerabilidade masculina, segundo a qual os comportamentos de risco à saúde mais comuns entre homens do que entre mulheres (maior consumo de bebida alcoólica, de alimentação inadequada, tabagismo, uso de drogas, exposição à violência urbana e acidentes automobilísticos), alimentam este mito, ao mesmo tempo em que vulnerabilizam os homens, tornando-os alvo da medicalização na sociedade capitalista moderna. Este pressuposto nos leva a considerar o acesso à saúde como multifatorial, sendo a construção das masculinidades um dos fatores que explicam a chegada tardia dos homens aos serviços de saúde para diagnóstico/tratamento, pois não se mudam comportamentos de risco sem mudar as normas culturais que os influenciam.

Os determinantes sociais da saúde dos homens foram levantados anteriormente, mas o conceito de papel sexual estava muito difuso para ser considerado útil. Os conceitos de múltiplas masculinidades e de masculinidade hegemônica foram progressivamente mais usados para compreender as práticas de saúde dos homens e comportamentos que envolvem risco. Os conceitos de masculinidade hegemônica e subordinada ajudaram na compreensão da exposição dos homens a situações de risco, como também acerca de suas dificuldades para lidar com as próprias incapacidades e ferimentos. (CONNEL; MESSERSCHMIDT, 2013, p. 246)

O reduzido envolvimento dos homens com as necessidades de saúde (seja no que se refere ao autocuidado ou ao cuidado de outra pessoa) está, portanto, relacionado aos modelos de masculinidades. Segundo Schraiber et al (2005), os homens morrem em faixas etárias mais jovens do que as mulheres, sendo os homicídios e acidentes de trânsito as principais causas de mortes masculinas. Tais causas podem ser associadas a dois grandes símbolos masculinos – as armas e os carros. Ainda sobre as causas externas, os homens adultos sofrem mais violência física relacionada ao trabalho e ao crime, enquanto as mulheres sofrem mais violência física e sexual no âmbito doméstico (SCHRAIBER et al., 2005). Quanto ao uso dos serviços de saúde, Gomes (2008, p. 52) afirma que as mulheres procuram mais os serviços para a realização de exames de rotina e prevenção (mulheres 40,3% e homens 28,4%) e os homens mais por doenças já avançadas (homens, 36,3% e mulheres 33,4%). Entre os fatores que justificam ainda essa baixa procura dos homens por serviços preventivos, o autor supracitado aponta os seguintes:

distância entre o local de trabalho dos homens e a localização dos serviços de atenção primária em saúde; b) os horários de funcionamento das unidades básicas de saúde, incompatíveis com a disponibilidade dos homens; c) a crença de que homens devem ser fortes para a doença; d) a falsa percepção de que os serviços de atenção básica são espaços para mulheres e crianças (GOMES, 2008, p. 52)

Considerar esses condicionantes no acesso à saúde ganha conotações bem mais singulares quando a doença é totalmente imprevista por atingir uma parte do corpo que não pertence à construção da masculinidade, como no caso do câncer de mama masculino.

### **2.3 Câncer de Mama em Homens**

Entre os fatores de risco para desenvolvimento do câncer de mama masculino destacam-se a interferência de história familiar positiva em parentes de primeiro grau. Sobre este fator de risco “estudos mostraram que até 4% dos homens com câncer de mama têm mutações BCRA1 e 4% a 16% apresentam mutações no gene BCRA2” (GIORDANO, 2018, p. 2315). Outros fatores são: ginecomastia, Síndrome de Klinefelter, obesidade, doença hepática, anormalidades testiculares, uso de estrogênio no tratamento do câncer de próstata e exposição ao tabagismo e alcoolismo (MARQUES; JULIO, 2012). O diagnóstico do câncer de mama masculino, da mesma forma que o feminino, inclui história clínica, exames de imagem e estudo anatomopatológico, sendo este último recomendado para investigação de massas mamárias em homens acima de 50 anos. O tratamento também é o mesmo para homens e mulheres, incluindo intervenções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. As principais queixas dos homens associadas ao diagnóstico de câncer de

mama são: presença de massa indolor palpável próxima à aréola, com ou sem retração e sangramento do mamilo, pele ferida ou nódulo nas axilas. Estes sintomas, em geral, indicam doença avançada quanto maior for o tamanho do tumor.

No Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta do Sistema Único de Saúde (SUS) desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009. Entre os objetivos dessa política estão os de superar os índices de morbimortalidade masculina, qualificando a assistência na perspectiva de integralidade, através de linhas de cuidado e do fortalecimento da atenção básica para garantir a prevenção de agravos evitáveis. Porém, apesar de ser um passo na atenção à saúde da população masculina, a PNAISH partiu de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada pela população-alvo. Além disso, a leitura crítica dessa política evidencia alguns problemas para que seja eficaz no combate aos principais agravos à saúde dos homens, tais como: promoção da saúde entendida como frequência aos serviços de saúde; culpabilização dos homens pelo adoecimento, associando-o apenas à sua falta de adesão aos serviços e ações de saúde; invisibilidade do câncer de mama masculino, na medida em que nem é abordado como risco para a saúde destes indivíduos.

A construção social hegemônica da masculinidade ocorre pela contraposição a tudo o que aproxima o homem do universo simbólico feminino. E a doença é considerada uma condição de vulnerabilidade, mais ainda quando o adoecimento ocorre em uma parte do corpo associada à construção da feminilidade, como é a mama. Essa associação é, para o imaginário masculino, tão ameaçadora quanto o risco de morte por câncer. Se tal realidade já é difícil de transpor no combate ao câncer de próstata (o tipo mais incidente em homens), pelo constrangimento implicado desde os exames para o diagnóstico (como o toque retal) até as possíveis consequências do tratamento (disfunção erétil), maiores barreiras há que se transpor no combate ao câncer de mama em homens, pois sequer suspeitam que seja necessário cuidado com esta parte do corpo (por autoexame, exame clínico ou mamografia).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As reflexões desse artigo nos levam a destacar duas explicações preliminares para os problemas percebidos no cotidiano profissional quanto ao acesso dos homens com câncer de mama aos serviços de saúde: 1) a garantia cada vez menos universal e igualitária do acesso aos serviços públicos de saúde, determinados pela crise de financiamento das políticas sociais no Brasil, principalmente a partir dos anos 1990, dificultam a chegada dos homens ao diagnóstico precoce e ao tratamento do câncer mamário. Além disso, a baixa

incidência do câncer de mama na população masculina é justificativa para pouco investimento em medidas preventivas, resultando em diagnósticos tardios e entrada nos serviços de saúde, em geral, por meio da assistência de alta complexidade ou de emergência, com mau prognóstico, altas taxas de mortalidade e subnotificação do câncer de mama masculino como tumor primário; 2) as construções socioculturais das masculinidades nas sociedades modernas fundamentam o mito da invulnerabilidade masculina, explicando a maneira como os homens lidam com suas doenças e procuram tardiamente os serviços de saúde – entendidos por eles como espaços de cuidado e, portanto, associados ao universo simbólico feminino. Neste contexto, pode se destacar ainda o significado da mama no corpo humano e sua associação apenas com a construção da feminilidade, apesar de existir anatomicamente nos corpos de homens e mulheres, o que se reveste de um significado peculiar quando o homem é diagnosticado com uma doença supostamente feminina, como o câncer de mama.

#### 4. REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. Pensar o gênero: diálogos com o Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 132, p. 268-286, maio/ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.141>

BARATA, R. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.535 de 02 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. Brasília, 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535\\_02\\_09\\_1998\\_revog.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3535_02_09_1998_revog.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1559 de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 1944 de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_home\\_m.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_home_m.pdf)

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e

estabelece o prazo para seu início. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional 95 de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, 2016. Disponível:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm).

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et al (Org.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004.

CONNELL, R.W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**. 20 (2), p.185-206, Porto Alegre, jul./dez 1995.

\_\_\_\_\_. R.; MESSERSCHMIDT, J.W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-281, janeiro-abril, 2013.

GIORDANO, S. H. Breast cancer in men. **New England Journal of Medicine**. 378, p. 2311-2320, 2018. Disponível em:

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1707939>.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2017.

LOLE, A. Gênero e Serviço Social: uma análise a partir do paradigma indiciário. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 127, p. 555-573, set./dez. 2016.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização dos serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1. São Paulo, junho de 2017, p. 1s-10s. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf).

MARQUES, D. L.; JÚLIO, I. C. F. Câncer de Mama Masculino: uma revisão sistemática. **Revista UNINGÁ**, Maringá – PR, n.34, p. 155-162 out./dez. 2012.

OLIVEIRA, P. **A Construção Social da Masculinidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 10, n.1. Rio de Janeiro, ABRASCO, p. 7-17, janeiro / 2005.

SCHRAMM, J. M. de A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.4. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 897-908, 2004.

TEIXEIRA, L.A. et all. **O câncer no Brasil**: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.