

## **CÂNCER DE MAMA MASCULINO: Notas sobre Corpo, Envelhecimento e Sexualidade**

Cláudia Domingues Guimarães (Doutoranda - PPGSS/UERJ) – email:  
cdguimaraesrj@gmail.com

Profa. Dra. Carla Cristina Lima de Almeida (Orientadora: PPGSS/UERJ) – email:  
carlacristina.almeida@yahoo.com.br

V Seminário Internacional Desfazendo Gênero

**Resumo:** Que processos estão na sociogênese da oposição binária entre masculino e feminino, nas demarcações corporais e no controle dos corpos? Masculinidade e dominação são sinônimos na colonialidade moderna? Corpos assignados como masculinos, racialmente marcados, envelhecidos, economicamente desprivilegiados e com câncer de mama são inteligíveis? Quais as intersecções entre tais processos e a sexualidade dos homens acometidos por tal doença? Como esses processos resultam em feminização do câncer de mama, de tal modo que essa doença não seja enxergada em homens? São algumas das indagações que conduziram as reflexões deste artigo sobre corpo, sexualidade e envelhecimento na experiência do câncer de mama masculino no Rio de Janeiro. O referencial teórico dos Feminismos, dos estudos sobre masculinidades e do pensamento decolonial latino-americano forneceu a base conceitual para a argumentação, considerando a interseccionalidade importante ferramenta analítica para entender como as fronteiras entre corpo, envelhecimento e sexualidade são borradas e se moldam mutuamente neste contexto. A literatura médica pontua que o câncer de mama se apresenta entre os homens numa faixa etária mais idosa, em comparação com as mulheres, e que as intervenções terapêuticas para o controle da doença não diferem entre os sexos, interferindo na sexualidade, no exercício das atividades laborativas e da vida diária. A partir das expressões do câncer de mama masculino, o corpo é focado como território atravessado por todos os sistemas de opressão – classismo, heterossexismo, racismo, LGBTfobia, capacitismo e colonialidade.

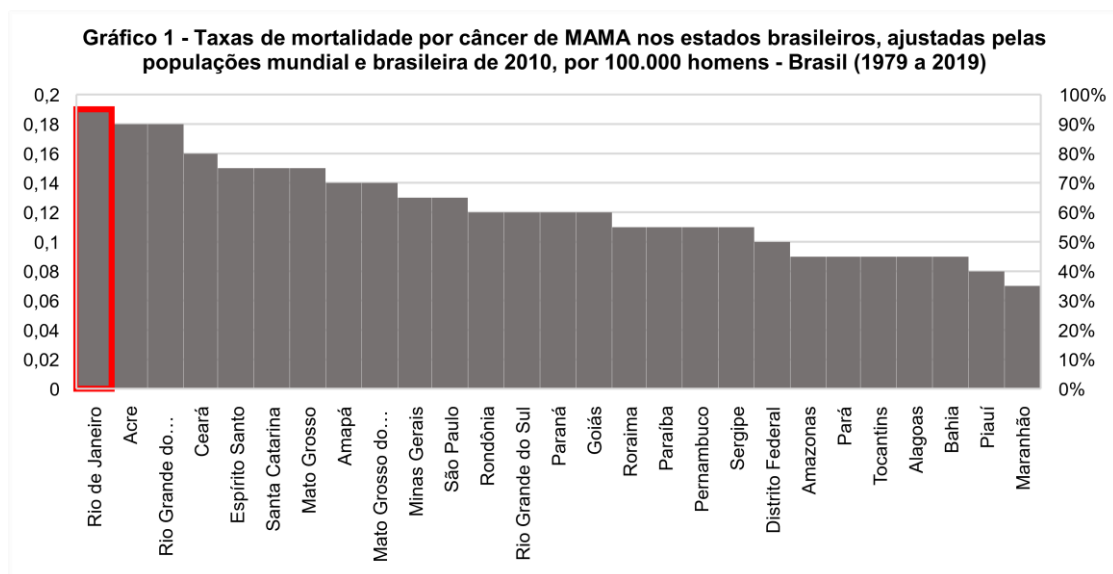
**Palavras-chave:** câncer de mama masculino; corpo; envelhecimento; sexualidade

**Abstract:** *What processes are involved in the sociogenesis of the binary opposition between male and female, in bodily demarcations and in the control of bodies? Are masculinity and domination synonymous in modern coloniality? Are bodies assigned as male, racially marked, aged, economically underprivileged and with breast cancer intelligible? What are the intersections between these processes and the sexuality of men affected by this disease? How do these processes result in the feminization of breast cancer such that this disease is not seen in men? These are some of the questions that led to this article's reflections on the body, sexuality and aging in the experience of male breast cancer in Rio de Janeiro. The theoretical framework of Feminisms, studies on masculinities and Latin American decolonial thinking provided the conceptual basis for the argument, considering intersectionality important analytical tool to understand how the boundaries between the body, aging and sexuality are blurred and mold each other in this context. The medical literature points out that breast cancer is present among men in an older age group, compared to women, and that therapeutic interventions to control the disease do not differ between genders, interfering with sexuality, in the exercise of activities work and daily life. From the expressions of male breast cancer in Rio de Janeiro, the body is seen as a territory crossed by all systems of oppression – classism, heterosexism, racism, LGBTphobia, capacitation and coloniality.*

**Keywords:** *male breast cancer; body; aging; sexuality*

## Introdução

O câncer de mama masculino é um problema de saúde pouco conhecido e o estudo sobre a construção social das masculinidades pode contribuir para compreender suas expressões no Sistema Único de Saúde (SUS), tomando-se como base a realidade no Rio de Janeiro que, apesar de pioneiro na criação de instituições governamentais e filantrópicas que compõem a rede de controle do câncer no Brasil (TEIXEIRA, 2010), apresenta maior mortalidade por esta doença em homens no país, conforme o gráfico a seguir elaborado a partir do Atlas da Mortalidade por câncer no Brasil (INCA, 2021).



Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM  
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

O câncer (ou neoplasia maligna) tem causas multifatoriais, envolvendo alterações celulares adquiridas por herança genética, exposição a fatores ambientais ou fisiológicos, associados à industrialização e envelhecimento populacional. Tornou-se um importante problema de saúde pública, com a transição demográfica e epidemiológica<sup>1</sup>, aprofundada na segunda metade do século XX em várias regiões do mundo e, atualmente, faz parte das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)<sup>2</sup>.

A neoplasia maligna de mama é o tipo mais incidente em mulheres na maior parte do mundo, chegando a 2,1 milhões de casos, em 2018. No Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 é de 66.280 casos novos e 1% corresponde ao câncer de mama masculino (INCA, 2019, p. 34). Nos homens as mamas apresentam-se com ductos e lóbulos das glândulas menos desenvolvidos do que nas mulheres. Essa menor quantidade de tecido mamário e sua aproximação à pele e aos músculos, no homem permite, porém, a percepção de nódulos ao

toque. (AMARAL et al, 2017; ARAUJO et al, 2018; COSTA et al, 2019; DANTAS et al, 2015). Apesar disso, o diagnóstico desta doença na maioria dos homens ocorre em estágios mais avançados do que nas mulheres e isto parece estar relacionado à “tendência masculina de negar a doença e subutilizar assistência médica primária” (CONNELL, 2016, p. 144), além das mamas não serem inteligíveis em seus corpos.

Em relação à faixa etária de maior prevalência, Reis (2006, p. 1-2) afirma que o câncer de mama se apresenta, entre os homens, “geralmente após os 65 anos, com pico de incidência aos 71 anos, ou seja, cerca de 10 anos mais tarde que em mulheres”. Além desta característica (que implica em mais comorbidades), a autora corrobora o diagnóstico tardio, relacionando a este fato à baixa suspeita tanto dos próprios homens quanto dos profissionais de saúde.

As barreiras que a agenda neoliberal tem provocado ao funcionamento do SUS – desfinanciamento, retração na oferta de serviços de alta custo e tecnologia (como os de oncologia) e desarticulação entre níveis de assistência – não explicam totalmente esse atraso no controle do câncer de mama masculino. Homens e mulheres compartilham dessas barreiras de acesso aos serviços oncológicos, mas, no diagnóstico tardio dos homens cooperam tanto a feminização do câncer de mama quanto a construção social das masculinidades.

Sobre o conceito de barreira é importante destacar que remonta aos movimentos sociais e estudos sobre deficiência que eclodiram entre as décadas de 1970 e 1980 na Inglaterra e EUA, para nomear os obstáculos físicos, psicológicos, ambientais e socioculturais à plena inclusão social das pessoas com algum tipo de limitação corporal ou intelectual; e se espalhou para o âmbito da saúde coletiva, ao longo das duas últimas décadas, relacionando indivíduo e contexto social na análise dos processos de saúde-doença. Merece, porém, ser destacado que “barreira sociocultural” funciona como um termo guarda-chuva para dar conta de uma infinidade de questões que interferem no acesso à saúde (entre elas as de gênero) e será utilizado neste artigo para pensar a interferência da construção social das masculinidades no controle do câncer de mama masculino, tentando ampliar a leitura endógena da política de saúde, incluindo-a na ordem de gênero da qual faz parte.

Segundo Oyewomi (2021) dois elementos são fundamentais na “bio-lógica ocidental” que confere inteligibilidade aos corpos e estão na sociogênese da oposição binária entre masculino e feminino, nas demarcações e no controle dos corpos: a naturalização do dimorfismo sexual e a heterossexualidade compulsória. Esses dois elementos, normatizados pela racionalidade científica ocidental, sustentam uma perspectiva essencialista de gênero e corpo-sexuado, destilando a concepção de que já se nasce homem ou mulher, com corpos equipados para funções específicas. Segundo esta “bio-lógica”, as mamas só são inteligíveis em corpos

femininos, desde que a classificação taxonômica de Lineu (século XVIII) incluiu os humanos entre os mamíferos.

A perspectiva relacional de gênero e o construcionismo social permitem compreender que o corpo-sexuado e o gênero não são instâncias naturais temporalmente estáveis, nem universais do ponto de vista cultural. A partir de certas identificações sexuadas, as pessoas são posicionadas ou se posicionam socialmente e formatam seus corpos segundo normas de ser homem, ser mulher ou ser não-binário.

A epistemologia feminista contribuiu para desnaturalizar corpo/sexo e dessencializar o gênero. Os estudos sobre homens, no seu contexto, agregaram a compreensão das masculinidades hegemônica e cúmplices, enquanto práticas relacionais de poder, construídas e vivenciadas por homens e mulheres (CONNELL, 1995, 2013), apurada pela crítica do feminismo negro ao viés supremacista destes estudos, por desconsiderarem como os processos de racialização interferem na subordinação masculina.

Soma-se a contribuição do feminismo decolonial (LUGONES, 2014), em sua vertente latino-americana, pela releitura das relações de gênero sob a colonialidade de poder (QUIJANO, 2000), clarificando a participação desigual de homens e mulheres colonizados na riqueza material, na produção do conhecimento, nas ordens de gênero global e locais, iluminando estudos sobre as masculinidades em territórios latino-americanos.

Essa perspectiva permite pensar como os homens brasileiros se constroem numa formação social que reifica o “mito da não violência” (CHAUI, 2012) em relações de gênero/sexualidade conservadoras. Este é um mito fundante da sociedade brasileira, que caracteriza a nação como pacífica, alegre, avessa ao conflito e reifica ao longo do tempo, valores e práticas, sob discursos que, ao mesmo tempo, esvanecem e reiteram a violência.

Assim, por exemplo, o machismo é colocado como proteção natural à natural fragilidade feminina e proteção inclui a ideia de que as mulheres precisam ser protegidas de si próprias, pois, como todos sabem, o estupro é um ato feminino de provocação e sedução; o paternalismo branco é visto como proteção para auxiliar a natural inferioridade dos negros; a repressão contra os homossexuais é considerada proteção natural aos valores sagrados da família e, agora, da saúde e da vida de todo o gênero humano ameaçado pela Aids, trazida pelos degenerados; a destruição do meio ambiente é orgulhosamente vista como sinal de progresso e civilização. (CHAUI, 2012, p. 157)

Na produção de conhecimentos e nas práticas de cuidado em saúde no Brasil operam ainda a “coprodução entre gênero e ciência” (ROHDEN, 2012) e o “sexismo institucional epistêmico” (bell hooks, 2018), reforçando a tríplice desigualdade (gênero, raça, classe) e demandando a ferramenta analítica da interseccionalidade para superar simplificações universalistas que “naturalizam diferenças”. Segundo Collins e Bilge (2020, p. 16)

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente.

Nos interessam, particularmente, as chaves que a perspectiva interseccional pode oferecer para o estudo das masculinidades no âmbito da saúde coletiva, onde se insere o câncer de mama masculino, considerando as características apresentadas pela literatura médica de prevalência desta doença em homens acima dos 50 anos, além do diagnóstico tardio e interferências do tratamento na autoimagem corporal e sobre a sexualidade. Adotamos, portanto, essa ferramenta analítica para entender como se moldam mutuamente o corpo (marcado pela raça, classe social e gênero), o envelhecimento e a sexualidade na situação do câncer de mama masculino, problematizando-as em notas, no desenvolvimento deste artigo.

A partir do referencial teórico, sucintamente pontuado, consideramos que se interconectam, no diagnóstico tardio do câncer de mama masculino, a “feminização” da doença (e a palavra está entre aspas para ressaltar que o câncer de mama não é exclusivo de mulheres), a baixa suspeita por não serem as mamas inteligíveis em corpos de homens e a subutilização que eles fazem dos serviços de saúde. Também participam destes processos maior investimento em pesquisas e ações de prevenção e rastreamento da doença na população feminina, prescindindo a formulação da política de saúde e a capacitação de seus profissionais de um novo olhar sobre corpo, sexo e gênero.

## **Desenvolvimento**

### **1. Corpo**

Partimos do pressuposto de que o corpo não pode ser pensado como entidade biológica universal. Ele é atravessado por todos os sistemas de opressão – classismo, colonialismo, sexismo, racismo, LGBTfobia e capacitismo, sendo uma categoria potente para a análise interseccional. O capacitismo opera na constituição de todos os corpos por meio de normas que estabelecem parâmetros para funcional/disfuncional, normal/patológico e uma infinidade de concepções pendulares que os qualificam como mais ou menos capazes do ponto de vista físico ou intelectual. Neste processo opera a corponormatividade (MELLO; NUERNBERG, 2012), por padrões hegemônicos que não compreendem a deficiência como constituinte da condição humana.

Outras noções importantes a serem consideradas neste debate são as de “gêneros inteligíveis”, “corpos abjetos” e “vidas precárias” (BUTLER, 2002) para pensar, na relação contraditória entre indivíduo e sociedade, a existência de múltiplas corporeidades e sexualidades na lógica binária. De acordo com Butler (2002), a inteligibilidade pressupõe a conformidade do gênero com o corpo-sexuado e com a heterossexualidade, relegando-se à abjeção e à precariedade da vida (em termos de cidadania e pertencimento social) aqueles que se constroem fora desta conformidade e cujas vidas não parece importar na formulação de políticas sociais. E se pensarmos que a construção das sociabilidades masculinas não brancas envolve, contraditoriamente, hipervirilização/controlado estatal do corpo, desumanização da sexualidade (FANON, 2008), emasculação pelo patriarcado branco, em que medida a precarização da vida é maior entre homens racialmente marcados, idosos e com câncer de mama?

Partimos do pressuposto de que doenças são socialmente determinadas, concordando com Barata (2009, p. 20) quando afirma ser o processo saúde-doença condicionado de tal modo que desigualdades na apropriação dos bens materiais e simbólicos, em sociedades como a brasileira, são potencializadas por desemprego e pauperismo, expressões da questão social. A posição de classe social, porém, não explica sozinha as desigualdades de saúde, sendo necessário interseccioná-la com raça/etnia, gênero/sexualidade, geração, deficiência e território. Um dos indicadores importantes é o de mortalidade e a tabela 1 apresenta este índice entre homens segundo cor/raça no Rio de Janeiro, entre 2010 e 2019, elucidando desigualdades.

**Tabela 1- Óbitos por Faixa Etária segundo Cor/raça entre homens no Rio de Janeiro (2010-2019)**

Cor/raça	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
<b>TOTAL</b>	<b>16.216</b>	<b>2.531</b>	<b>1.463</b>	<b>2.440</b>	<b>15.704</b>	<b>39.025</b>	<b>37.215</b>	<b>53.166</b>	<b>101.775</b>	<b>139.866</b>	<b>144.952</b>	<b>144.641</b>
Branca	6.293	1.083	617	844	4.062	11.572	12.922	20.193	44.846	71.367	86.124	99.738
Preta	1.061	272	174	413	2.926	7.102	7.188	10.679	18.434	21.689	17.999	13.655
Amarela	14	2	3	4	10	44	46	62	147	231	300	314
Parda	7.804	1.093	641	1.139	8.566	19.822	16.426	21.375	36.897	44.930	38.816	29.296
Indígena	13	1	-	1	5	11	19	31	48	65	74	54
Ignorado	1.031	80	28	39	135	474	614	826	1.403	1.584	1.639	1.584

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

De acordo com Monteiro e Maio (2008, p. 126-127), entre as doenças mais comuns na população negra algumas tem um traço ancestral (Anemia Falciforme, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e as comorbidades associadas, como coronariopatias e Insuficiência Renal Crônica), mas boa parte delas são socialmente condicionadas, como a dependência química, o etilismo, a tuberculose, a desnutrição, a AIDS, os transtornos mentais, os homicídios, os acidentes de trânsito e de trabalho que vitimizam sobretudo homens jovens. Podemos observar na tabela 1, maior mortalidade entre pretos e pardos do sexo masculino em

todas as faixas etárias até os 60 anos. Entre os principais fatores vale citar o acesso restrito aos serviços de saúde, educação, habitação/saneamento básicos, bem como ao mercado de trabalho, renda e alimentação. Nesse sentido, entre os meninos pretos e pardos de 0 a 5 anos, a mortalidade relaciona-se tanto a complicações perinatais quanto a doenças infecciosas e desnutrição. Os jovens negros de 10 a 29 anos, são os principais alvos da violência e criminalização da pobreza. Acrescenta-se a isso, entre os adultos de 20 a 59 anos, as mortes por HIV/AIDS e tuberculose. Já a sobremortalidade acima dos 60 anos entre brancos indica maior longevidade – questão associada a condições de vida mais satisfatórias.

Quanto ao território carioca, consideramos pertinentes as mediações analíticas construídas por Beatriz Nascimento entre favelas, “bailes black”, agremiações carnavalescas, comunidades negras rurais contemporâneas e os quilombos, apresentando o viés de “continuidade histórica” (NASCIMENTO, 1981) entre estes espaços. Nos quilombos, projetos de nação foram protagonizados como território de liberdade “apropriado pelo corpo negro numa relação de poder” (RATTS, 2006, p. 63). Nos territórios negros do Rio de Janeiro, a “continuidade histórica” ocorre via invasão e violência pelo poder institucionalizado.

A precarização do acesso à saúde, proporcionada pelo racismo estrutural (ALMEIDA, 2019), se intersecciona com a inserção de classe social de homens envelhecidos, onde a percepção do câncer de mama e a busca por serviços de saúde também é prejudicada pela necessidade de permanência por mais tempo no mercado de trabalho, ainda que na informalidade, seja pela perda no poder aquisitivo das aposentadorias, seja pela inviabilidade de acesso às mesmas em contexto neoliberal.

Aqueles que conseguem acessar diagnóstico e tratamento para o câncer de mama, enfrentam (assim como as mulheres) as alterações corporais dele decorrentes. A cirurgia (mastectomia), em associação à quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia são intervenções médicas que, independentemente do gênero, podem provocar alterações físicas que interferem nas atividades da vida diária, do trabalho e na sexualidade.

A mastectomia simples indica remoção do complexo mamário (glândulas, pele, mamilo e aréola); já a mastectomia radical supõe também a remoção de músculos peitorais e linfonodos axilares, além do complexo mamário. O membro superior homolateral à cirurgia pode desenvolver alterações funcionais, sendo o linfedema a mais comum (tanto para mulheres como para homens), por restrição na circulação do fluxo linfático, resultando em aumento de volume em algumas regiões do braço ou nele todo, necessitando acompanhamento fisioterapêutico. Mesmo aqueles que se submeteram à algum tipo de mastectomia, mas não desenvolveram linfedema, enfrentam dificuldades para as atividades cotidianas, uma vez que, para preveni-lo,

devem evitar peso, movimentos bruscos, rápidos e repetitivos, exposição a altas temperaturas, lesões cutâneas, cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirada de cutículas e/ou depilação no braço homolateral à cirurgia (FABRO et al., 2016).

Em que pese o valor do trabalho para a construção social das masculinidades e associação ao papel masculino de provedor, o linfedema pode ser um obstáculo ao trabalho braçal e manual, com consequências para a vida material e simbólica de homens que, apesar do câncer de mama controlado, precisam conviver com essa sequela, que pode ser crônica. Além disso, a alopecia provocada pela quimioterapia (outra experiência corporal narrada com sofrimento pelas mulheres acometidas pela mesma doença e subsumidas ao mesmo tratamento) aparece, entre os homens, como igualmente pesada; e a perda da barba para eles parece ter significado semelhante que a perda dos cabelos tem para elas.

Além da centralidade do trabalho na construção social da masculinidade nas sociedades modernas, outro atributo que faz parte deste processo e que também pode ser afetado pelo tratamento para o câncer de mama masculino é a virilidade (em termos de potência sexual masculina) sobre a qual interfere a hormonioterapia, cujos efeitos colaterais são semelhantes aos sintomas dos climatérios feminino e masculino (fogachos, dores musculares e articulares, fadiga, alteração na libido e impotência sexual). Como boa parte das neoplasias malignas de mama são sensíveis à hormonioterapia, é um tratamento comum para reduzir o tamanho do tumor, o risco de desenvolvimento de câncer na mama contralateral, retardar ou interromper a evolução da doença. A adesão a este tipo de terapia, para alguns homens, pode ser interpretada como sacrificar a virilidade e lidar com os vestígios corporais de uma “doença feminina”.

## **2. Envelhecimento**

A concepção moderna sobre envelhecimento, segundo Debert (2004), vem sendo construída desde a segunda metade do século XIX, pelo imbricamento entre três processos centrais: a) a solidariedade intergeracional que rege os sistemas previdenciários; b) a queda nas taxas de natalidade e mortalidade proporcionando maior longevidade, que caracterizaram a transição demográfica, principalmente entre as décadas de 1960 e 1990, com especificidades geopolíticas; c) a produção de conhecimentos específicos (sob a hegemonia da geriatria e gerontologia) concomitante ao desenvolvimento de um mercado (turismo, alimentos, produtos de beleza, etc.) consolidando, a partir da década de 1990, o paradigma do prolongamento no mercado de trabalho e da sexualidade ativa como sinônimos de envelhecimento bem sucedido.



Apesar de ser uma das principais conquistas sociais da segunda metade do século XX, o envelhecimento populacional entrou na agenda das políticas públicas como um problema, pelo discurso da contabilidade atuarial que relaciona desequilíbrios financeiros da seguridade social aos impactos da longevidade na reestruturação produtiva (flexibilização, precarização e intermitência no mercado de trabalho formal e informal, urbano e rural), justificando reformas restritivas. O descolamento entre produção e reprodução social oculta a participação econômica dos idosos das classes trabalhadoras, seja pelos seus rendimentos oriundos de aposentadorias, pensões ou do seu trabalho, coexistindo o paradoxo entre a idade avançada como risco social a ser coberto pelo sistema previdenciário e o estímulo à permanência dos idosos no mercado de trabalho, seja pelos discursos sobre a maximização do corpo, seja pelo baixo valor das aposentadorias no suprimento de suas necessidades sociais.

De acordo com Barbieri (2014), apesar da interdisciplinaridade crescente no campo de estudos sobre o envelhecimento, a hegemonia do referencial biomédico conquistado pela Geriatria e Gerontologia tem sustentado ajustes neoliberais nas políticas sociais destinadas a este grupo, desobrigando o Estado da proteção social e incentivando o consumo do bem-estar no mercado e as práticas de cuidado centradas no familismo (MIOTO, 2015). A relação entre o Estado neoliberal e as famílias brasileiras tem se construído, portanto, pela tríade transferência de responsabilidades, compartilhamento e omissão, onde o cuidado a homens idosos e doentes, exercido predominantemente por mulheres na esfera doméstica, caracteriza-se como trabalho gratuito, onde elas assumem os custos privados da reprodução social (ALENCAR, 2009, p. 71).

A ocorrência mais prevalente do câncer de mama entre homens idosos, evidencia duas questões principais nas interconexões entre corpo, envelhecimento e sexualidade na experiência do câncer de mama masculino.

A primeira delas diz respeito a desproteção social, causada por retração no atendimento integral e universal no SUS (para assistência médica e acesso a medicamentos), baixo rendimento das aposentadorias/pensões, e transferências familiares de renda para a satisfação de necessidades básicas. A reestruturação produtiva e as reformas neoliberais nos sistemas de proteção social foram concomitantes aos novos arranjos familiares, com crescimento de famílias unipessoais ou extensas nas quais os idosos são importante fonte de renda.

A segunda questão refere-se ao binômio autonomia e dependência nas práticas de cuidado e gestão de riscos, construídas em torno dos idosos com câncer em contexto de pandemia de Covid-19. Tendo em vista a situação de emergência sanitária, com a disseminação mundial do novo coronavírus a partir do primeiro trimestre de 2020, ressurgiram os discursos sobre grupos de risco, dentre os quais os idosos foram classificados como o preferencial ao agravamento da

síndrome aguda respiratória provocada pelo novo vírus. Entre as práticas de controle dos corpos, que acompanharam tais discursos, o isolamento social foi o mais contrastante com o “envelhecimento ativo” em voga desde a década de 1990. Como adverte Henning (2020, p. 151), a pessoa idosa se tornou, neste contexto, “um ente pluripotente” sendo ao mesmo tempo a) ‘problema social’, demandando políticas públicas; b) “vida dispensável” frente ao despreparo dos sistemas de saúde quanto as demandas tecnológicas de enfrentamento dos casos graves de Covid-19 em UTIs; c) sujeito ativo a quem deve ser resgatada a autonomia em todos os sentidos (trabalho, lazer, sexualidade, etc.).

Não se pode perder de vista, porém, que o alcance desta pandemia não fez dela um fenômeno universal, atingindo com força particular idosos pobres, negros, com doenças preexistentes e sem acesso regular a serviços de saúde, reiterando desigualdades também no Brasil. O adoecimento por câncer de mama masculino, associado ao envelhecimento racialmente marcado apresenta-se, em contexto pandêmico, atravessado por outras contradições: a) coabitação intergeracional e a circulação do cuidado (entre familiares ou terceirizado) tendo como principais prestadores as mulheres negras e mal remuneradas, evidenciando a feminização, racialização e precarização do trabalho do *care*; b) transferência de renda, contraditoriamente relacionada ao desemprego estrutural, ao estímulo à terceira idade produtiva e à perda no poder aquisitivo das aposentadorias no Brasil.

### 3. Sexualidade

Outra questão que merece destaque entre homens idosos e com câncer de mama refere-se aos desafios para a sexualidade. De acordo com Henning e Debert (2015), os estudos contemporâneos sobre sexualidade e envelhecimento vinculam esta etapa da vida à diluição dos papéis sociais por inter-relação entre o declínio na produção econômica e na reprodução biológica, configurando uma visão homogênea da velhice. Para os autores,

A hipótese de que a velhice é uma experiência homogênea funda a gerontologia, que, em termos sintéticos, poderia ser concebida como a ciência que estuda os velhos. A perspectiva que orientou os primeiros estudos na área considerava que os problemas enfrentados pelos idosos eram tão prementes e semelhantes que minimizavam as diferenças em termos, por exemplo, de etnicidade, classe, gênero, religião e sexualidade. (HENNING; DEBERT, 2015, p. 12)

Aquino (2011), por sua vez, destaca que a sexualidade despontou no ocidente como alvo de conhecimento no contexto das transformações sociais em curso desde o século XVIII e que alcançaram ápice na segunda metade do século XX, através do movimento feminista, LGBTQIA+, da massificação dos métodos contraceptivos e do advento da AIDS a partir da

década de 1980. E Duarte (1999) acrescenta dois outros paradigmas moldando geração e sexualidade: a) o esforço de maximização da vida e b) a otimização do corpo como fonte de prazer.

Restier e Souza (2019, p. 10), entretanto, ao analisarem o processo de subalternização dos homens negros durante o colonialismo, sobretudo no Brasil, ressaltam como a mestiçagem teve um caráter estratégico para estabelecer o homem branco como modelo de virilidade dominadora, através do estupro sistemático das mulheres negras e interdição dos homens negros às mulheres brancas por severas punições garantindo, ao mesmo tempo, reprodução da força de trabalho subsumida à escravidão e desumanização do homem negro, cuja sexualidade foi associada à violência e o corpo foi hipervirilizado.

Nas interfaces entre envelhecimento e sexualidade, Rohden (2011, p. 162) aponta que, a partir dos anos 2000 “tem se assistido à configuração de um novo modelo de representações acerca do envelhecimento masculino no qual se privilegia a dimensão da sexualidade”. Debert e Brigeiro (2012) complementam assinalando a “erotização da velhice”, onde o prolongamento da vida sexual é parâmetro de qualidade de vida. Contraditoriamente, isso tem ocorrido com um certo esvaziamento do caráter subversivo do erotismo, que eclodiu nos movimentos sociais da década de 1970, prevalecendo concepções heteronormativas em detrimento das sexualidades dissidentes na terceira idade, seja nas agendas de pesquisa ou na popularização destas representações.

Entre os elementos comuns nos estudos das vertentes mais tradicionais da gerontologia e da sexologia sobre erotização na velhice três podem ser destacados: 1) o mito da velhice assexuada; 2) a reprodução da normatividade heterossexual (como se a sexualidade homoerótica fosse interdita nesta fase da vida) e 3) “a desgenitalização da sexualidade masculina”. Esse último elemento, segundo os autores, está relacionado à recomendação de que os homens idosos “explorem novas áreas de prazer em seus corpos, uma sexualidade mais complexa e difusa, tal qual essas disciplinas reconhecem ser típico do universo feminino” (DEBERT; BRIGEIRO, 2012, p. 38). A experiência difusa da sexualidade para não torna-la sinônimo do ato de copular, entre os homens idosos com câncer de mama relaciona-se, independente da orientação sexual, também aos efeitos colaterais da hormonioterapia oncológica que resultam em impotência sexual ou redução da libido.

No que concerne à “sexualidade dissidente” nesta etapa da vida, Henning (2017) apresenta o campo de estudos denominado “gerontologia LGBT” como crítica ao predomínio de uma perspectiva heteronormativa que invisibiliza as práticas homoafetivas entre idosos gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros. Num esforço de revisão bibliográfica, o autor destaca tanto

o apagamento da velhice transgênero, quanto a prevalência dos estudos de “gerontologia LGBT” concebidos como “arco terminológico contingente” para pensar a correlação entre envelhecimento e a homossexualidade masculina (a partir da década de 1960), a homossexualidade feminina (a partir da década de 1980), com pouca ênfase para os não brancos, bissexuais, travestis e de classes populares. (HENNING, 2017).

Também é importante pontuar que poucos estudos discutem a situação de pessoas idosas com câncer de mama convivendo com HIV, muitas delas expostas ao vírus no início da pandemia da AIDS e que, atualmente, estão adentrando na chamada “terceira idade” com três ou quatro décadas de suas vidas incluídas na trajetória da própria doença, transitando de seu estereótipo estigmatizante para o da cronicidade, associada a outras doenças prevalentes nesta fase da vida.

### **Considerações Finais**

O câncer de mama masculino é um problema de saúde pouco conhecido, cuja mortalidade pode ser evitada, assim como as sequelas do tratamento oncológico. Para isso, os estudos sobre masculinidades trazem importantes contribuições, permitindo perscrutar como o cuidado em saúde é compreendido enquanto prática feminina, não fazendo parte da construção social do “ser homem”. Além disso, as breves notas aqui apresentadas sobre corpo, envelhecimento e sexualidade na experiência de homens com esta doença podem contribuir para dar visibilidade à questão, apesar da feminização da doença e da lógica binária na compreensão dos corpos, reproduzidas socialmente, inclusive pelas políticas e instituições de saúde.

O diagnóstico de câncer de mama, que é naturalizado para as mulheres, entre os homens traz à tona o azar e a perplexidade de quem é pego de surpresa por um evento “raro”, “excepcional”, como o classifica a literatura biomédica. Enquanto isso, usuárias/os de uma política pública de saúde universal nos princípios legais e excludente na operacionalização do cuidado, experimentam barreiras relacionadas tanto ao sistema de saúde, quanto às masculinidades que se refratam quando vistas sob a lente analítica da inteseccionalidade, que traz à lume desigualdades relacionadas à raça/etnia, geração, inserção de classe social de corpos masculinos com tumores mamários, no tratamento oncológico.

## Referências

- ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: MIONE, A. S. et al. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.
- ALMEIDA, S. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro, Pólen, 2019.
- AMARAL, D. E.D.; MUNIZ, E.M.; CARDOSO, D.H.; NOGUEZ, P. T.; FAGUNDEZ, R.F.F.; VIEGAS, A.C. Câncer de mama masculino: o contexto do sobrevivente. **Rev. Enferm UFPE online** (Internet), Recife, v.11, n.5, p.1783-90, mai. 2017.
- AQUINO, E.M.L.; ARAUJO, T.V.B.; MENESES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. Epidemiologia, sexualidade e reprodução. In: ALMEIDA FILHO, N.; LIMA BARRETO, M. (Org.). **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, p. 581-599, 2011
- ARAUJO, I. B. S.; LEITE, C. B.; AMORIM, T. O.; SILVA, A.N.L.; FERNANDES, R.S.Q.; CARMO, M. S. Câncer de mama em homens. **Rev. Investig, Bioméd.** São Luís, v. 10, n: 3, p. 272-279, 2018.
- BARATA, R. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARBIERI, N. A. **Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice**. São Paulo, Tese (Doutorado) – Ciências, Universidade Federal de São Paulo, 2014.
- BUTLER, J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- CHAUÍ, M. Brasil. Democracia e sociedade autoritária. **Comunicação & Informação.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 149-161, jul./dez. 2012.
- COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- CONNELL, R.W. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, p.185-206, Porto Alegre, jul./dez 1995.
- CONNELL, R.; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica; repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 241-282, janeiro-abril/2013.
- CONNELL, R.; PEARSE, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016
- COSTA, M.C.B.; ADORNO, S.S.; ARAUJO, S.M.B.; SABACK, M.C.; GOMES, K.A.S. Câncer de mama masculino: uma revisão de literatura dos últimos dez anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 2, p.1-8, janeiro, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e220.2019>
- DANTAS, R.C.O.; PEREIRA, J.B.; ALENCAR, L.D.; SOUZA, A.K.A.; FARIAS, M.C.A.D. Câncer de mama em homem: uma realidade brasileira. **REBES**. Pombal, PB, v. 5, n. 3, p. 29-34, jul-set, 2015.
- DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.
- DEBERT, G.; BRIGEIRO, M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. **RBCS**, v. 27 n. 80 outubro, p. 37-54, 2012.
- FABRO, E. A. N.; COSTA, R.M.; OLIVEIRA, J.F. et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/INCA. Rio de Janeiro: **Rev Bras Mastologia.**, v. 26, n. 1, p. 4-8, 2016.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- HENNING, C. E.; DEBERT, G. G. **Velhice, gênero e sexualidade: revisando debates e apresentando tendências contemporâneas**. Mais 60: estudos sobre envelhecimento, São Paulo, v. 26, n. 63, p. 8-31, dez. 2015.

HENNING, C. E. Gerontologia LGBT: velhice, gênero e sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre: UFRGS, ano 23, n. 47, p. 283-323, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000100010>

HENNING, C. E. Nem no mesmo barco nem nos mesmos mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discurso sobre velhices na pandemia da Covid-19. **Cadernos de Campo**. São Paulo: USP [online], v. 29, n. 1, p. 150-155, 2020.

hooks, bell. **O feminismo é para todo mundo**: políticas arrebatadoras. Tradução Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos [recurso eletrônico], 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **O controle do câncer de mama no Brasil**: trajetórias e controvérsias. Rio de Janeiro, INCA, 2018.

\_\_\_\_\_. **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Base de dados. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2019.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo decolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, N. 23, v. 3, set/dez., p. 935-952, 2014.

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 (1), São Paulo, junho de 2017, p. 1-10. 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).

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: intersecções e perspectivas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/HP/Downloads/27650-Texto%20do%20Artigo-91044-1-10-20121231.pdf>

MONTEIRO, S.; MAIO, M. C. Cor/raça, saúde e política no Brasil (1995-2006). In: OSMUNDO PINHO, A.; SANSONE, L. (orgs). **Raça**; novas perspectivas antropológicas. Salvador: EDUFBA, p. 121-150, 2008.

MIOTO, R.C.T.; CAMPOS, M.S.; CARLOTO, C.M. (orgs.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

NASCIMENTO, M. B. Sistemas sociais alternativos organizados pelos negros: dos quilombos às favelas. Relatório narrativo final (mimeo), 1981.

OYĒWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres**: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero. Tradução Wanderson Flor do Nascimento. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

QUIJANO, A. *La colonialidad del poder; eurocentrismo y America Latina*. In: LANDEN, E. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO. Perspectivas latinoamericanas, p. 201-246, 2000.

RATZ, A. **Eu sou Atlântica**: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento. São Paulo: Imprensa Oficial [Recurso Eletrônico], 2006.

RESTIER, H.; SOUZA, R. M. de (orgs.). **Diálogos contemporâneos sobre homens negros e masculinidades**. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2019.

ROHDEN, F. O “homem é mesmo sua testosterona”: promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre: UFRGS ano 17, n. 35, p. 161-196, jan./jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Prescrições de gênero via autoajuda científica: manual para usar a natureza. In: FONSECA, C.; ROHDEN, F.; MACHADO, P.S. (org.) **Ciências na vida**: antropologia da ciência em perspectiva. São Paulo: Terceiro Nome, p. 229-251, 2012.

SCHRAMM, J. M. 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. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, ciências, saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 1, jul, 2010, p. 13-31.

VIVEROS, M.V. **As cores da masculinidade**: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018.

---

Notas

<sup>1</sup> Entende-se por transição demográfica o conjunto de mudanças ocorridas em várias regiões do mundo (a partir da segunda metade do século XX) que alteraram o padrão de crescimento populacional, caracterizando-se pela 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 3 mudanças básicas: 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)

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