



**V CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:  
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS  
VI SEMINÁRIO NACIONAL DE TERROTÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS  
V CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Eixo Temático: Gênero, Família e Políticas Públicas)

**Sexismo e liberalismo na ordem de gênero capitalista e o  
acesso tardio ao controle do câncer de mama masculino**

Cláudia Domingues Guimarães <sup>1</sup>

**Resumo:** o artigo apresenta reflexão bibliográfica sobre imbricamento entre sexismo e liberalismo na política social de saúde brasileira, resultando em barreiras de acesso a homens com câncer de mama ao diagnóstico e controle da doença. Deste processo participam a trajetória histórica de construção da rede de controle do câncer de mama, as disputas entre público e privado, a agenda neoliberal que mingua o SUS, a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde e o sexismo – tão estruturante quanto os fundamentos econômico políticos – na contradição que engendra as políticas sociais no Brasil.

**Palavras-chave:** política social; gênero; neoplasia de mama masculina.

**Abstract:** The article presents a bibliographical reflection on the imbrication between sexism and liberalism in Brazilian social health policy, resulting in access barriers for men with breast cancer to diagnosis and control of the disease. This process involves the historical trajectory of construction of the breast cancer control network, disputes between public and private, the neoliberal agenda that undermines the SUS, the disarticulation between levels of health care and sexism - as structuring as the foundations political economic – in the contradiction that engenders social policies in Brazil.

**Keywords:** social policy; gender; male breast neoplasm.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama não é uma doença exclusiva de mulheres. De acordo com o INCA (2022), o número estimado no Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, é de 73.610 casos novos e, deste quantitativo, 1% atingirá os homens. Para eles, o diagnóstico do câncer de mama é mais tardio do que nas mulheres, resultando em pior sobrevida e maior mortalidade, em função da baixa suspeita tanto dos acometidos pela doença, quanto dos profissionais de saúde, como ressalta Reis (2006, p.4):

[...] o baixo índice de suspeita tanto do paciente como do médico, levam a um retardo no seu diagnóstico. Um estudo publicado em 1995 mostrou que a duração mediana dos sintomas é de 21 meses, sendo que um estudo semelhante publicado em 1941 mostrava um retardo médio de 29 meses para o diagnóstico. Por conta disso, mais de 40% dos casos são diagnosticados nos estágios III e IV, o que confere um prognóstico bastante reservado para estes pacientes.

---

<sup>1</sup> Assistente Social, Doutora em Serviço Social e-mail: [cguimaraesrj@gmail.com](mailto:cguimaraesrj@gmail.com).



Consideramos que os atrasos no diagnóstico e tratamento do câncer de mama masculino têm dois condicionantes principais. De um lado, a construção social das masculinidades, baseada numa representação generificada do corpo no “sistema moderno colonial de gênero” (LUGONES, 2014), interferindo tanto na maneira como os homens lidam com o adoecimento, quanto na formulação de políticas e práticas de saúde pautadas no entrelaçamento entre sexismo e liberalismo. De outro, tem-se a crise de financiamento em contexto de contrarreforma do Estado brasileiro com ataques aos princípios de universalidade, integralidade e (des)organização na rede de atenção oncológica, restringindo acesso ao diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

O argumento central deste artigo é que analisar apenas os limites relacionados à crise da política pública de saúde no Brasil não explica totalmente o acesso tardio dos homens ao controle do câncer de mama. As mulheres com o mesmo diagnóstico também enfrentam barreiras decorrentes da desarticulação entre os níveis de assistência e a escassez na oferta de serviços do SUS (BRITO et al., 2005). Partimos do pressuposto de que os marcadores sociais da diferença (classe social, gênero, geração, raça, capacidade, etc.) atuam sinergicamente com os processos de produção e reprodução social na gênese das desigualdades, moldando barreiras específicas para o controle do câncer de mama masculino. A concepção essencialista e binária forja a produção de conhecimentos e práticas de cuidado por “sexismo institucionalizado sistêmico” (bell hooks, 2018) e “coprodução entre gênero e ciência” (ROHDEN, 2012) na política de saúde brasileira, da qual a rede de atenção oncológica ao câncer de mama é uma de suas expressões.

Ainda que a maioria dos programas de saúde no Brasil sejam conquistas de diversos protagonistas sociais (mulheres, negras/os, idosas/os, LGBTQIAPN+), revelam sua incorporação pelo Estado, reiterando concepções tradicionais de gênero. No caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), por exemplo, o movimento feminista foi fundamental para sua institucionalização, mas percebe-se ênfase na assistência a mulheres cisgênero, principalmente, no que se refere à saúde reprodutiva. Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), enfatiza aspectos sanitários que reforçam o modelo de masculinidade dominante (do homem branco jovem, cisheteronormativo e economicamente privilegiado), desconsiderando as demandas específicas das masculinidades subordinadas (CONNELL, 1995; 2013). Além disso, estas ações programáticas de saúde foram implementadas, no Brasil, em vigência da agenda neoliberal, com focalização do investimento público e fragmentação das lutas políticas.

Para desenvolver os argumentos supracitados, tecemos reflexões sobre os fundamentos da política social na economia política e na ordem de gênero capitalista, tomando como exemplo a dicotomia público-privado na gênese da rede de controle do câncer de mama no estado do Rio de Janeiro.



## 2. DESENVOLVIMENTO

Analisar a gênese da política de atenção oncológica sob a primazia da determinação econômica ou da luta de classes subalterniza as contradições de gênero que são igualmente e estruturantes. A análise marxista sobre política social nos oferece incontestemente arsenal para entender os fundamentos dos mecanismos de proteção social na economia política do capitalismo e, no que concerne à relação entre Estado e sociedade civil, público e privado, converge com as críticas feministas sobre a dicotomia com que estas esferas são pensadas em sociedades estruturadas por relações de classe, raça e gênero. Separar o econômico do político, segundo as críticas marxistas ao liberalismo, tem funções ideológicas de dominação semelhantes à sexualização das esferas pública e privada da vida, masculinizando a primeira e feminilizando a segunda, como destaca Okin (2008, p. 312):

“O econômico é político” é uma afirmação central ao desafio que a esquerda coloca ao liberalismo. Paralelamente, as teóricas feministas, focando o gênero e argumentando que poder e práticas políticas e econômicas são estreitamente relacionados às estruturas e práticas da esfera doméstica, expuseram o quanto a dicotomia entre público e doméstico, também reificada e exagerada pela teoria liberal, serve igualmente a funções ideológicas. O slogan feminista correspondente é, obviamente, “o pessoal é político”.

Ao contrário do que possa parecer, essa polarização naturaliza, no âmbito das principais correntes da teoria política, um tema profundamente ligado às relações de poder como o gênero, incorrendo no que tal autora chama de “falsa neutralidade de gênero”, que “persistiu apesar dos argumentos persuasivos de uma geração de pesquisadoras feministas, muitas das quais emergiram seja como radicais, liberais ou socialistas da Nova Esquerda dos anos 1960” (OKIN, 2008, p. 311).

A construção e operacionalização da política de saúde brasileira, e a atenção oncológica no seu contexto, é um interessante exemplo para se perceber as consequências desta dicotomia até os dias atuais nas práticas sanitárias, na produção de conhecimentos e cuidados, onde liberalismo e sexismo constroem, sinergicamente, barreiras ao acesso dos homens ao diagnóstico e tratamento precoces do câncer de mama.

Quanto aos fundamentos da política social, Mandel (1982) afirma, a partir da teoria do valor, que o modo de produção capitalista tem, entre suas causas contrariantes, a perseguição por superlucros e a queda tendencial na taxa de lucros, ocasionando desequilíbrios econômicos e políticos em diferentes contextos. O desenvolvimento das forças produtivas no capitalismo alcançou o máximo de suas possibilidades na sua fase madura, ou seja, na primeira metade do século XX, oscilando entre momentos expansivos e recessivos que o autor supracitado periodiza em ondas com tendências expansionistas ou depressivas de acumulação de capital. Neste âmbito, a política social nasce e é mediada pela luta de classes.



Ainda segundo Mandel (1982), uma longa onda de expansão caracterizou os 30 anos gloriosos do capitalismo (período que vai da Segunda Guerra Mundial até meados da década de 1960) e teve como pano de fundo: a) a revolução industrial e duas grandes revoluções tecnológicas, gerando aumento na extração de mais-valia, redução do tempo de rotação do capital e incrementando sua acumulação orgânica; b) a emergência do Nazismo, Fascismo, das duas guerras mundiais, da Guerra Fria, do Socialismo Real e do movimento dos trabalhadores no Norte Global; c) as relações imperialistas entre Norte e Sul Global; d) as estratégias keynesianas anticíclicas (pleno emprego no Norte Global, Fordismo); e) o desenvolvimento dos Estados Nacionais e das políticas sociais.

O esgotamento desta onda de expansão, acrescenta Mandel (1982), fez o capitalismo ingressar numa onda longa de estagnação com a crise do padrão de produção/consumo de massas, a terceira revolução tecnológica (mais intensiva na transformação do trabalho vivo em excedente e, conseqüentemente, no barateamento do seu valor), desencadeando intensificação da concorrência internacional e, a partir de meados da década de 1960, desemprego estrutural e crise monetária mundial.

Nesta mesma linha de análise, Harvey (1993) caracteriza os anos de ouro do capitalismo como fruto da acumulação expandida e o período de crise que se configura a partir de 1970, como resultado da acumulação flexível. Para ele, na acumulação expandida, prevaleceram as relações de produção rígidas do Fordismo e as estratégias de regulação do Keynesianismo, onde as políticas sociais tinham um caráter compensatório. Ao contrário, na acumulação flexível, prevaleceu a reestruturação do processo de trabalho, da produção e do padrão de consumo mais diferenciado e efêmero que se difundiu ao longo dos anos de 1980, gerando desemprego estrutural, enfraquecimento do poder sindical dos trabalhadores, precarização dos contratos, emprego temporário e autoemprego. Ao mesmo tempo, as relações de trabalho foram flexibilizadas, quebrando a rigidez do Fordismo, e se tornaram mais focalizados os critérios para acesso às políticas sociais residuais

A acumulação flexível proporcionou a concentração financeira em grandes monopólios, pois avanços tecnológicos na produção/circulação de mercadorias resultaram em compressão espaço-tempo no ciclo de rotação do capital (MANDEL, 1982; HARVEY,1993). Além disso, foi acompanhada por desregulamentação dos Estados no período pós Segunda Guerra como reação burguesa à queda tendencial dos lucros e avanço do capital portador de juros, via investimento externo direto com grande mobilidade geográfica para regiões com força de trabalho mais barata. A participação das economias de industrialização heteronômica (como o Brasil) se deu pela lei do desenvolvimento desigual e combinado na troca de valor entre as mercadorias (incluindo a força de trabalho) e do capital variável, gerando dependência (MANDEL, 1982, p. 249). Nestes processos, a expansão ou a retração das políticas sociais tem ocorrido no escopo da luta de classes e



disputa pelo fundo público na sociedade capitalista madura e participado da reprodução ampliada do capital.

No que se refere às primeiras iniciativas de política social, Boschetti (2012), afirma que significaram, ao mesmo tempo, importantes conquistas da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e mecanismos para a manutenção do emprego, ampliação do consumo e reprodução da força de trabalho (empregada ou desempregada), sendo a seguridade social (saúde, previdência e assistência social) o “núcleo duro na maioria das nações” (BOSCHETTI, 2012, p. 756).

Nos diversos modelos de seguridade social constituídos em diferentes países, duas questões centrais são recorrentes na maioria deles e também no Brasil: 1) a relação entre o primado liberal do trabalho assalariado e seguridade social no capitalismo e 2) os princípios que regem o financiamento das políticas sociais, pois evidenciam imbricações econômicas e políticas e demonstram maior ou menor grau de acesso ao valor socialmente produzido. De acordo com Salvador (2010), os modelos de seguridade social universalistas são financiados mediante impostos, implicando em redistribuições fiscais e acesso para todos os cidadãos, enquanto os modelos contributivos têm a seletividade determinada pela inserção no mercado de trabalho; já os residuais envolvem pouco comprometimento do fundo público no seu financiamento, pois induzem a busca por seguridade social no mercado.

A expansão do capitalismo monopolista, que teve no Estado um importante protagonista, contraditoriamente reivindicou, a partir da segunda metade do século XX, sua retração para que o capital financeiro não encontrasse barreiras (alfandegárias, monetárias, nas legislações trabalhistas ou nos direitos sociais nacionais) à maior mobilidade transnacional e extração predatória de mais-valia. Isso se delineou, principalmente a partir dos anos de 1970 com a ofensiva neoliberal e suas consequências nefastas para as classes trabalhadoras e as políticas sociais, principalmente as da seguridade social.

Portanto, a política social atua sinergicamente nas funções econômicas e políticas do Estado monopolista, de tal modo que os sistemas de seguridade social atenuam a tendência ao subconsumo, ao mesmo tempo em que oferecem ao Estado uma massa de recursos para o fundo público, integradas no circuito da produção e reprodução social. Como assinala Behring (2018, p. 43), as políticas sociais funcionam como “elemento contrariante à queda das taxas de lucro, anticíclicas, e de aceleração do processo de rotação do capital”, ao mesmo tempo em que são conquistas do movimento da classe trabalhadora e atendem a necessidades concretas de reprodução social. Para sua operacionalização, as diversas expressões da questão social (desemprego, pauperismo, doença, deficiência/invalidez, precariedade habitacional, formação da força de trabalho através de sistemas educacionais, etc.), são fragmentadas e setorizadas para a ação estatal por meio de uma burocracia profissional (MANDEL, 1982, p. 347).



Em relação à contribuição dos feminismos para esta discussão, o primeiro elemento a destacar refere-se às tensões do sexismo<sup>2</sup> como estruturantes na formação e nas lutas das classes sociais, evidenciando que elas não são homogêneas. Pensando sobre a política de saúde brasileira a este respeito, opressões de gênero são reiteradas nas ações programáticas, ao pressuporem que já se nasce homem ou mulher, posicionando hierarquicamente os corpos sexuados na divisão do trabalho, segundo funções sociais e biológicas específicas: o masculino equipado para a produção material e o feminino para reprodução social, ou seja, trabalho doméstico não remunerado e gestação de novos trabalhadores. Daí a ênfase na assistência à saúde reprodutiva das mulheres e na medicalização como meio de salvar os homens das práticas sociais que prejudicam a saúde e são, ao mesmo tempo, signatárias da masculinidade. Neste processo, a presença de mamas em homens é ininteligível e, por conseguinte, a possibilidade de desenvolverem câncer nesta parte do corpo, exclusivamente “feminina”.

Além disso, a centralidade da família na seguridade social brasileira reitera tanto o sexismo quanto o liberalismo na política social, cooperando para reforçar o lugar tradicional da mulher como cuidadora e gestora da pobreza (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015) e do homem como provedor material por meio do trabalho (ALVES; MIOTO, 2015). Dentre alguns exemplos desta tendência, podem ser citados, no âmbito da saúde: o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2013) e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 1999) e, no âmbito da política de assistência social, o Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004). Ao enfatizarem a matricialidade familiar na organização dos serviços, tais programas apresentam concepção contraditória da família como sendo, ao mesmo tempo, origem das questões sociais e instância protetiva (LOLE; ALMEIDA, 2017, p. 48). A esse respeito, Michele Perrot (2008) problematiza a mediação que a família exerce entre Estado e sociedade civil:

Sobre a importância da família, instância de regulação fundamental, há unanimidade. Átomo da sociedade civil ela é a administradora dos "interesses privados", cuja boa manutenção é essência para a marcha dos Estados. Pedra angular da produção, ela garante o funcionamento econômico e a transmissão dos patrimônios. Célula de reprodução, ela engendra os filhos, aos quais dá uma primeira socialização. Fiadora da consciência nacional, ela vela sobre a sua pureza e sua saúde. Cadinho da consciência nacional, ela transmite os valores simbólicos e a memória fundadora. A “boa família” é o fundamento do Estado: daí a atenção crescente que ele lhe dá e sua intervenção em caso de incapacidade das famílias pobres, as mais controladas. A família enfim garante a mediação entre indivíduo, sociedade civil e Estado [...]. Por sua natureza dual, a família instaura a comunicação entre o público e o privado, pois ela pertence aos dois. (PERROT, 2008, p. 458-459).

---

<sup>2</sup> O sexismo refere-se à opressão e exploração da qual participam o sistema econômico, educacional e a mídia de massa patriarcal (bell hooks, 2018), que produz e difunde discursos e informações fundamentadas ou não na ciência, cooperando para manter intacta a dominação da branquitude masculina. Para a autora supracitada, portanto, o “sexismo é sistêmico e institucionalizado”, não tendo esfera da vida social que deixe de participar de sua construção e manutenção.



Sobre a separação entre público e privado no patriarcado capitalista, Okin (2008) faz um paralelo com a dicotomia liberal entre Estado e sociedade civil para interpretar a não intervenção estatal no âmbito doméstico (como se aí as relações ocorressem entre indivíduos em situação de igualdade de gênero, raça, classe, geração, etc.). Numa concepção mais ampliada, o econômico é político, propondo-se que as esferas pública e privada sejam pensadas teoricamente como indissociáveis na totalidade da vida social. Em função da dicotomia supracitada, o cuidado passou a ser produzido – nas origens da política social brasileira – como ação do privado e não como direito social e responsabilidade de uma política pública de Estado. Neste processo, filantropia e benemerência foram meios para as mulheres assumirem protagonismo social desde o século XIX, atingindo a profissionalização do cuidado, ao longo do século XX, através da “agência feminina conservadora” (MARTINS, 2021) na sociedade civil, chegando onde o Estado não chegava e tendo como alvos preferenciais mulheres, crianças, doentes, idosos ou deficientes pobres.

A vertente do feminismo da diferença, inaugurada por Carol Gilligan (1990), ao advogar a existência de identidades femininas e masculinas inatas, deu substrato ideológico à feminização do cuidado tanto no âmbito privado como no público. Enquanto o ideal de masculinidade hegemônica direciona os homens para aquisição de cidadania através do trabalho, às mulheres coube a educação sanitária, a suplementação alimentar e o controle da sexualidade (dado o potencial de regeneração ou degeneração da nação atribuído à maternidade). Tal vertente desenvolveu-se no Brasil prene de relação entre liberalismo, filantropia e o “discurso maternalista”<sup>3</sup> para regenerar a nação nas origens da política social brasileira. Nessa combinação, a extrusão da maternidade do âmbito doméstico para a política, abriu espaço para as mulheres cumprirem “suas responsabilidades em relação à pátria, seja educando os filhos de forma conveniente, seja realizando trabalhos para a coletividade, por exemplo, a ação social voluntária” (MOTT, 2005, p. 58).

Essa concepção dualista, sedimentada na naturalização da diferença sexual e seus papéis sociais, tem conferido uma dicotomia ontológica e funcional (masculino e feminino, público e privado) na política, reificada na modernidade capitalista à medida que os Estados se constituíram, embora lhe seja precedente.

A distinção do público e do privado é, ao mesmo tempo, uma forma de governabilidade e de racionalização da sociedade no século 19. Em linhas gerais, as “esferas” são pensadas como equivalentes dos sexos e jamais a divisão sexual dos papéis, das tarefas e dos espaços foi levada tão longe. Aos homens, o público, cujo centro é a política. Às mulheres, o privado, cujo coração é formado pelo doméstico e a casa. (PERROT, 2008, p. 459).

<sup>3</sup> De acordo com Mott (2001, p. 202), o discurso maternalista consistia em “postura ideológica adotada por mulheres das camadas médias e altas nas primeiras décadas do século XX, que defendia a preponderância do sexo feminino, devido sua natureza específica para a maternidade, na defesa e desempenho de atividades relacionadas ao bem estar das mulheres e das crianças”.



É esse pensamento que fundamenta a “definição utilitária das mulheres” (PERROT, 2008) como inatas para o cuidado, conferindo-lhes protagonismo para executá-lo tanto no lar (esfera privada) quanto na política (esfera pública) através da feminização da pobreza/doença e das profissões do *care*. A ação educativa, sanitária e assistencialista, feminilizadas através da filantropia, tornou as mulheres alvos preferenciais das ações assistenciais (quando pobres e não brancas) e outorgou-lhes protagonismo político (quando brancas e economicamente privilegiadas) e tal política de gênero ainda têm respondido a necessidades no âmbito da economia, da cultura e das correntes intelectuais vigentes

A separação do público e do privado, procedimento político inerente à elaboração ideológica da domesticidade, encerrava um conflito sobre o qual muitos observadores oitocentistas escreveram. Trata-se da contradição entre o lugar que as mulheres deveriam ocupar no espaço privado e a participação crescente, embora cheia de percalços, no mundo público por intermédio da filantropia. (MARTINS, 2011, p. 22).

O sexismo e o liberalismo são, portanto, vincos de continuidade histórica na política social brasileira que não questionam o ideal de masculinidade hegemônica; ao contrário, dão-lhe sentido ao feminizar a pobreza e a doença. E, nesse sentido, concordamos com Perrot (2008), quando afirma que dois paradigmas cimentam esses processos: a naturalização da diferença sexual e a utilidade social da política de gênero.

Esta biologização da diferença entre os sexos, esta sexualização do gênero, têm implicações teóricas e políticas consideráveis. Por um lado, elas trazem latentes novas percepções de si. Por outro lado, conferem uma base, um fundamento naturalista à teoria das esferas. Esta naturalização das mulheres, presas a seus corpos, à sua função reprodutora materna e doméstica, e excluídas da cidadania política em nome desta mesma identidade, traz uma base biológica ao discurso paralelo e simultâneo da utilidade social. (PERROT, 2008, p. 460).

Na formação do Estado brasileiro o sexismo se apresentou incontestemente durante a primeira metade do século XX, chegando ao explícito sentido paternalista atribuído à política social durante a ditadura do Estado Novo (1937-1945) e o culto ao presidente Getúlio Vargas como “pai dos pobres”. Compondo o par sexista com o paternalismo estatal está o primeiro-damismo na história da política social brasileira. Apesar de Torres (2002) afirmar que este traço já estava presente em formações sociais pré-capitalistas, foi na primeira metade do século XX que nutriu e foi nutrido pela ordem de gênero na política social brasileira. Assim, o manto da *virtude feminina do cuidado* encobriu durante a maior parte do século XX, a concepção liberal de pobreza e sua redenção pelo trabalho no Brasil. Imiscuídos nesta ordem de gênero, o Estado foi masculinizado e a sociedade civil tornou-se palco do voluntariado feminino, pela outorga à primeira-dama e ao séquito de senhoras brancas e socialmente privilegiadas das “habilidades inatas e cívicas” (PEREIRA, 2016) de cuidado com os pobres.



A política dualista de gênero, de acordo com Martins (2011), traz implícita uma “moral utilitária das mulheres e o sentido da domesticidade”<sup>4</sup>, associando filantropia à virtude e extrusão da prática dos cuidados do âmbito privado para o público. Esse sentido feminilizou, ao mesmo tempo, a prática profissional do *care* e a inserção política socialmente permitida às mulheres, eleitas também como usuárias preferenciais da política social, principalmente na condição de mães, uma vez que a maternidade é uma função social das mulheres na construção da nacionalidade (BOCK, 1991). A origem da política social através do empreendedorismo de mulheres burguesas contra a pobreza e a doença, exaltava, portanto, o lugar cívico que elas deveriam ocupar, cooperando para desobrigar o Estado brasileiro na prestação de serviços sociais como direito de cidadania. E ambos podem ser compreendidos à luz da sociabilidade/racionalidade sexista e liberal nas esferas do Estado e da sociedade civil. Segundo essa lógica, o Estado é pensado como receptáculo da racionalidade, do poder e da masculinidade, sendo suas funções de comando hegemonicamente ocupadas por homens; em contrapartida, o âmbito privado e da sociedade civil, como femininos.

A institucionalização da rede de controle do câncer de mama no Brasil é um exemplo, entre tantos outros que nasceram destes processos, centrados na feminilização da doença, excluindo os homens desde as primeiras ações de controle do câncer mamário. Nesse contexto, dois elementos históricos merecem destaque: o modelo assistencial do sanitarismo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek como política pública do Estado brasileiro para a saúde e o primeiro-damismo como modelo de enfrentamento da doença/pobreza pela sociedade civil, através do voluntariado, sob a liderança de sua esposa Sarah Kubitschek na Fundação das Pioneiras Sociais (FPS), criada pelo Decreto Presidencial nº 39.845 de 29 de agosto de 1956, com sede no Rio de Janeiro, como instituição de utilidade pública com várias frentes e foco no combate ao “câncer feminino”.

A FPS foi, na verdade, a ampliação da filantropia desenvolvida por Sarah Kubitschek no projeto Voluntárias Sociais, em Minas Gerais, quando seu marido ainda era governador deste estado em 1954, alcançando notoriedade e maior captação de doativos na capital da República, depois que se tornou primeira-dama. O modelo de benemerência financiado por doações do empresariado e espetáculos artísticos, retrata o ideal liberal de conciliação das classes sociais em prol do rompimento do círculo vicioso pobreza-doença, que obstaculizava o desenvolvimento econômico e tinha como alvos preferenciais gestantes, nutrizes e crianças pobres para a “promoção social” aliada à prevenção do câncer de útero e de mama.

---

<sup>4</sup> Construções sociais que, ao mesmo tempo, restringiram as mulheres à esfera do lar e outorgaram-lhes a possibilidade de participação social “através de um lugar que sempre as ancorou fora da vida pública e da política: o lugar dos cuidados” (MARTINS, 2011, p. 21).



A diversidade das ações assistenciais da FPS incluía desde doação de roupas, alimentos, leite e reforço escolar, atendimento médico e odontológico. Aos poucos, a FPS foi sendo direcionada exclusivamente para as campanhas de educação em saúde, com ênfase na prevenção do câncer “feminino” (TEMPERINI, 2016) através dos da busca ativa de mulheres para exames preventivos por meio dos hospitais volantes – veículos equipados para realizar exames de Papanicolau e mamografia, que percorriam, inicialmente, os bairros do município do Rio de Janeiro, ampliando seu alcance sobretudo ao longo das décadas de 1960 e 1970, para outros 10 estados do país. Culminou com a construção, em 1957, no bairro de Vila Isabel/Rio de Janeiro, do Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos (CPLGL), inaugurado em 1957 para a formação de citotécnicos – profissionais de nível médio especializados em exames citológicos, imprescindíveis ao diagnóstico conclusivo de malignidade.

No lastro do sanitarismo campanhista, o Ministério da Saúde instituiu, pelo Decreto nº 61.968 de 1967, a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) com o objetivo de intensificar e coordenar, em território nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção, diagnóstico precoce, assistência médica, formação de técnicos especializados, pesquisa, educação e ação social relacionadas às neoplasias malignas. No combate ao câncer de mama, um marco importante, neste período, foi a construção do Hospital Santa Rita (1977), unidade de internação hospitalar anexa ao CPLGL, expansão da FPS (ambos incorporados, em 1992 ao INCA, sob o nome de Hospital do Câncer III, no bairro de Vila Isabel, município do Rio de Janeiro), que passou a ser instituição fundamental no Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), centrado no atendimento à mulher.

A partir da década de 1970, o câncer passou a se configurar, como um importante problema de saúde pública, haja vista a transição demográfica e epidemiológica mundial, que demandou maior organização da assistência oncológica no Brasil até então atravessada pela dualidade entre campanhas para prevenção da doença e assistência curativista, individualizada e liberal, financiada pela medicina previdenciária e filantrópica, passando a ser um nicho para especulação financeira e incorporação tecnológica na política de saúde.

Com a consolidação do SUS, o INCA deixou a condição de hospital especializado no tratamento do câncer para se tornar formulador de política para o controle da doença em todo o país. Em meio à coexistência de dois modelos assistenciais na política de saúde brasileira: saúde pública e modelo privatista (de financiamento público e serviços privados), a mamografia, o autoexame e o exame clínico das mamas como ferramentas amplamente utilizadas para detecção precoce e rastreamento da doença têm sido alvos de disputas. Em que pesem as vantagens e desvantagens de cada estratégia e a mercantilização da mamografia, o sucesso na identificação precoce e maior controle desta doença no Brasil (para mulheres e homens) depende da articulação entre os níveis de assistência à saúde,



com ações que superem os obstáculos na atenção secundária para conclusão rápida do diagnóstico. No caso dos homens, os obstáculos estão: a) na compreensão binária dos corpos, na construção social das masculinidades/feminilização do câncer de mama tanto na formação dos profissionais de saúde como na organização da assistência e nas práticas de cuidado e prevenção; b) na crise de financiamento do SUS comprometendo o acesso universal e a integração entre os níveis de assistência.

Quanto aos saberes e práticas de cuidado em saúde, em sua formulação e institucionalização ocorre, segundo Rohden (2012) “coprodução entre gênero e ciência”, na medida em que a construção e o uso dos conhecimentos são influenciados pela ordem do gênero da mesma forma que influenciam a sua manutenção, ao normatizarem feminino e masculino, não apenas na performance cotidiana, mas nas ações de preservação da vida, tais como: prevenção de doenças e medicalização. As campanhas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama exemplificam estes processos através de uma semiótica de gênero que polariza masculino e feminino através de símbolos e cores generificadas, reforçando o entendimento de autocuidado como atributo exclusivamente feminino e de práticas de risco à saúde como masculinas. Acabam por reificar substratos da diferença com base em premissas biologizantes que, para homens com câncer de mama, não altera o diagnóstico tardio e desfechos desfavoráveis. Neste processo, prevalecem ações de comunicação em saúde sexualizadas que veiculam medicalização e consumo de tecnologias no controle da doença, reiterando a lógica binária na ordem de gênero, em detrimento de ações promotoras de saúde na diversidade humana.

### **3. RESULTADOS E CONCLUSÕES**

A primeira reflexão proposta por este artigo é a de que apesar da ruptura histórica que o SUS representou na política sanitária brasileira, pela concepção ampliada de saúde, o sexismo e o liberalismo lhe são estruturantes e oferecem obstáculos no acesso dos homens com câncer de mama ao diagnóstico e tratamento precoces. Assim como outras ações no âmbito do SUS, a rede de controle do câncer é palco desta dicotomia, estando o liberalismo presente desde o modelo assistencial do sanitarismo desenvolvimentista até as disputas atuais entre saúde complementar e pública. O sexismo, por sua vez, tem seu vinco de continuidade histórica expressado através da feminização do câncer de mama, tanto na assistência como na produção de conhecimento e operacionalização dos cuidados, reforçando a invisibilidade desta doença em homens, alijando-os como alvos das tradicionais ações de combate à pobreza e à doença, na medida em que elas são realidades avessas ao ideal de masculinidade hegemônica.



Reconstruir historicamente a gênese das ações de controle do câncer de mama no Rio de Janeiro, sob o impulso da Fundação das Pioneiras Sociais, do primeiro-damismo, feminização da pobreza, da doença e da política social permitiu decantar a feminização da assistência desde o início e sua continuidade histórica, seja no protagonismo político de mulheres brancas e economicamente privilegiadas, seja na eleição das mulheres pobres e racialmente marcadas como alvo preferencial da assistência. Imbricados, neste processo, a compreensão liberal da doença, da pobreza e da ação sanitária com o protagonismo feminino na ação social, são reforçados os papéis tradicionais de gênero pela política social, segundo os quais as mulheres, ao mesmo tempo, precisam do Estado e da sociedade civil e lhes dão suporte na reprodução social, enquanto o homem deve ocupar o espaço público da produção pelo trabalho, não sendo alvo preferencial de proteção social.

A segunda contribuição diz respeito à necessidade de se incluir a discussão sobre os marcadores sociais da diferença na análise dos efeitos produzidos pelos materiais de comunicação em saúde nas campanhas de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, não só em relação ao gênero, mas também no que tange à raça, sexualidade e geração, uma vez que há uma clara distinção entre os lugares sociais historicamente construídos, também nos produtos de publicidade e mídia, para pessoas brancas e não brancas, jovens ou não e com sexualidades dissidentes.

A terceira contribuição diz respeito ao debate em torno dos corpos e de como a inevitável coprodução entre gênero e ciência na lógica capitalista pode ser prejudicial na gestão dos cuidados em saúde, com efeitos deletérios para vários segmentos invisibilizados, dentre os quais os homens com câncer de mama. A ciência, nesse contexto, não é neutra e reatualiza a dominação racial, de gênero e de classe social no capitalismo contemporâneo ao produzir, sob o viés da branquitude, do sexismo e do consumo, conhecimentos e cuidados distantes dos sujeitos a que se destinam.

## REFERÊNCIAS

ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T. O familismo nos serviços de saúde: expressões em trajetórias assistenciais. **Argumentum**, Vitória, ES, v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015.

BEHRING, E.R. Estado no capitalismo: notas para uma leitura crítica do Brasil recente. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R.; LIMA, R. L. (Orgs.). **Marxismo, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, p. 39-72, 2018.

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

BOCK, G. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). In: DUBY, G.; PERROT, M. (Ed.). **História das mulheres no ocidente**. Porto: Afrontamento, p. 435-477, 1991.



BOSCHETTI, I. A insidiosa corrosão do sistema de proteção social europeu. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 112, p. 755-803, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos**: saúde da família. Brasília: DF 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.836 de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei 10.689 de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, a. CXLI, n. 07, Seção 1, p. 1, 12 jan. 2004. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=12/01/2004>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 2009b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 24 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963** de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141104105056portaria-n-963-de-27-de-maio-de-2013-legislacao-federal.pdf>. Acesso em 25 jan. 2020.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 874-881, 2005.

CONNELL, R. Políticas da Masculinidade. **Educação & Realidade**, Porto Alegre: UFRGS, v. 20, n. 2, p.185-206, jul./dez. 1995.

CONNELL, R.; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica; repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis: UFSC, v. 21, n. 1, p. 241-282, jan./abr. 2013.

GILLIGAN, C. **Uma voz diferente**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

HARVEY, D. **Condição Pós-moderna**. 7. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2022.

LOLE, A.; ALMEIDA, C. C. L. Políticas para mulheres e lutas feministas: os paradoxos da proteção social. **Argumentum**, Vitória: UFES, v. 9, n. 1, p. 46-60, jan./abr. 2017.

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

MANDEL, E. **O Capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARTINS, A. P. V. Gênero e Assistência: considerações histórico-conceituais sobre práticas e políticas assistenciais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ. v. 18, supl.1, p, 15-34, dez. 2011.



MARTINS, A. P. V. As mulheres católicas e as origens do Serviço Social: o caso do Instituto Social do Rio de Janeiro (1937-1947). **Em Pauta**, Rio de Janeiro: UERJ, p. 184-201, 1. sem. 2021.

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

MOTT, M. L. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). **Cadernos Pagu**, Campinas: UNICAMP, n. 16, p. 199-234, 2001.

MOTT, M. L. Gênero, medicina e filantropia. Maria Rennotte e as mulheres na construção da nação. **Cadernos Pagu**, Campinas: UNICAMP, n. 24, p. 41-67, jan./jun. 2005.

OKIN, S. M. Gênero, o público e o privado. Tradução de Flavia Biroli. **Estudos Feministas**, Florianópolis: UFSC, v. 16, n. 2, p. 305-332, maio/ago. 2008.

PEREIRA, A. L. C. **Conservadoras ou revolucionárias?** Trajetórias femininas, filantropia e proteção social: São Paulo e Rio de Janeiro. 2016. Tese (Doutorado em Política Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

PERROT, M. **As mulheres ou os silêncios da história**. Tradução de Viviane Ribeiro. São Paulo: EDUSC, 2008.

REIS, C. A. **Câncer de mama em homens: revisão bibliográfica**. Trabalho de Conclusão de Residência Médica. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

ROHDEN, F. 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.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

TEMPERINI, R. S. **Fundação das pioneiras sociais: contribuição para o controle do câncer do colo do útero no Brasil 1956-1990**. 2016. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016.

TORRES, I. C. **As primeiras-damas e a assistência social: relações de gênero e poder**. São Paulo: Cortez, 2002.