

ADOCIMENTO POR CÂNCER E MASCULINIDADES:

Contribuições da Perspectiva Interseccional

Liana Dias Martins da Rocha

*Assistente Social do Instituto Nacional do Câncer (INCA)/ Hospital do Câncer II
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal
Fluminense (UFF)*

*Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica
do Rio de Janeiro (PUC-Rio)*

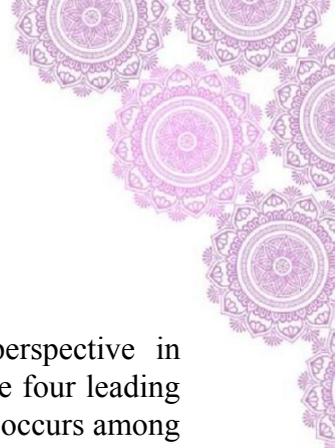
*Especialista em Gênero e Sexualidade pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual
do Rio de Janeiro (IMS/ UERJ)
e-mail: rocha.liana@inca.gov.br*

*Simpósio Temático nº 01 – "MENINOS VESTEM AZUL": A PERMANÊNCIA DA IMPORTÂNCIA
DOS ESTUDOS DA(S) MASCULINIDADE(S) PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS*

RESUMO

O objetivo do estudo é analisar as contribuições da perspectiva interseccional nas investigações sobre o adoecimento por câncer, masculinidades e saúde do homem. O câncer está entre as quatro principais causas de morte na maioria dos países. Observa-se que a maior taxa de letalidade por câncer ocorre entre a população masculina, revelando as implicações de gênero neste cenário. Nas investigações em saúde, poucos estudos se propõem a incorporar em suas análises a complexidade com que os marcadores sociais da diferença incidem nos corpos dos sujeitos e em suas experiências, o que tem gerado lacunas no processo de construção do conhecimento. Parte-se do pressuposto de que para produzir mudanças no contexto atual do quadro de saúde do homem é necessária a consolidação de uma assistência especializada em saúde, que conheça os sujeitos alvos da atenção em sua multiplicidade de determinantes sociais, econômicos e culturais. A metodologia adotada para a elaboração do estudo consiste na leitura e análise crítica guiada pelo referencial bibliográfico. Conclui-se que a interseccionalidade é uma abordagem teórica e metodológica que viabiliza a compreensão das desigualdades sociais e propõe ações políticas para combatê-las, além disso, potencializa as investigações sobre gênero, masculinidades e saúde.

Palavras-chave: Masculinidades, Saúde do Homem e Interseccionalidades.



ABSTRAT

The aim of the study is to analyze the contributions of the intersectional perspective in investigations on cancer illness, masculinities, and men's health. Cancer is among the four leading causes of death in most countries. It is observed that the highest cancer mortality rate occurs among the male population, revealing the gender implications in this scenario. In health investigations, few studies propose to incorporate in their analysis the complexity with which the social markers of difference affect the bodies of subjects and their experiences, which has generated gaps in the knowledge construction process. It is assumed that in order to produce changes in the current context of men's health it is necessary to consolidate a specialized health care that knows the target subjects in their multiplicity of social, economic and cultural determinants. The methodology adopted for the elaboration of the study consists of critical reading and analysis guided by bibliographic references. It is concluded that intersectionality is a theoretical and methodological approach that enables the understanding of social inequalities and proposes political actions to combat them, in addition, it enhances research on gender, masculinities and health.

Keywords: Masculinities, Men's Health and Intersectionalities.

INTRODUÇÃO

O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura, que ocorre antes dos 70 anos de idade, na maioria dos países. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2019).

A maioria dos casos de câncer, cerca de 80%, está relacionada à exposição a fatores de risco de natureza ambiental (causas externas), como o tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares e sexuais, uso de medicamentos, fatores ocupacionais e exposição à radiação. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. Já, as causas internas estão relacionadas, geralmente, aos fatores genéticos pré-determinados e a capacidade de defesa do organismo aos agentes externos (INCA, 2019).

Dentre as quatro principais causas de óbito na maioria dos países, o câncer aparece com a maior taxa de mortalidade entre o público masculino (MODENA et al, 2014). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2030, são esperados 27 milhões de novos casos de câncer, 17

milhões de mortes e cerca de 75 milhões de pessoas convivendo, anualmente, com algum tipo de neoplasia. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta para o surgimento de 625 mil novos casos da doença no Brasil.

A previsão para os próximos anos é de que o câncer de pele não melanoma seja o mais incidente (177 mil), seguido pelos cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil). As taxas de incidência ajustadas por idade, à exceção do câncer de pele não melanoma, tanto em homens (215,86/100 mil) quanto para mulheres (145,00/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento (INCA, 2019).

O Relatório Estimativa: Incidência de Câncer no Brasil (2019) mostra que o câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,1 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Entre as mulheres, observa-se que, à exceção do câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireóide (5,4%) figurarão entre os principais. A incidência em homens (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos. Os tipos de câncer mais prevalentes nos homens foram o câncer de pulmão (14,5%), próstata (13,5%), cólon e reto (10,9%), estômago (7,2%) e fígado (6,3%) (INCA, 2019).

A maior taxa de letalidade por câncer ocorre entre a população masculina, revelando as implicações de gênero neste cenário. O Atlas da Mortalidade por Câncer no Brasil (2020), constata que apesar do número previsto de novos casos de câncer ser maior entre as mulheres (total de 316.280 novos casos em mulheres e 309.750, em homens), são os homens que morrem em maior número devido à doença (121.686 óbitos em homens e 110.344 óbitos em mulheres).

O Perfil da Morbimortalidade da População Masculina no Brasil (2018) afirma que, no período compreendido entre os anos de 2009 e 2014, as taxas de morbidade e mortalidade entre homens estiveram associadas às causas externas (acidentes e violências que provocam algum tipo de lesão, seja física ou psíquica), doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores), representando as três principais causas de óbito nesta população.

Face ao exposto, parte-se do princípio que a condição de saúde não está separada da dinâmica social, econômica, política e histórica. As desigualdades de gênero, raça, classe social, dentre outras, vivenciadas pelos homens, interferem na maneira pelo qual esse segmento da

sociedade se relaciona com os cuidados em saúde. As precárias condições de vida, as instáveis relações trabalhistas, a ausência de vínculo previdenciário no mundo do trabalho, configuram limites para o diagnóstico, a prevenção e o tratamento oncológico.

Para Oliveira et al (2020), nas investigações em saúde, poucos estudos se propõem a incorporar em suas análises a complexidade com que os marcadores sociais da diferença (gênero, classe social e raça) incidem nos corpos dos sujeitos e em suas experiências, o que tem gerado lacunas no processo de construção do conhecimento. Mesmo considerando a importância dos fatores biológicos e hereditários na incidência de câncer entre os homens, torna-se fundamental a reflexão acerca dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais relacionados ao gênero, que produzem diferenças no padrão de morbidade e mortalidade masculina.

Nesse sentido, o objetivo do estudo é analisar as contribuições da perspectiva interseccional nas investigações sobre o adoecimento por câncer, masculinidades e saúde do homem. Apoiado nas teorias de gênero, o estudo consiste na pesquisa, leitura e análise de artigos científicos nacionais, relacionados à temática, disponíveis no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores utilizados para a pesquisa foram “masculinidades”, “saúde do homem” e “interseccionalidades”. No mês de setembro de 2021, foram encontrados, apenas, 02 artigos na BVS. Com a finalidade de ampliar o resultado da pesquisa, foram utilizados os mesmos descritores para consulta no Google Acadêmico. Dessa maneira, foram encontrados mais 03 artigos relacionados à temática. As bibliotecas eletrônicas mencionadas integram e disponibilizam grande número de estudos científicos, ademais, são fontes reconhecidas e utilizadas em diversos trabalhos de revisão da literatura.

GÊNERO E MASCULINIDADES

Ao analisar as causas que interferem no diagnóstico tardio de homens com câncer de mama no Brasil, Guimarães (2016) afirma que, a partir dos anos 1990, as teorias de gênero passaram a ser integradas aos estudos do serviço social como subsídio para a compreensão de fenômenos identificados no cotidiano profissional. Os aportes teóricos relacionados ao conceito de gênero possibilitaram uma intensificação do debate nos principais congressos e encontros da categoria profissional.

Entretanto, Lole (2016) constata que ainda há subordinação do tema na formação profissional, pois a maior parte das produções científicas dos assistentes sociais, ainda, está relacionada ao enfoque da sujeição das mulheres na sociedade de classes, às assimetrias no mundo do trabalho e à violência de gênero. Verifica-se, dessa maneira, lacunas de ordem teórica no debate sobre outros aspectos relacionados ao gênero, como as abordagens interseccionais e os estudos sobre masculinidades.

Ao realizar o resgate histórico sobre o surgimento das teorias de gênero, observa-se que o movimento feminista forneceu importantes subsídios teóricos que possibilitaram a compreensão do processo de formação das masculinidades como uma forma de organização social hierárquica e desigual. O movimento político e social de defesa de direitos iguais para homens e mulheres, tanto no plano normativo e jurídico, quanto no plano de transformações culturais ganhou força e se consolidou no Brasil em 1970. Sua principal marca foi a luta política com o objetivo de combater a posição de subalternidade da mulher na sociedade.

A categoria gênero está presente em todas as relações na sociedade e, dessa forma, constitui peça fundamental para entender as relações sociais e subjetivas no âmbito da saúde. A construção social do feminino e do masculino determina a condição social e de poder dos sujeitos, bem como, contribui para a compreensão da situação de saúde dos homens e mulheres na atualidade. Com base nesse entendimento, a categoria gênero não é apenas compreendida como uma distinção do sexo biológico, mas também como um processo de organização social construído através das relações e vistos em suas subjetividades.

Scott (1989), autora feminista, contribuiu para que diversos pesquisadores reconhecessem o valor das relações sociais estabelecidas com base nas diferenças percebidas entre os sexos. Além disso, demonstrou preocupação em discutir as relações entre o universo feminino e o masculino a partir de uma ótica que faça com que estes não sejam vistos separadamente, mas sim na relação dos gêneros.

A contribuição teórica de Butler (2003) questiona a divisão sexo/gênero como uma espécie de pilar da política feminista que parte da ideia de que o sexo é natural e o gênero é socialmente construído. Dessa forma, a autora procura indicar que o sexo não é somente natural, mas é ele também discursivo e cultural, assim, como o gênero. Segundo a autora, "[...] talvez o sexo sempre

tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero se revela absolutamente nenhuma" (BUTLER, J., 2003, p.25).

O gênero pensado como categoria analítica viabiliza a compreensão sobre a diferença e a igualdade não só entre homens e mulheres, mas também entre homens e entre mulheres. Permite um leque de possibilidades identitárias para ambos na sociedade. Embora o termo gênero diga respeito tanto às mulheres quanto aos homens, a maior parte dos estudos de gênero foi tradicionalmente composta por análises sobre mulheres. No final do século XX, após vários anos de estudos feministas, foram realizados no Brasil os primeiros estudos sobre homens e masculinidades (CESARO et al., 2018).

Para Connell e Pearse (2015), gênero é um termo utilizado pela antropologia para definir os papéis sociais, identidades e ideologias presentes em um grupo, e, por ser construído e desconstruído pela cultura, não é determinado pela espécie e nem predeterminado durante o nascimento: ele é mutável, moldado e mediado pelas ações sociais que o regem. Assim, o gênero masculino se apresenta como categoria analítica de potencialidades em que se corporificam diversas identidades.

Nos estudos de Watson (2000) e Csordas (2013), observa-se que ao adoecer, o corpo masculino sofre uma gama de transformações, torna-se vulnerável biologicamente e leva os homens à adoção de atos que limitam suas funções sociais e suas potencialidades, como a dependência de cuidados e a corporificação de identidades não hegemônicas que os tornam incapazes de defender tipos de virilidade culturalmente valorizados entre grupos masculinos, como o controle do corpo, suas funções, sua imagem e suas ações.

Medrado (2004) afirma que pesquisadores têm se dedicado à reflexão das masculinidades como um processo de construção de gênero, focalizando os homens como atores sociais que se constroem e são construídos sob a ótica das relações desiguais de poder. Os valores atribuídos à masculinidade, principalmente à masculinidade hegemônica, como a agressividade, a invencibilidade e a autossuficiência trazem também sérias desvantagens para os homens, bem como para as mulheres e as crianças. Essas desvantagens configuram-se em fragilidades, sobretudo no campo da saúde.

Ao discutir a definição de masculinidade hegemônica, Connell (1995) propõe uma diferenciação entre as experiências concretas dos homens e os modelos de comportamento nos

quais cada sociedade espera que os homens se adequem, levando em consideração os diferentes contextos socioculturais. A análise das múltiplas masculinidades e o conceito de masculinidade hegemônica serviu como quadro para muitos dos esforços das pesquisas em desenvolvimento sobre a temática, substituindo, principalmente, a teoria do papel sexual. O conceito de masculinidade hegemônica foi aplicado, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, em pesquisas sobre homens e masculinidades, quando estas estavam se consolidando como um campo acadêmico.

A masculinidade hegemônica foi entendida como um padrão de práticas (atitudes e não apenas um conjunto de expectativas de papéis ou uma identidade) que viabilizou a continuidade da dominação dos homens sobre as mulheres (CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W., 2013). Mesmo marcado por críticas e reformulações, o conceito de masculinidade hegemônica, entre os anos 1980 e 2000, passou de um modelo com uma base empírica bastante restrita para um quadro vasto muito usado nas pesquisas e nos debates sobre a temática.

Apesar das críticas ao conceito de masculinidade hegemônica, optou-se, no desenvolvimento do estudo, por sua utilização com base no reconhecimento de que a característica fundamental do conceito continua a ser a combinação entre pluralidade e hierarquia das masculinidades. De acordo com Connell e Messerschmidt (2013), a motivação em direção a uma versão hegemônica específica varia de acordo com o contexto local e estas versões de masculinidade também diferem entre si.

Parte-se da ideia de que a hierarquia das masculinidades é um padrão de hegemonia baseada no consenso, não um padrão de uma hegemonia simples baseada na força. O consenso cultural, a centralidade discursiva, a institucionalização e a marginalização ou a deslegitimação de alternativas são características amplamente documentadas de masculinidades socialmente dominantes.

Connell e Messerschmidt (2013) sugerem que, nos estudos de gênero e masculinidades, a noção de masculinidade hegemônica incorpore um entendimento mais totalizante da hierarquia de gênero, bem como, que reconheça a agência dos grupos subordinados, tanto quanto o poder dos grupos dominantes e o condicionamento mútuo das dinâmicas de gênero e outras dinâmicas sociais.

SAÚDE DO HOMEM E INTERSECCIONALIDADES

Para Gomes (2008) a preocupação com a saúde masculina e a maior suscetibilidade dos homens ao adoecimento não é uma temática recente, própria deste século. Os primeiros estudos,

elaborados em 1970, nos Estados Unidos (EUA), apontam que os homens sofrem desvantagem em relação às mulheres no que se refere às taxas de morbimortalidade. Os estudos iniciais sobre a saúde do homem estavam centrados no adoecimento masculino e ancorados em premissas biomédicas, epidemiológicas e comportamentais. Assim, era desconsiderada a complexidade dos contextos históricos, sociais e políticos nos quais estes homens estavam inseridos.

Somente, a partir das últimas décadas do século XX, sobretudo após a ascensão dos movimentos feministas e posteriormente, dos movimentos *queer*, percebeu-se um importante deslocamento na concepção teórica e política destes estudos, que passam a incorporar em sua análise a perspectiva de gênero (SCHRAIBER, 2008). Percebeu-se uma transição da concepção do “homem biológico”, para uma percepção do homem enquanto “sujeito histórico-social”, em exercício de suas masculinidades (FIGUEIREDO E SCHRAIBER, 2011). Entretanto, na elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Brasil, esta percepção de sujeito social, reconhecido em suas demandas de saúde e diferenças de gênero, raça/ cor ou classe social, pouco se apresentou em termos práticos.

Em 2009, foi instituída a PNAISH, através da Portaria GM/ MS nº 1994, de 27 de agosto de 2009, voltada para o público masculino compreendido na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Tendo em vista o elevado índice de letalidade do câncer entre a população masculina brasileira, a política prioriza o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, detecção precoce e controle do câncer. Possui como objetivo a construção de ações estratégicas que contribuam para a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade masculina, bem como, a qualificação da saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção (BRASIL, 2009).

Apesar de se configurar como a primeira política de saúde pública voltada, especificamente, para a população masculina no contexto latino-americano, a PNAISH carrega os discursos biomédicos e epidemiológicos e revela um processo ora de vitimização, ora de culpabilização da população masculina pelo próprio adoecimento (MARTINS E MALAMUT, 2013). Os discursos em saúde que colocam os homens como sujeitos que buscam os serviços assistenciais apenas quando necessitam, ou seja, devido ao agravamento dos sintomas, são desprovidos de uma leitura que reconheça os marcadores sociais da diferença como elementos que produzem desigualdades em saúde.



A elaboração desta política desperta atenção no que diz respeito à pouca participação social do público alvo. Martins (2012) afirma que a PNAISH surge a partir de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada por toda a população, especialmente, entre a população masculina. Diferentemente, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) instituída em 1983, que foi elaborada em resposta ao processo de reivindicações das mulheres e de movimentos feministas pelo acesso ao direito à saúde.

A PNAISH refletiu as preferências das entidades médicas, sobretudo no que diz respeito à luta pela inserção dos urologistas nas unidades de atenção primária e o aumento dos honorários dos procedimentos e atendimentos urológicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde foi o principal responsável por mediar a discussão sobre a saúde e o adoecimento masculino no país. Identifica-se ainda, a participação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que passaram a integrar o grupo de discussão dessa temática.

Ainda, na elaboração da PNAISH, observa-se a presença de elementos que compõem o modelo tradicional de assistência à saúde, marcado pela dominação do saber biomédico e positivista que reduz o sofrimento dos indivíduos a um conjunto de sintomas anatômicos e fisiológicos que devem ser medicalizados e tratados. Neste modelo, não há espaço para manifestação e reconhecimento dos sujeitos, da sua história de vida, seus desejos e suas demandas em saúde. Apenas a doença, como entidade biológica, é percebida como o foco das intervenções.

Ao longo do período de implementação da PNAISH, foi possível perceber que certa atenção tem sido dedicada à questão racial no país, entretanto, ainda está muito aquém do necessário, já que apesar de representarem pouco mais de 50% da população total do país, as pessoas pardas e pretas superam 70% dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde do SUS (LIMA D. C.; 2021).

Nesse ponto, verifica-se a importância e a contribuição da leitura aprofundada sobre as masculinidades percebidas em seu caráter interseccional, principalmente quando características marcantes da sociedade brasileira, como a desigualdade e o racismo estrutural estão relacionados aos altos índices de agravos em saúde e mortalidade de homens negros e pobres.

A perspectiva interseccional consiste em uma ferramenta de análise que auxilia na compreensão sobre como os diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades, também, em saúde. Além disso, permite uma visão do acesso aos

serviços de saúde como dependente do território onde os homens circulam e dos meios sociais e políticos que influenciam o seu reconhecimento como sujeito de direitos.

Os primeiros debates sobre interseccionalidade surgiram a partir das lutas e teorizações dos movimentos feministas negros nos Estados Unidos e no Reino Unido entre os anos 1970 e 1980. Assim, o movimento conhecido como “*Black Feminism*” foi produtivo no que diz respeito à produção acadêmica e desenvolvimento das teorias feministas. Devido a entrada, em maior número, dessas mulheres no meio acadêmico, foi possível atingir um desenvolvimento sociológico do pensamento das mulheres negras naquele momento. Somente a partir de 1989 que o termo foi de fato sistematizado por Kimberlé Crenshaw, teórica feminista e professora estadunidense especializada em questões de raça e gênero.

Kimberlé Crenshaw (2002), em documento elaborado para o *Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero* (2002), reconhece que as discriminações de raça e gênero não são fenômenos mutuamente excludentes. Propõe, por meio do conceito de interseccionalidade, um modelo para a identificação das várias formas de subordinação que reflita os efeitos interativos das discriminações de raça e de gênero. Dessa maneira, a perspectiva interseccional não representa a mera soma de marcadores sociais (classe, gênero, sexualidade), mas sim, uma articulação entre as intersecções que produzem experiências substantivamente diferentes.

Nas investigações em saúde, têm sido raros os estudos que se propõem a incorporar nas análises a complexidade com que os fatores econômicos, geracionais, de gênero e de raça/cor incidem nos corpos dos sujeitos e em suas experiências. Batista (2005), ao realizar o estudo com objetivo de apontar as diferenças no perfil da mortalidade dos homens com enfoque nas desigualdades raciais, afirma que diversas pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde relacionam as condições sociais, econômicas e políticas de um grupo populacional/ social ao perfil de saúde. Evidencia que as pesquisas supõem que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. Entretanto, estas pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre sexos, idade e entre diferentes segmentos de classe social, todavia, poucos associam a inserção social desqualificada e desvalorizada dos negros na sociedade aos indicadores de saúde.

O advento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/ PNSIPN, por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, representou um compromisso de combate às desigualdades no SUS ao considerar as iniquidades em saúde e, consequentemente, os maiores

índices de morbimortalidade observados entre a população negra, como resultantes processos socioeconômicos e culturais, dando destaque para o racismo. A PNSIPN tem o objetivo de promover o acesso integral e com equidade aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do SUS para a população negra, contribuindo com o enfrentamento das desigualdades étnico-raciais no Brasil. A PNSIPN é fruto das lutas do movimento negro brasileiro por direitos em saúde e combate ao racismo, sendo uma grande conquista para a população negra.

Collins (2015) afirma que a trajetória da interseccionalidade aponta para os desafios de avançar políticas emancipatórias em um contexto político neoliberal. O neoliberalismo valoriza a realização individual e a responsabilidade pessoal acima das ideias coletivas relativas ao bem público. Nessa lógica, os problemas sociais podem ser mais bem resolvidos pela objetividade das soluções de mercado e não pelas políticas de ação coletiva.

Para que seja possível compreender como a população masculina experimenta a complexidade da condição de saúde e as produções subjetivas desta vivência, é fundamental a construção de estudos que assumam o compromisso de conhecer e analisar as histórias e trajetórias dos homens em suas singularidades. Assim, torna-se viável a elaboração de políticas e ações que produzam diferenças no padrão de morbimortalidade masculina e que sejam capazes de propor alternativas a fim de superar as iniquidades sociais e de saúde.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a compreensão de que a interseccionalidade é uma abordagem teórica e metodológica que viabiliza a compreensão das desigualdades sociais e torna possível a propositura de ações políticas para combatê-las. Além disso, potencializa a investigação sobre gênero, masculinidades e saúde na atenção oncológica. Por meio da perspectiva interseccional, torna-se possível a análise crítica sobre as masculinidades e o contexto atual do quadro de saúde do homem.

A utilização da abordagem interseccional nos estudos de gênero e saúde congrega a perspectiva da equidade e justiça social. Ademais, propõe a elaboração de desenhos de pesquisa e modelos de análise capazes de compreender a multidimensionalidade dos marcadores sociais da diferença em processos de iniquidades em saúde. Assim, à perspectiva interseccional é percebida não como uma mera soma de marcadores sociais (classe, gênero e sexualidade), mas sim como

articulação que produz experiências diferentes. Através dos pontos de intersecção é possível observar diferentes experiências de opressão e de privilégio.

A interseccionalidade representa uma forma de análise que possibilita a compreensão sobre como os diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades. As desigualdades de gênero, raça, classe social, dentre outras vivenciadas pelos homens, interferem na maneira pelo qual esse segmento da sociedade se relaciona com os cuidados em saúde. As precárias condições de vida, as instáveis relações trabalhistas e a ausência de vínculo previdenciário, configuram limites para o diagnóstico, prevenção e tratamento oncológico.

Sendo assim, a perspectiva interseccional é de grande valia para a compreensão da realidade social, uma vez que devemos considerar os aspectos relacionais, contextuais e circunstanciais das diversas masculinidades, pois a depender de quais eixos de desigualdade (gênero, raça, classe, orientação sexual, geração, deficiência física e etc.) que se imbricam em determinado indivíduo podem produzir novas e diferentes formas de desigualdade, vulnerabilidade e marginalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/ cor e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):71-80, 2005. Disponível em: [Masculinidade, raça/cor e saúde* Masculinity, race/color and health](#). Acesso em: 29.11.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BUTLER, J. **Problemas do gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2018; 42: 119. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119> Acesso em: 04.10.201.

COLLINS, P. H. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. **Reflexões e práticas de transformação feminista** (org. Renata Moreno), SOF (Coleção Cadernos Sempreviva), 2015.

CONNELL, R. W. **Masculinities**. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1995.

CONNELL, R. W.; MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade Hegemônica: repensando o conceito. **Revista Estudos Feministas**. Vol. 21, n. 1. Florianópolis: Editora UFSC, 2013. p. 241-282.

CONNELL R. W.; PEARSE R. **Gender in world perspective**. 3rd ed. Cambridge: Polity; 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, ano 10, Florianópolis, 2002.

CSORDAS, T. Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. **Educação**. 2013; 36(3): p. 292-305.

GOMES, R. & NASCIMENTO E. F. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 22, n. 5. Rio de Janeiro, 2006. p. 901-911.

GUIMARÃES, C. D. **Masculinidades e saúde de homens com câncer de mama**. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais: 40 anos da “Virada” do Serviço Social. Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade. Subeixo: Ênfase em Gênero. Brasília-DF, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020: incidências de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-d-e-cancer-no-brasil.pdf> Acesso em: 07.03.2021.

LIMA, D. C. **Paternidades Negras e Saúde. Primeiro Relatório sobre as Paternidades Negras no Brasil**. Promundo-Brasil. Brasília, Distrito Federal, 2021. p. 55-81. Disponível em: https://promundo.org.br/wp-content/uploads/2016/10/relatorio_paternidade_03b_baixa-1.pdf. Acesso em 29.11.2021.

MEDRADO, B., et. al. **Homens, tempos, práticas e vozes**. Série Olhares do Gênero. Recife: Instituto PAPAÍ/Fages/Nepo/Pegapacapá, 2004.

MODENA, C. M et al. Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 67-78, Abr, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17.06.2019.

OLIVEIRA E, COUTO M. T., SEPARAVICH M. A. A., LUIZ O. C. Contribuição da interseccionalidade na compreensão da saúde-doença-cuidado de homens jovens em contextos de pobreza urbana. **Interface** (Botucatu). 2020.

SANTOS, H. B.; NARDI, H. C. Entre o Trabalhador e o Vagabundo: Produção de Masculinidades na História da Saúde no Brasil. *Trends in Psychology* [online]. 2018, v. 26, n. 4 pp. 2299-2316. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-21>

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analyses. *The American Historical Review*, v. 91, n; 5, p. 1053 – 1075, 1989.

WATSON, J. **Male bodies:** health, culture and identity. Buckingham: Open University Press; 2000.