

Controle do câncer rumo ao arco-íris

Bruno Oliveira da Silva¹

Daniele Batista Brandt²

Resumo

O artigo aborda as ações de controle do câncer junto à população LGBT, em especial transexuais e travestis, e o papel das campanhas Outubro Rosa e Novembro Azul. Consiste em revisão crítica da literatura, baseada em pesquisa bibliográfica e documental, à luz do método materialista histórico-dialético. Apesar da pouca produção sobre o tema, há evidências de riscos para desenvolvimento de câncer de mama, próstata e tireóide em transexuais e travestis. Diante desse quadro, aponta-se a ampliação do público-alvo das campanhas de controle do câncer para além do outubro rosa e do novembro azul, rumo ao arco-íris, símbolo do movimento LGBT.

Palavras-chave

Transexualidade; Transgeneridade; Câncer; Terapia hormonal; Outubro rosa.

Control of cancer towards the rainbow

Abstract

The article discusses how cancer control actions with an LGBT population, especially transsexuals and transvestites, and the role of campaigns. It consists of a critical review of the literature, research in bibliographical and documentary research, the light materialist historical-dialectical method. Despite the low production on the subject, there is evidence of risks for the development of breast, prostate and thyroid cancer in transsexuals and transvestites. In view of this, there is an increase in the target audience for cancer control campaigns beyond October and the blue November, the rainbow, the symbol of the LGBT movement.

Keywords

Transsexuality; Transgender; Cancer; Hormonal therapy; Pink october.

Introdução

Câncer é o nome dado a um conjunto de doenças com origem multifatorial e causas variadas, internas ou externas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio ambiente, hábitos e costumes próprios de uma sociedade e sua cultura. Já as causas internas, estão relacionadas, geralmente, aos fatores genéticos pré-determinados e a capacidade de defesa do organismo aos agentes externos (INCA, 2015).

A estimativa para o Brasil no biênio 2016-2017 aponta a ocorrência de cerca de 420 mil casos novos de câncer³, dos quais os cânceres de próstata em homens (61 mil) e de mama em mulheres (58 mil) serão os tipos mais frequentes (INCA, 2015). Estes tipos de câncer têm origem multifatorial, mas há evidências científicas que ressaltam a influência dos fatores endócrinos (idem, 2015; SCHUNEMANN JUNIOR et al, 2011; MIKSAD et al, 2006; TURO et al, 2013; QUINN et al, 2015; SALOMON et al, 2015; NAKHLA et al, 1994).

Nos estudos epidemiológicos sobre esses tipos de câncer, observa-se que sua incidência e fatores de risco são fortemente classificados e/ou associados ao sexo biológico de nascimento. Esta tendência sugere que o discurso da saúde encontra-se ancorado na ideia de que o corpo é a base da construção do gênero, reforçando o dimorfismo sexual. E demonstra o quanto esta perspectiva encontra-se arraigada ao discurso científico, sobretudo das ciências naturais.

Nas recomendações com relação à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no tocante ao controle do câncer (BRASIL, 2013a), apesar da ênfase à equidade na atenção à saúde enquanto reconhecimento das problemáticas associadas ao livre exercício da identidade de gênero e da orientação sexual, também observa-se a tendência de relacionar os tipos de câncer conforme o sexo biológico de nascimento.

Há que se destacar que as ações de controle do câncer ultrapassam o âmbito do Estado, a partir da atuação da sociedade civil organizada, sobretudo através das sociedades médicas e das Organizações Não Governamentais (ONGs) relacionadas ao câncer de mama, em campanhas para visibilidade, prevenção de fatores de risco modificáveis e detecção precoce (PORTO, 2013).

Na atualidade, destacam-se as campanhas Outubro Rosa, para estimular a participação da população nas ações de controle do câncer de mama, em mulheres, assim como o Novembro Azul, voltada para o câncer de próstata, em homens. Apesar da sua inegável importância, estas campanhas ainda têm sido direcionadas às pessoas cisgênero⁴, reforçando o discurso binário hegemônico na sociedade, ao

associar determinadas doenças ao sexo biológico de nascimento, e ao naturalizar a correspondência entre sexo biológico e gênero sociohistórico.

Os estudos sobre os determinantes sociais em saúde vêm contribuindo para pensar que as condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos estão relacionadas com sua situação de saúde. Defendem que os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, que podem ser alterados por meio de ações baseadas em informação (BUSS;PELLEGRINI FILHO, 2007), assim como os estudos sobre gênero e sua relação com a saúde, que questionam as diferenças entre homens e mulheres como pertencentes à ordem da natureza e do corpo, e não como parte de arranjos sociais e culturais em dado contexto histórico (CARRARA et al, 2010).

Esta discussão ganha especial relevância ao consideramos a emergência de problemáticas de saúde e a incorporação de tecnologias, tais como a disforia ou transtorno de identidade de gênero⁵ e o processo transexualizador⁶ realizado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no país⁷. Apesar dos benefícios do processo transexualizador, há evidências científicas de que a terapia hormonal aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de mama, de próstata e de tireóide na população usuária, o segmento das travestis e transexuais (MIKSAD et al, 2006; TURO et al, 2013; QUINN et al, 2015; NAKHLA et al, 1994). Por outro lado, a terapia hormonal já vem sendo utilizada, na maioria das vezes sem acompanhamento de saúde, pelo segmento das travestis (ARAN; MURTA, 2009), o que torna ainda mais preocupante esta questão.

Diante deste quadro, justifica-se a necessidade de discussão dos determinantes do câncer para além do sexo biológico, na perspectiva da construção sociohistórica do gênero, rumo a uma política de saúde que dê materialidade aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Assim, o presente artigo tem como objetivo abordar as ações de controle do câncer junto à população LGBT, com destaque ao segmento de transexuais e travestis, e o papel das campanhas Outubro Rosa e Novembro Azul.

Esse estudo consiste numa revisão crítica de literatura, que caracteriza-se pela análise de informações relevantes publicadas sobre os assuntos de interesse do/a pesquisador/a, trabalhados de forma associada. É também chamada de revisão passiva ou opinativa, onde sintetiza estudos sobre um tema e analisa a evidência existente sobre uma temática (BENTO, 2012).

Os procedimentos metodológicos foram pesquisa bibliográfica acerca dos temas: controle do câncer, terapia hormonal, diversidade sexual e de gênero e tran-

sexualidade/transgeneridade/travestilidade; e pesquisa documental sobre políticas públicas de saúde com enfoque de gênero: as Políticas Nacionais de Atenção à Saúde da Mulher, do Homem e da População LGBT, bem como sobre as campanhas do Estado e da Sociedade Civil voltadas para o controle do câncer: o Outubro Rosa e o Novembro Azul. Os resultados da pesquisa foram analisados à luz do método materialista histórico-dialético, pelo qual buscou-se compreender a realidade histórica concreta através da síntese de suas múltiplas determinações (NETTO, 2009).

Para melhor exposição, o artigo está organizado em cinco seções: a primeira introduz o debate sobre a diversidade sexual e de gênero; a segunda discute as políticas públicas de saúde vigentes com enfoque de gênero; a terceira aborda a relação entre terapia hormonal e câncer, a quarta problematiza o papel das campanhas de controle do câncer frente à construção sociohistórica do gênero; e a última as considerações finais.

A partir desta problemática de saúde, ainda recente e pouco abordada na literatura, pretende-se contribuir para a visibilidade das ações de controle do câncer na população LGBT diante das novas questões e tecnologias de saúde; para a construção de políticas públicas que tenham como horizonte a universalidade, a integralidade, a equidade, a igualdade e o respeito à diversidade e, quiçá, para ampliar o público-alvo das campanhas de controle do câncer, para além do outubro rosa e novembro do azul, e rumo ao arco-íris, símbolo do movimento LGBT.

Diversidade sexual e de gênero

Segundo Vinagre (2011), homens e mulheres são construídos socialmente como seres resultantes do conjunto das relações sociais concretas, objetivadas em determinada sociedade e em determinado tempo histórico. No interior dessas relações sociais, criam e recriam valores e uma moral dominante, com determinações impostas pelos antagonismos de classe e por relações de poder, nas quais se incluem as desigualdades decorrentes da identidade de gênero, da orientação sexual ou de outra natureza.

Para a autora, esses antagonismos determinam condições de existência atravessadas por processos de exploração e opressão, que impõem limites à efetivação da liberdade, da autonomia e da plena expansão dos indivíduos sociais enquanto ser humano genérico. Dessa maneira, possibilitam o desenvolvimento de uma moral repleta de preconceito e discriminação, atendendo à necessidade de manutenção da ordem social e dos interesses das classes e dos grupos dominantes.

O debate sobre a diversidade sexual e de gênero remonta à luta dos movimentos feminista e LGBT por direitos civis, políticos e sociais, acompanhada por elaborações teóricas que buscaram dar sentido às suas reivindicações. Segundo Cisne (2014), é nesse solo histórico que os chamados “estudos feministas” ou mesmo “estudos sobre a mulher”, passaram a conviver com os “estudos de gênero” a partir dos anos 1990.

Para Scott, o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primeira de significar as relações de poder, uma categoria que

(...) se torna, aliás, uma maneira de indicar as “construções sociais” – a criação inteiramente social das idéias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo essa definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. (...) o gênero se tornou uma palavra particularmente útil, porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Apesar do fato dos(as) pesquisadores(as) reconhecerem as relações entre o sexo e (...) “os papéis sexuais”, estes(as) não colocam entre os dois uma relação simples ou direta. O uso do “gênero” coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1989, p.7).

Nos anos 2000, o gênero sofreu uma “desconstrução” a partir da contribuição de Butler, que buscou desmontar a dualidade sexo/gênero e realizou uma crítica à “identidade definida” das mulheres como categoria a ser defendida e emancipada do movimento feminista. A autora questionou a arbitrariedade da premissa da distinção sexo/gênero, pelo qual sexo é natural e gênero é construído, ao afirmar que “nesse caso, não a biologia, mas a cultura se torna o destino” (BUTLER, 2010, p.26). Assim, para a autora, o gênero seria um fenômeno inconstante e contextual, que não denotaria um ser substantivo, mas um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes. Cabe destacar que esta leitura tem exercido forte influência nos estudos sobre transexualidade/transgeneridade/travestilidade.

Para Arán e Murta (2009) o conceito de transexualidade tem sido utilizado de diversas formas. Alguns grupos transexuais vêm propondo a noção de homens

e mulheres que vivenciam a transexualidade, com o objetivo de enfatizar que a transexualidade não é uma identidade, já que as pessoas se definem e se reconhecem como homens e mulheres e não como transexuais. Outros preferem utilizar a definição “homens transexuais” e “mulheres transexuais”, incorporando em parte a noção de transexualidade como definição de si. E um grupo minoritário prefere a noção de transgênero para expressar a possibilidade de um cruzamento de gêneros. Contudo, as autoras destacam que essas definições muitas vezes são moldadas a partir da exigência médica, que prescreve a necessidade do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero como condição de acesso à saúde.

Segundo Jacewicz (2011), não há uma identidade travesti sólida, básica e universal, pois através da transformação constante de seus corpos, elas demonstram que a construção de sua identidade é algo complexo, fluido e inacabado. Ao transitar entre os gêneros, as travestis contribuem para colocar em xeque a dicotomia masculino/feminino e com a heterossexualidade compulsória, demonstrando que existem outras formas de ser e viver. Assim:

O desejo da travesti de ser vista como mulher, expressado pelas roupas, pelos cabelos, pelo cuidado com o corpo, pela maneira de falar e de se portar representa a necessidade de se evocar as idealizações acerca dos gêneros (...) Evocando essas idealizações, as travestis estão interpretando performaticamente as normas de gênero culturalmente postas, mostrando as suas fissuras, incoerências e novas possibilidades (JACEWICZ, 2011, p.4).

Muito embora essas categorias apontem para um questionamento das identidades definidas, o que é ainda um debate em aberto, considera-se fundamental apreender o processo de conversão das diferenças em hierarquias, desigualdades e discriminações, por meio da tomada de uma consciência classista para a superação desta realidade. Nessa direção, Vinagre (2011) chama atenção para o fato de que

Do ângulo da análise e da luta em torno do reconhecimento da liberdade como valor ético central e das diferenças decorrentes da diversidade de gênero e sexual, sua vinculação à perspectiva classista permitiria o ataque simultâneo de todas as opressões, o que aponta para a radicalização da tomada de consciência do processo de alienação e a articulação de todos os sujeitos sociais que resistem e lutam contra os processos de dominação-exploração, negando-se e ultrapassando-se abordagens fragmentárias (VINAGRE, 2011, p.56).

Um dos passos neste sentido é a continuidade da luta política pelo reconhecimento de pautas específicas do movimento feminista e LGBT, reivindicando políticas públicas com enfoque nas relações de sexo e de gênero, ainda que no marco de uma sociedade capitalista. Ao longo das últimas décadas, esses movimentos alcançaram conquistas importantes, como é o caso das políticas de saúde que serão abordadas na próxima seção.

Políticas de saúde com enfoque nas relações de sexo e de gênero

Bravo (2001) afirma que a trajetória da saúde no Brasil apresenta três momentos significativos: o “assistencialista”, nas primeiras décadas do século XX, no qual a atuação estatal restringe-se às campanhas sanitárias; o “previdencialista”, a partir dos anos 1930, no qual a intervenção estatal na área da saúde está voltada apenas para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal; e o “universalista”, fruto do processo de redemocratização da sociedade nos anos 1980, legitimado na Constituição de 1988 e que deu origem ao Sistema Único de Saúde. A partir do período “universalista”, importantes normativas foram criadas, a fim de atender as demandas de saúde de segmentos populacionais até então invisibilizados.

A atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde desde as primeiras décadas do século XX, direcionada às demandas de gravidez e parto, traduzindo a visão restrita de mulher, baseada em sua especificidade biológica, seu papel social de mãe e responsável pelo cuidado da família, deixando-a sem assistência na maior parte de sua vida. Este quadro começa a ser alterado a partir atuação do movimento feminista brasileiro, reivindicando direitos civis, sociais e políticos das mulheres e, mais tarde, também direitos sexuais e reprodutivos.

No ano de 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que marca uma ruptura conceitual com os princípios norteadores e os critérios para eleição das prioridades das políticas de saúde para mulheres até então vigentes, assumindo as propostas do Movimento da Reforma Sanitária, que mais tarde deram origem ao SUS. Este programa permaneceu vigente durante vinte anos, tendo enfrentado dificuldades oriundas do próprio processo de formulação e implementação do SUS e da prevalência de uma forte perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva (BRASIL, 2004).

Somente no ano de 1998 a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo, dando início às discussões que originaram, no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Esta política

buscou reconhecer as lacunas presentes na atenção em diferentes ciclos de vida, raça e gênero, espaços ocupacionais e agravos à saúde (doenças crônico-degenerativas, infecto-contagiosas, mentais ou resultantes de violência), e contemplar as especificidades deste público, tais como as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004).

No ano de 2009 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, reconhecendo a necessidade de uma assistência especializada, uma vez que os homens não buscam os serviços de saúde em nível primário, mas apenas na atenção especializada, com dificuldade para aderir ao tratamento. Esta cultura tem contribuído para uma maior vulnerabilidade e mortalidade dos homens, sobretudo por doenças crônico-degenerativas, tais como o câncer (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem busca contribuir para a desconstrução de um conceito rígido de masculinidade, ligado aos papéis sociais e sexuais atribuídos ao homem, e discutir o lugar do cuidado na construção sociohistórica do gênero masculino. Cabe destacar que apresenta um certo privilégio de gênero pois, embora seja a primeira política voltada para os homens, já considera as diferentes orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas, tema ainda abordado de forma tímida nas políticas para as mulheres.

No ano de 2013 foi criada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), importante marco para a visibilidade das questões de saúde e para o reconhecimento das vulnerabilidades e demandas destes sujeitos políticos pelo Estado. Ela busca reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão, em razão da identidade de gênero e orientação sexual, no processo saúde-doença desta população. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social e cultural da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2013a).

Ela consiste no desdobramento de um processo que teve início na década de 1980, quando o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em conjunto com o movimento homossexual e do posterior reconhecimento da complexidade da saúde LGBT. Cabe destacar que os direitos LGBT vinham sendo pautados no SUS desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Além disso, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas enquanto determinação social da saúde na 13ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 2007 (BRASIL, 2013a).

Com relação ao controle do câncer, esta política apresenta como objetivos específicos: “prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado” e “prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento” (BRASIL, 2013a, p.23). Observa-se a tendência de relacionar os tipos de câncer conforme o sexo biológico de nascimento, sem avançar no debate sobre a necessidade de ampliação da política de rastreamento rumo à população trans, inclusive considerando a possibilidade do seu acesso sem que seja revelado publicamente o seu sexo de nascimento, tendo em vista os riscos de desenvolvimento de câncer, tanto para os que foram submetidos à cirurgia de redesignação de sexo, devido ao tecido residual que permanece após a cirurgia, como para os que fazem uso de terapia de reposição hormonal, tema que será abordado na próxima seção.

Terapia hormonal, câncer e transexualidade/transgeneridade/travestilidade

A terapia hormonal tem diferentes aplicações médicas⁸, cujas mais conhecidas são: a anticoncepção hormonal na idade reprodutiva, a terapia de reposição hormonal na menopausa e na andropausa, a hormonioterapia em cânceres de mama, próstata e tireóide e a terapia hormonal em disforia ou transtorno de identidade de gênero. Em termos gerais, a terapia hormonal consiste na utilização de hormônios ou seus receptores, com a finalidade de bloquear ou modular seletivamente seu funcionamento no organismo (SCHUNEMANN JUNIOR et al, 2011; BONACCORSI, 2001; FERREIRA et al, 2011; ARAN; MURTA, 2009).

É fato conhecido que o câncer de mama é hormônio dependente e, por este motivo, o papel da terapia de anticoncepção e de reposição hormonal no aumento do risco deste tipo de câncer é bastante discutido (SCHUNEMANN JUNIOR et al, 2011; QUINN et al, 2015; SALOMON et al, 2015). O câncer de próstata não conta com um consenso estabelecido sobre a atividade hormonal enquanto fator de risco (MIKSAD et al, 2006; TURO et al, 2013), mas pesquisas com tecidos prostáticos apontaram crescimento da glândula sob o efeito do estradiol (NAKHLA et al, 1994). Com relação ao câncer de tireóide, há estudos que apontam que a incidência desse tipo de câncer é duas ou três vezes maior em mulheres, sugerindo a relação com a questão hormonal (INCA, 2015).

A terapia hormonal é uma das abordagens do processo transexualizador frente ao “transtorno” de identidade de gênero. Nele são utilizados bloqueadores de

hormônios endógenos responsáveis pelos caracteres do sexo atribuído no nascimento. Assim, homens transexuais utilizam hormônios antiestrogênicos, enquanto mulheres transexuais utilizam antiandrogênicos (ARÁN; MURTA, 2009). Porém, esta modalidade carece de estudos sobre seus efeitos a longo prazo, sobretudo com relação ao risco de câncer, objeto deste artigo.

O processo transexualizador prevê um acompanhamento por equipe multiprofissional por um prazo mínimo de dois anos para as pessoas que desejam realizar a cirurgia de redesignação sexual⁹ (BRASIL, 2008). Entretanto, a demora para a realização dos procedimentos previstos nas normativas no âmbito do SUS tem sido bem maior, conforme apontam Almeida e Santos (2014).

As estimativas de câncer na população, baseadas em dados dos registros hospitalares de câncer, não incluem dados de orientação sexual e identidade de gênero, além disso, há poucos estudos que investigam a incidência e a mortalidade de câncer na população LGBT, uma realidade observada no Brasil e no mundo. Dentre os estudos existentes, observa-se que a maioria provém de pesquisas realizadas nos países centrais e redigidos na língua inglesa.

É cômico que o desenvolvimento de grande parte das neoplasias malignas associado a exposição aos fatores de riscos ocorre de forma lenta e gradual (INCA, 2015). O uso de hormônios por transexuais e travestis com o objetivo de alterações corporais, em elevadas doses, ocorre por um período prolongado, ou seja, durante toda vida. Sendo assim, é premente a discussão sobre a ampliação das estratégias de controle do câncer junto à população LGBT e, em especial, do segmento de transexuais e travestis.

Quinn et al (2015) em estudo sobre câncer de mama com mulheres trans sugerem que há evidências de risco de desenvolvimento da doença devido à terapia hormonal. Porém afirmam que é necessário aprofundar o conhecimento sobre esta problemática, principalmente, com a realização de estudos que tenham como público-alvo a população transexual em idade mais avançada, para assim apresentarem de forma mais substancial resultados sobre os efeitos dos hormônios a longo prazo.

Salomon et al (2015), em estudo sobre câncer de mama em homens, são enfáticos ao afirmarem que o excesso de estrogênio nesta população aumenta o risco de desenvolver este tipo de tumor. Por correspondência, pode-se supor a existência de riscos para as mulheres trans, assim como das travestis que, em geral, fazem uso indiscriminado e sem acompanhamento médico de hormônios feminilizantes para modificação corporal (ARAN; MURTA, 2009) o que coloca a população trans em mais uma situação de vulnerabilidade.

Nakhla et al (1994) apresentam dados referentes ao risco de desenvolvimento de câncer de próstata em mulheres transexuais. Segundo estes autores, a privação do andrógeno reduz o tamanho da próstata naquelas pessoas que não retiraram a glândula, contudo ainda permanecem os riscos de aparecimento do tumor na região.

Por meio desses dados podemos depreender dois pontos: primeiro, mais um elemento que explica a baixa expectativa de vida da população trans no país¹⁰. Segundo, mesmo que não sejam acompanhadas nos serviços de saúde para a realização de terapia hormonal, transexuais e travestis correm o risco de adoecer em razão do uso de hormônios, tendo que recorrer àqueles mesmos serviços onde sua atenção foi negligenciada.

Diante deste prisma, reitera-se a defesa da realização de procedimentos de terapia hormonal no âmbito do SUS para todas/os. Mas que sejam considerados os riscos e agravos, para os quais são necessários protocolos e recomendações específicos para prevenção e detecção precoce. É necessário dar visibilidade a esta problemática de saúde, bem como discutir o alcance das principais campanhas para controle do câncer, ainda organizadas com base no dimorfismo sexual, como será abordado a seguir.

Outubro rosa, novembro azul e diversidade

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo reduzir a mortalidade e a incapacidade causada pela doença, diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Uma de suas diretrizes visa a realização de ações intersetoriais, buscando-se parcerias que propiciem o desenvolvimento das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2013b), dentre as quais pode-se destacar as campanhas de saúde pública.

A campanha Outubro Rosa surgiu nos Estados Unidos na década de 1990 para estimular a participação das mulheres no controle do câncer de mama (LEOCA-DIO et al., 2016). A primeira iniciativa relacionada à campanha foi a Corrida pela Cura, pela Fundação Susan G. Komen for the Cure¹¹, no ano de 1990. Nela foram distribuídos laços cor de rosa aos participantes em memória das vítimas de câncer de mama. Em seguida, foi realizada a Corrida Outubro Rosa, pela Fundação Geweke's Caring for Women¹², no ano de 1997, quando pela primeira vez foi utilizado o termo "Outubro Rosa".

A campanha chegou ao Brasil na década seguinte, tendo como marco a iluminação do Obelisco do Ibirapuera, em São Paulo, no ano de 2002, por iniciativa de “um grupo de mulheres simpatizantes com a causa do câncer de mama com o apoio de uma conceituada empresa europeia de cosmético” (INSTITUTO NEO MAMA, 2015). Atualmente, a campanha tem grande visibilidade e apelo social no Brasil, envolvendo Estado e sociedade civil organizada, sobretudo através das sociedades médicas e das organizações não governamentais relacionadas ao câncer de mama, em uma série de iniciativas que perpassam os diferentes níveis de complexidade da saúde (PORTO, 2013).

O INCA participa da campanha desde 2010, promovendo eventos técnicos, debates e apresentações sobre o tema, produz materiais e outros recursos educativos para disseminar informações sobre prevenção de fatores de risco modificáveis e detecção precoce da doença (INCA, 2016). O Hospital do Câncer III, especializado em câncer de mama, também vem realizando eventos para as/os usuárias/os deste serviço e seus familiares, nas quais destacam-se as atividades informativas, motivacionais e de promoção da autoestima. De acordo com a instituição:

A data é celebrada anualmente, com o objetivo de compartilhar informações sobre o câncer de mama, promover a conscientização sobre a doença, proporcionar maior acesso aos serviços de diagnóstico e de tratamento e contribuir para a redução da mortalidade (INCA, 2016).

Seguindo o mesmo padrão da anterior, a campanha Novembro Azul surgiu na Austrália no ano de 2003, a fim de estimular a participação dos homens na prevenção e na detecção precoce do câncer de próstata. Esta campanha buscou aproveitar as comemorações do Dia Mundial de Combate ao Câncer de Próstata (17 de novembro), e do Dia Internacional do Homem (19 de novembro).

O Novembro Azul chegou ao Brasil, sob o comando do Instituto Lado a Lado pela Vida¹³, com apoio da Sociedade Brasileira de Urologia, no ano de 2014. Desde então, a campanha realiza ações como: iluminação de pontos turísticos nos diferentes estados brasileiros, atividades em locais de grande circulação de pessoas, como estádios de futebol, corridas de rua e autódromos, palestras, etc.

O INCA não participa da Campanha Novembro Azul, pois não recomenda a implementação de programas de rastreamento do câncer de próstata, tendo como base evidências científicas que apontam uma mínima redução de mortalidade frente a uma série de possíveis danos provocados por estes programas (INCA,

2013). O Ministério da Saúde reconhece que o mês de novembro vem sendo tratado simbolicamente como um mês do cuidado da saúde do homem, mas recomenda que as ações para abordagem integral aconteçam de forma permanente durante todo o ano (BRASIL, 2015).

Apesar do histórico destas campanhas, bem como da contribuição dada à causa do câncer, uma das motivações do artigo foi problematizar como campanhas fortemente associadas a símbolos de identidades cisgêneros, tais como o laço rosa para mulheres, o laço azul e o bigode para homens, podem contribuir para o controle do câncer junto à população LGBT, em especial, ao segmento de transexuais e travestis.

Diante do desenho destas campanhas, indaga-se: qual mulher é o público-alvo? Apenas a Barbie maquiada com roupa rosa? Ou também a fancha, a mona, a bofe, a mapô entre outras mulheres? E também quais homens? O príncipe encantado, o macho alfa, o boy magia ou o gay? Problematiza-se aqui o quanto a representatividade nestas campanhas pode se reverter na ida dessas mulheres e homens, cis ou trans, heterossexuais ou homossexuais, às unidades de saúde em busca da prevenção dos fatores de risco modificáveis, detecção precoce, bem como da adesão às ações de rastreamento de câncer.

Além disso, há homens acometidos por câncer de mama, numa taxa menor que a de mulheres (INCA, 2015). Cabe problematizar a imagem “ideal” e estereotipada de homens e mulheres e do masculino e feminino, tendo em vista que o gênero é uma construção sociohistórica opressora, definidora de lugares e posições de poder. Dessa maneira, todos os indivíduos que as questionam, em lugar de considerados seres abjetos, na verdade deveriam ser valorizados por ampliar a experiência do viver.

Mendonça e Aquino (2014) discutem a abordagem do universo das mulheres, em especial das mulheres trans, inclusive com menção à campanha do Outubro Rosa, ressaltando comportamentos, a áurea suave, graciosa e frágil, a representação da feminilidade, bem como o contorno rósea dado não somente a elas mas também a todo o cenário no entorno. Assim, pode-se considerar que ambas as campanhas são organizadas com esses contornos, não questionando os padrões e comportamentos hegemônicos sedimentados no binarismo de gênero.

Desta maneira, apesar de doenças com grande potencial de mobilização da sociedade, pode-se dizer que as principais campanhas de visibilidade para o câncer de mama e de próstata, Outubro Rosa e Novembro Azul, apresentam importantes limites, ao não considerar a diversidade sexual e de gênero existente na sociedade, sendo necessária uma problematização e ampliação rumo ao arco-íris.

Considerações finais

Muito embora a diversidade sexual e de gênero seja contemplada em diversas normativas e resoluções que regulam a área da saúde, observa-se o abismo entre estas recomendações e a realidade dos serviços, onde o machismo, o sexismo, a homofobia, a lesbofobia e a transfobia ainda subtraem o direito à saúde destes usuários. Um dos principais desafios para os pesquisadores e profissionais de saúde voltados para os estudos das relações sociais de sexo e de gênero é promover mudanças nos discursos, nas práticas e nas relações no interior do SUS, com vistas à materialização dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população LGBT.

Com relação à atenção ao público de transexuais e travestis, observa-se uma importante lacuna, possivelmente devido à rigidez do determinismo biológico. Identifica-se poucos estudos sobre a incidência e fatores de risco para neoplasias junto à população LGBT. Há estudos que sugerem a existência de evidências de que a terapia hormonal apresenta riscos para o desenvolvimento de câncer de mama, próstata e tireóide, porém apresentam resultados bastante limitados. Esta constatação tem rebatimentos nas campanhas de saúde pública, como é o caso do Outubro Rosa e do Novembro Azul, que acabam por não ampliar seu escopo de atuação em direção a este público.

É premente que se leve em conta as novas problemáticas de saúde, como o “transtorno” de identidade de gênero, e as novas tecnologias de saúde, como o processo transexualizador, conjugadas às mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, com a prevalência de doenças crônico-degenerativas, bem como o aumento da incidência e da mortalidade por câncer. Assim, são necessários novos estudos, tanto teóricos, quanto práticos, que busquem repensar as fronteiras disciplinares – sobretudo da oncologia, mastologia, ginecologia e urologia – frente às relações de sexo e de gênero, haja vista as novas demandas colocadas por estes sujeitos sociais e políticos.

Referências

ALMEIDA, G. S.; SANTOS, M. C. B. **Você realmente escolheu atender gente que nem a gente ou te obrigaram?:** notas sobre a assistência à saúde a pessoas trans no SUS. In: DUARTE, M. J. de O. et. al. (Orgs.). **Política de Saúde Hoje:** interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas: Papel Social, 2014.

ARAN, M.; MURTA, D.. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, v.19, n.1, p. 15-41, 2009.

BENTO, A. V. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. *Revista JA*, v.7, n. 65, p. 42-42, 2012.

BONACCORSI, A. C. Andropausa: Insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma Revisão. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v.45, n.2, p. 123-133, 2001.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N° 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 457, de 19 de agosto de 2008. Regula o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde no Brasil: trajetória e história**. In: BRAVO, M. I. S. **Capacitação para conselheiros de saúde**: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 21-28.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CARRARA, S. et al (Orgs.). **Curso de especialização em gênero e sexualidade**, v. 4 e 5. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010.

CISNE, M.. Relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe: uma análise feminista-materialista. **Temporalis**, v. 14, n. 28, p. 133-149, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/7886/6149>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

FERREIRA, M. C. F. et al. Moduladores seletivos do receptor estrogênico: novas moléculas e aplicações práticas. **Femina**, v.39, n.9, p.433-441, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n9/a2956.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Outubro Rosa 2016**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp>> Acesso em: 20 jan. 17.

_____. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. **Nota Técnica Conjunta N° 001/2015**. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota_tecnica_saude_do_homem_ms.pdf> Acesso em: 20 jan. 2017.

_____. **Rastreamento do Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/rastreamento_prostata_resumido.2013.pdf> Acesso em 20 jan. 2017.

INSTITUTO NEO MAMA. **História**. Disponível em: <<http://outubrorosa.org.br/>> Acesso em: 20 jan. 2017.

JACEWICZ, C. C. **Identidade travesti e exclusão social sob a perspectiva da psicologia histórico-cultural**. In: Anais do II Simpósio Internacional de Educação Sexual. Gênero, Direitos e Diversidade Sexual: trajetórias escolares. Maringá, 2011.

LEOCADIO, L. F. et al. **Consciência rosa**: Stop motion em prol da campanha do Outubro Rosa. Intercom. Alto Araguaia, 2016. Disponível em :<<http://>

portalintercom.org.br/anais/centrooeste2016/expocom/EX51-0389-1.pdf>. Acesso em: 20 jan.2017.

MENDONÇA, C. M.C.; AQUINO, Talita Y.S. Figuras binárias na construção fil-mica de personagens trans. **Esferas**, v. 3, n. 5, p. 31-38, 2014.

MIKSAD, R. A. et al. Analysis of hormonal receptor status in tissue from prostate cancer that developed 26 years after bilateral orchiectomy and following 41 years of estrogen therapy. In: **Journal of Clinical Oncology**, v. 24, n. 18, p.14610-14610, 2006.

NAKHLA, A. M. et al. Estradiol causes the rapid accumulation of cAMP in human prostate. **Medical Sciences**, v.91, n.7, p. 5402-5405, 1994.

NETTO, J. P. **Introdução ao método da teoria social**. In: CFESS, ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, 2009.

PORTO, M. A. T. et al. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.3, n.59,p.331-339, 2013.

QUINN, G. P. et al. Cancer and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual, and Queer/Questioning Populations (LGBTQ). In: **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 65, n. 5, p. 384-400, 2015.

SALOMON, M. F. B.; et al. Câncer de mama no homem. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 4, p. 141-145, 2015.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Nota de esclarecimento aos profissionais de saúde e à população.Rio de Janeiro: SBEM**, 2016. Disponível em: http://www.endocrino.org.br/media/uploads/nota_oficial_sbem_12_12_16.pdf. Acesso em 20 jan. 2017.

SCHUNEMANN JUNIOR, E. et al. Anticoncepção hormonal e câncer de mama. **Femina**. v. 39, n. 4, p. 231-235, 2011.

TURO, R. et al. Metastatic prostate cancer in transsexual diagnosed after three decades of estrogen therapy. **CUAJ**, v.7, n.4, p. 44-46, 2013.

VINAGRE, M.. Diversidade humana, relações sociais de gênero e luta de classes: emancipação para além da cultura. **Em Pauta**, v.9, n.28, p.51-63, 2011.

Notas

- 1 Assistente Social pela FSS/UERJ, Especialista em Serviço Social em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva e Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do IPUB/UFRJ. E-mail: obruno2006@hotmail.com
- 2 Assistente Social pela FSS/UERJ, Especialista em Gênero e Sexualidade pelo IMS/UERJ, Especialista em Política e Planejamento Regional pelo IPPUR/UFRJ, Mestre em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ, Doutoranda em Serviço Social pelo PPGSS/UERJ, Local de trabalho: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva / Hospital do Câncer III. E-mail: dbrandt@inca.gov.br e-mail: danielbrandt@yahoo.com.br
- 3 Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (180 mil casos novos) (INCA, 2015).
- 4 Pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer.
- 5 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), atualizado em 1994, substituiu o termo “Transexualismo” pela definição “Transtorno de Identidade de Gênero”, enquanto o Código Internacional de Doença (CID-10) ainda tipifica a “doença” como “transexualismo”. Contudo, cabe destacar que a patologização da transexualidade e da intersexualidade está baseada no pressuposto de que os gêneros são determinados pelo dimorfismo dos corpos e um determinismo apoiado no saber/poder médico. Assim, tem crescido o reclame pela despatologização das identidades trans no campo dos direitos humanos, mas sem a perda das alternativas assistenciais existentes para os/as que desejam modificações corporais, com o aprimoramento constante destas alternativas assistenciais e com a ampliação do acesso de pessoas trans ao SUS na perspectiva da integralidade (ALMEIDA e BRASIL, 2014).
- 6 Instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso a hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo biológico à identidade de gênero e social.
- 7 Até 2014, foram realizados 6.724 procedimentos ambulatoriais e 243 procedimentos cirúrgicos. No ano de 2016, 34 cirurgias foram contabilizadas, um aumento de 48% em relação ao ano anterior. Sobre a procura, em 2015 foram 3.388 procuras e 4.467 no ano de 2016. Dados do Portal Brasil/Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>>. Acesso em 19 jan. 2017.
- 8 A utilização de hormônios com finalidades estéticas, vulgarmente conhecida como “modulação hormonal”, não é reconhecida pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, sendo associada à possibilidade de vários efeitos adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

- 9 Que consistem nas cirurgias de neofaloplastia, de alteração da genitália feminina para masculina (FtM) e neocolpovulvoplastia, de alteração da genitália masculina para feminina (MtF). Contudo há cirurgias para modificações corporais em caracteres secundários, tais como mastectomia e raspagem de pomo de adão.
- 10 A expectativa de vida de uma travesti e transexual brasileira gira em torno dos 30 anos, enquanto a expectativa de vida de um brasileiro médio é 74,6 anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<https://anistia.org.br/29-de-janeiro-um-dia-nacional-de-luta-pela-dignidade-para-pessoas-trans/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2017.
- 11 Mais informações sobre a Fundação Susan G. Komen disponíveis em: <<http://ww5.komen.org/>>. Informar dados de acesso
- 12 Outras informações sobre a Fundação Geweke's Caring for Women e sobre o Outubro Rosa disponíveis em: <<http://www.pink-october.org/>>. Acesso em: 05 de março de 2017.
- 13 Mais informações sobre a Fundação Lado a Lado pela Vida e sobre o Novembro Azul disponíveis em <https://www.ladoaladopelavida.org.br/campanha/novembro-azul>.

Artigo recebido no mês de março de 2017 e aceito para publicação no mês de maio de 2017.

