UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

KARLA IVANEIDE BARROS DA COSTA

RACISMO NO ACESSO À SAÚDE DE MULHERES NEGRAS

RECIFE

2024

KARLA IVANEIDE BARROS DA COSTA

RACISMO NO ACESSO À SAÚDE DE MULHERES NEGRAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Recife, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Delâine Cavalcanti Santana de Melo

;

RECIFE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Costa, Karla Ivaneide Barros da .
Racismo no acesso à saúde de mulheres negras / Karla Ivaneide Barros da Costa. - Recife, 2024.
72

Orientador(a): Delâine Cavalcanti Santana de Melo
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2024.

1. Racismo. 2. Mulheres Negras. 3. Câncer. 4. Políticas Públicas. 5. Política de Saúde. I. Melo, Delâine Cavalcanti Santana de. (Orientação). II. Título.

360 CDD (22.ed.)

KARLA IVANEIDE BARROS DA COSTA

RACISMO NO ACESSO À SAÚDE DE MULHERES NEGRAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Recife, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Delâine Cavalcanti Santana de Melo

(Orientadora)

_____

Profª. Drª. Evelyne Medeiros Pereira

(Examinador Interno)

_____

Alba Valéria da Fonseca Cavalcanti

(Examinador Externo)

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus avós maternos (in memoriam), que foram essenciais na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu Deus, por ter me concedido saúde, força e determinação para lutar pelos meus sonhos. A realização de uma graduação em uma Universidade Pública sempre foi um sonho para mim e algo quase impossível, mas Deus não coloca um desejo em nosso coração que Ele não possa realizar.

Aos meus pais Antônio Carlos e Ivânia, agradeço pelo esforço e dedicação em me criarem, sobretudo por sempre acreditarem que é através dos estudos que a vida muda. Mãe, obrigada por sempre estar ao meu lado, por me apoiar até nos mínimos detalhes, seja fazendo minha comida, cuidando da minha roupa, por me dar amor, por ser minha força nos meus momentos mais difíceis, que um dia eu possa retribuir tudo o que a senhora fez por mim.

Ao meu companheiro e amigo Adilson Filho, agradeço por acreditar no meu potencial quando nem mais eu acreditava, por sempre me incentivar a estudar e buscar o melhor. Seu amor e dedicação me incentivam a buscar meus sonhos. Aos meus sogros Adilson Neres e Zilma, gratidão por me apoiarem durante todos esses anos como se eu fosse filha de vocês, esses detalhes nunca serão esquecidos.

As minhas queridas amigas de graduação Mª Eduarda e Magdiane agradeço por me acompanharem no processo de transferência da UPE para a UFPE, onde juntas passamos por vários desafios, torço muito pelo sucesso de vocês. Agradeço também às amigas que fiz na UFPE, Lília e Eva, obrigada por todo apoio e por tornarem a vivência da universidade tão leve. Sou grata também ao meu grupinho da universidade pelas trocas de experiências e de afeto, obrigada Eduardo, Laura, Maria, Leila, Ana e Nathália.

A minha colega de graduação e dupla de estágio Nelita, gratidão por toda a troca de experiências e pelas reflexões críticas, sua parceria foi muito importante durante todo o período do estágio, torço muito pelo seu sucesso.

A minha amiga de infância, Suellen, gratidão por ter me apresentado o curso de Serviço Social, por todo apoio e incentivo para que eu continuasse estudando, me espelhei muito no seu exemplo.

A Milena, agradeço por todo o seu apoio e suporte emocional durante a construção desse trabalho, você foi essencial.

Aos/As professores/as agradeço por todos os ensinamentos que contribuíram para a minha formação acadêmica. Sobretudo, agradeço à minha orientadora Profª Drª Delâine Cavalcanti, por todas as orientações para a construção deste trabalho, pela paciência e pelo seu comprometimento. Agradeço também a Profª Drª Flávia Clemente, que me orientou durante

todo o período do estágio obrigatório, suas orientações, ensinamentos e reflexões críticas foram importantíssimas para a construção deste trabalho e para formar a profissional que sou hoje.

A minha orientadora de campo de estágio, Alba Cavalcanti, agradeço pelo acolhimento, pelo apoio, por todos os ensinamentos e por ser essa profissional extremamente competente e humanizada. Agradeço a todos/as profissionais do Hospital-Escola no qual estagiei, sobretudo as assistentes sociais Izabel Leite e Isis Araújo que contribuíram muito durante esse meu processo formativo.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram e me apoiaram ao longo desses cinco longos anos, que não foram fáceis, mas que finalmente eu posso dizer, eu consegui. Muito obrigada!

“Numa sociedade racista, não basta não ser racista. É necessário ser antirracista”.

(Angela Davis)

RESUMO

Este trabalho tem como tema central o racismo no acesso à saúde de mulheres negras. Reflexão que foi desenvolvida a partir do Estágio Curricular Obrigatório, desenvolvido no setor ambulatorial de oncologia em um Hospital-Escola de alta complexidade de Recife. Possui como objetivo geral refletir sobre dificuldades enfrentadas por mulheres negras diagnosticadas com câncer para acesso à assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos objetivos específicos, foi proposto discutir sobre a formação socio-histórica e a questão racial como determinação dos processos saúde-doença; abordar o direito à saúde e os determinantes sociais e identificar as políticas públicas voltadas para a pessoa com câncer e a população negra. A pesquisa assume uma perspectiva crítica, problematizando classe, raça e sexo-gênero como estruturas interseccionadas. Os procedimentos metodológicos adotados foram o levantamento bibliográfico, com pesquisa em produções acadêmicas, artigos e livros. A pesquisa documental foi feita em documentos públicos, acessando políticas e leis referentes ao objeto de estudo. Observou-se que apesar dos avanços significativos alcançados pelos movimentos sociais na criação de políticas públicas, ainda há desafios persistentes que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Sobretudo, evidencia-se que o racismo estrutural e institucional se intersecciona com as questões de gênero e classe e impactam na sociedade brasileira, afetando o direito à saúde da população negra.

Palavras-chave: Racismo; Mulheres Negras; Câncer; Políticas Públicas; Política de Saúde.

ABSTRACT

This work addresses the central theme of racism in access to healthcare for black women. It reflects on experiences drawn from the Mandatory Curricular Internship conducted in the oncology outpatient department of a high-complexity Teaching Hospital in Recife. Its general objective is to reflect the difficulties faced by black women diagnosed with cancer in accessing healthcare within the Brazilian Unified Health System (SUS). Regarding specific objectives, it aims to discuss socio-historical formation and racial issues as determinants of health-disease processes; address the right to healthcare and social determinants; and identify public policies aimed at people with cancer and the black population. The research takes a critical perspective, problematizing class, race, and gender as intersecting structures. Methodological procedures include bibliographic research – examining academic production, articles, books - and documentary research, accessing policies and laws related to the study's subject. Despite significant advancements achieved by social movements in creating public policies, persistent challenges remain within the Brazilian healthcare system. Particularly, it is evident that structural and institutional racism intersects with gender and class issues, impacting Brazilian society and affecting the healthcare rights of the black population.

Keywords: Racism; Black Women; Cancer; Public Policies; Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira De Ensino E Pesquisa Em Serviço Social

AIDS - Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

BPC - Benefício De Prestação Continuada

CACON - Centro De Assistência De Alta Complexidade Em Oncologia

CF-1988 - Constituição Federal De 1988

CFESS - Conselho Federal De Serviço Social

CNS - Conselho Nacional De Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA - Estados Unidos Da América

ESF - Estratégia De Saúde Da Família

GTI - Grupo De Trabalho Interministerial

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HPV - Human Papiloma Virus

IBGE - Instituto Brasileito De Geografia E Estatística

INCA - Instituto Nacional De Câncer

INSS - Instituto Nacional De Seguro Social

MNU - Movimento Negro Unificado

MNUCD - Movimento Negro Unificado Contra A Discriminação Racial

MS - Ministério Da Saúde

ONU - Organização Das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial De Saúde

PAISM - Programa De Assistência Integral À Saúde Da Mulher

PNAISM - Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Mulher

PNAO - Política Nacional De Atenção Oncológica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAS - Política Nacional De Assistência Social

PNPCC - Política Nacional De Prevenção E Controle Do Câncer

PNSIPN - Política Nacional De Saúde Integral Da População Negra

PTS - Programa De Transporte Social

RAS - Redes De Atenção À Saúde

TFD - Tratamento Fora Do Domicílio

UBS - Unidade Básica De Saúde

UFPE - Universidade Federal De Pernambuco

UNACON - Unidade De Assistência De Alta Complexidade Em Oncologia

VEM - Vale Eletrônico Metropolitano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO ……. 13
2 ESTRUTURAS DE OPRESSÃO-EXPLORAÇÃO NA FORMAÇÃO SOCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA …….....17
2.1 Racismo brasileiro – elementos do debate **……..…....21**
2.2 Questão racial como determinação do processo saúde-doença **……..……... 25**
2.3 Racismo e patriarcado: repercussões na saúde das mulheres negras **…….…..….. 27**
3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL - LUTAS E CONQUISTAS...……..…31
3.1 Movimento Negro e as inflexões na agenda do Estado **……...…….. 33**
3.2 Políticas Integradas ao SUS: Potencialidades e limites **……...….. 37**
3.3 Mulheres negras com câncer e o acesso à Saúde **……...……..…. 41**
4 PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE .……48
4.1 Serviço Social na Oncologia: Estratégias interventivas e desafios **……..…..……..……...51**
4.2 Apontamentos da experiência de estágio no Ambulatório de Oncologia em um Hospital-Escola**……..……..... 56**
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS …….…...62
6 REFERÊNCIAS ……...…….. 65

1 INTRODUÇÃO

A população negra está inserida em um contexto de intensa desigualdade racial, social e econômica, estando entre os povos que menos têm acesso à saúde e a outros direitos básicos. Sua história revela violação de direitos, coisificação e genocídio. O passado marcado pela escravização colonial impactou profundamente a formação socio-histórica brasileira, fundindo-se em um sistema capitalista, heteropatriarcal e racista de exploração da força de trabalho e gerador de múltiplas expressões da questão social (Santos, 2021). Mulheres negras têm seus direitos constantemente violados. Sua existência é marcada pelas opressões de classe, gênero e raça, como estruturas que se interseccionam e se manifestam colocando-as em situações de vulnerabilidade e exclusão social, agudizadas por serem mulheres, e por serem negras, ademais de se integrarem aos segmentos mais pobres da classe trabalhadora. Davis (2016, p.19) ressalta que, "quando se trata das mulheres negras na sociedade desde a escravidão elas eram vistas como "reprodutoras", animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar".

A aproximação e identificação da temática central desta monografia, deu-se com base na experiência do estágio curricular obrigatório, desenvolvido no semestre letivo 2022.2 e 2023.1, no setor ambulatorial de oncologia em um Hospital-Escola de alta complexidade no Recife, tendo sido possível observar a maciça presença de mulheres negras, de precária condição econômica, educacional, habitacional, laboral. Tais determinações impactam no seu processo de saúde-doença, na sua recuperação e na adesão ao tratamento, evidenciando o que Gonzalez (2018) aborda, de que quando existe uma divisão sexual e racial do trabalho, a mulher negra sofre discriminação de raça, classe e sexo.

O presente trabalho propõe-se a abordar as interfaces do racismo no acesso à saúde de mulheres negras e a atuação do Serviço Social neste campo. Problematiza os impactos da formação socio-histórica brasileira para essa população, desafios enfrentados para acesso à saúde e, particularmente, quanto à busca por diagnóstico e tratamento do câncer. Quanto ao Serviço Social, evidencia a importância da atuação das assistentes sociais na Oncologia, no acolhimento humanizado às/aos usuárias/os e na mediação para garantia dos direitos sociais, apesar dos desafios cotidianos.

Cabe destacar que o câncer é uma terminologia que abrange mais de 100 doenças diferentes, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, determinando a formação de tumores. Em mulheres, a incidência maior é do câncer de mama com 30,1%, seguido de 9,7% no cólon e reto, em terceiro lugar 7% cólon do útero. A

neoplasia maligna, como é chamado o câncer, é considerada uma doença grave, que dada a repercussão na vida de quem é acometido, assegura direitos e garantias especiais a partir da comprovação de relatórios médicos, exames e perícia médica (INCA, 2022).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2011), nas últimas décadas o câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, devido a maior exposição a agentes cancerígenos, consequência dos padrões de vida adotados em relação ao trabalho, alimentação, dentre outros.[1]

A história da Política de Saúde no Brasil revela uma batalha contínua pelo direito universal e equitativo à saúde. A partir da mobilização de movimentos sociais, inclusive do movimento negro e do movimento de mulheres, foram conquistados importantes avanços legislativos e institucionais, como a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional de Atenção Integral a População Negra, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, importantes marcos institucionais e legais que reconhecem a saúde como direito universal e apontam as disparidades raciais e de gênero no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 1988, 2004, 2009).

Com relação ao câncer, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer foi instituída a partir da ampliação da atenção à oncologia, reconhecendo a neoplasia como uma doença crônica passível de tratamento e visando a garantia do acesso integral a população, a fim de reduzir a morbimortalidade. De acordo com o INCA (2022), a neoplasia maligna é o principal problema de saúde pública do mundo, tendo a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 de que ocorrerão 704 mil novos casos de câncer.

No que trata das mulheres negras com câncer e o acesso aos direitos sociais na saúde, pesquisas sobre saúde e raça/etnia são escassas mesmo diante da necessidade de evidenciar o impacto do racismo na saúde. Estudos sobre a saúde da população negra, em específico das mulheres negras, os indicadores apontam as maiores taxas de óbito, prevalência de doenças crônicas, além de altas taxas de violência. Sobretudo, quando se fala na acessibilidade ao cuidado oncológico, as mulheres negras encontram dificuldade no acesso ao diagnóstico precoce, em decorrência a diversos determinantes sociais, ocasionando no tratamento tardio, e na menor possibilidade de sobrevivência em comparação com as mulheres brancas (Souza *et al.*, 2022).

[1] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em 26 fev. 2023.

Pessoas com câncer possuem um elenco diferenciado de direitos no âmbito do SUS, prioridade no atendimento, celeridade para diagnóstico e início do tratamento, disponibilidade de transporte para manutenção de procedimentos terapêuticos, sendo que o acesso a essas garantias é bastante difícil. Neste contexto de precarização, o Serviço Social, baseado no seu Projeto Ético Político e no Código de Ética Profissional, intervém na mediação do enfrentamento a expressões da questão social. O olhar para o passado de escravização e coisificação, as negações de direitos na atualidade, remonta a tradição escravista, e na forma como desde esse período impactou no acesso aos direitos sociais e na saúde da população negra (Eurico *et al.*, 2021).

Guiado pelo objetivo geral de refletir sobre as dificuldades enfrentadas por mulheres negras diagnosticadas com câncer para acesso à assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto aos objetivos específicos, foi proposto discutir sobre a formação socio-histórica e a questão racial como determinação dos processos saúde-doença; abordar o direito à saúde e os determinantes sociais e identificar as políticas públicas voltadas para a pessoa com câncer e para a população negra. A pesquisa fundamenta-se na perspectiva crítica, problematizando classe, raça e sexo-gênero como estruturas interseccionadas. Os procedimentos metodológicos adotados foram o levantamento bibliográfico – pesquisa em produções acadêmicas, artigos, livros; e a pesquisa documental, acessando políticas e leis referentes ao objeto de estudo.

O levantamento bibliográfico abrangeu trabalhos acadêmicos, artigos científicos publicados no campo do Serviço Social, da saúde, sobre raça, racismo, feminismo e movimentos sociais, encontrados em periódicos. No corpus bibliográfico, as/os principais autoras/es sobre Raça, Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais, Mulheres e Feminismo, foram Almeida (2018), Albuquerque e Fraga Filho (2006), Alvez & Lucena (2021), Fernandes (2008), Gonzalez & Hasenbalg (1982), Moreira (2017), Iamamoto & Carvalho (2014), Iamamoto (2015), Netto (2015), Matos (2017), Montanõ & Duriguetto (2011), Bravo (2009), Bravo & Matos (2009), Bravo (2012), Bravo & Marques (2012), Davis (2016), Gonzalez (2020), Villela & Monteiro (2005), Cisne & Santos (2018) dentre outros.

A pesquisa documental, segundo Kripka, Scheller e Bonotto (2015, p.244), “consiste em um exame de diversos materiais que ainda não foram analisados, sendo assim, os dados obtidos de documentos que nunca foram examinados, com o objetivo de extrair informações contidas nele, a fim de compreender um fenômeno”. Sendo assim foram utilizados: a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº8.080/1990), Lei nº 8.142/1990 que é destinada para a participação da comunidade na gestão do SUS, Lei de

Regulamentação da Profissão (Lei nº8.662/1993), Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Lei nº14.758/2023), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2017), Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (Brasil, 2011), Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993 (CFESS, 1993) e o documento produzido pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010) *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*.

A monografia foi organizada em três capítulos, além da Introdução e das Considerações Finais. Inicialmente foi abordado sobre as estruturas de opressão e exploração na formação socio-histórica brasileira e o impacto do racismo na saúde da população negra e das mulheres negras. O segundo capítulo trata das lutas e conquistas na saúde no Brasil, abordando a contribuição dos movimentos sociais na conquista de direitos sociais e do direito à saúde; problematiza a imbricação de classe, raça e gênero, e o acesso à saúde de mulheres negras com câncer. Por fim, abordamos a atuação do Serviço Social junto à população com câncer, estratégias interventivas e desafios, também apresenta apontamentos da nossa experiência de estágio no ambulatório de oncologia em um Hospital-Escola.

2 ESTRUTURAS DE OPRESSÃO-EXPLORAÇÃO NA FORMAÇÃO SOCIO-HISTÓRICA BRASILEIRA

Destaca-se como fundante compreender a formação social e histórica brasileira para identificar que o patriarcado, o racismo e o capitalismo se fundiram de forma sistêmica com o fito de explorar a força de trabalho, sendo então uma condição para as múltiplas determinações da questão social. Sendo assim, pode-se analisar que nosso passado é marcado pela escravidão, o colonialismo, o patriarcalismo e as lutas de classe, que possibilitam entender a história do Brasil (Cisne; Santos, 2018).

Pacheco (2019), destaca que a colonização do Brasil foi marcada pela exploração através do pacto colonial que consistia na retirada e comercialização de bens das colônias para manutenção dos luxos da coroa. À época, o produto comercializado e lucrativo à metrópole era a cana de açúcar. Nesse processo, durante os quase quatro séculos seguintes, a mão de obra escravizada, composta de pessoas negras sequestradas do continente africano constituiu-se na principal força de trabalho. Como elemento da ideologia colonizadora, ademais da criminosa sujeição de povos livres e dilapidação dos recursos naturais, constava a obrigatoriedade do batismo cristão e a mudança do nome próprio, impondo a perda da identidade e o desenraizamento da terra natal. No discurso do opressor, o ideal era salvar a alma das pessoas escravizadas do paganismo e da idolatria.

Um conjunto de fatores contribuíram para a intensificação da escravização negra em vez dos nativos brasileiros, dentre estes a resistência do povo indígena. Além disso, uma catástrofe atingiu milhares de nativos por não possuírem defesas no organismo para suportar as doenças trazidas pelos europeus como a varíola, sarampo, gripe, tornando a escravização deste povo não lucrativa, diferente da experiência com os/as africanos/as pois eles/elas possuíam uma experiência na criação de gado, na utilização de metais e de atividade açucareira (Pacheco, 2019).

Os navegadores portugueses foram levados à África em busca de especiarias e ouro, entretanto o primeiro negócio realizado foi a troca por pessoas. Portugal se deu conta do valor da pessoa-produto, passando a comprar africanos/as para vender a outros africanos/as, se beneficiando de sua potência naval com a velocidade das caravelas em se deslocar e transportar os cativos ao longo de sua costa (Albuquerque; Fraga Filho, 2006).

Sob pressão de um movimento abolicionista interno rigoroso e também influenciado por considerações econômicas, como mudanças nas relações do trabalho e no comércio

internacional, o Parlamento britânico, em 1807, decretou o fim do sequestro de pessoas escravizadas para suas colônias na América. Posteriormente, em 1833, foi abolida a escravidão na Inglaterra. O Brasil, por sua vez, tornou-se um alvo significativo para os britânicos, por ser o principal importador de escravizados e também por representar uma forte concorrência na exportação de açúcar em relação às colônias britânicas. Em 1810, o governo britânico obteve do príncipe regente D. João VI, então estabelecido no Brasil, a promessa de restringir o tráfico em seus domínios. Durante o Congresso de Viena, em 1815, os britânicos aprovaram uma proposta que proibia o sequestro de pessoas da África ao norte da linha do Equador e isso impactou diretamente o comércio de pessoas escravizadas no Brasil (Albuquerque; Fraga Filho, 2006).

Segundo estes autores, em 7 de novembro de 1831, o parlamento brasileiro aprovou uma lei que proibia o crime de tráfico de pessoas, entretanto essa lei não foi rigorosamente aplicada. Entre o período dos anos 1830 e 1840 houve aumento significativo da entrada de pessoas negras de África no país em decorrência do aumento da cultura cafeeira no Sudeste, o que levou ao tráfico ilegal de cerca de um milhão de escravizados no Brasil, com o intuito de abastecer os mercados locais antes que a lei abolicionista fosse implementada com rigor. Em 4 de setembro de 1850, foi aprovada a Lei Eusébio de Queirós, proibindo definitivamente o crime, mas isso não significou o fim da escravidão, que intensificou o tráfico interno no país.

De acordo com Pacheco (2019), a pessoa escravizada era uma propriedade, única e exclusiva da classe senhorial, não tinha direitos e deveria obedecê-la, era como um objeto que podia ser vendido/a, alugado/a, emprestado/a, hipotecado/a, uma mercadoria e não uma pessoa, um meio de produção legitimado pela legislação da época.

Ainda mais subalternizada eram as mulheres escravizadas, pois, conforme Kenneth (1956 *apud* Davis, 2016, p.17), “a mulher escrava era antes de tudo uma trabalhadora em tempo integral para seu proprietário". Após a proibição do tráfico internacional de mão de obra escravizada, as mulheres eram vistas meramente como “reprodutoras” e contra elas eram impetrados estupros e múltiplos abusos físicos como forma de domínio e controle para a exploração econômica de seu trabalho e para sua opressão completa e aniquilamento da capacidade de resistir. Conforme Davis (2016, p. 19) aborda

> as mulheres também sofriam de forma diferente, porque eram vítimas de abuso sexual e outros maus-tratos bárbaros que só poderiam ser infligidos a elas. A postura dos senhores em relação às escravas era regida pela conveniência: quando era lucrativo explorá-las como se fossem homens, eram vistas como desprovidas de gênero; mas, quando podiam ser exploradas, punidas e reprimidas de modos cabíveis apenas às mulheres, elas eram reduzidas exclusivamente à sua condição de fêmeas.

Com o fim do Mercantilismo[2] veio a extinção do tráfico negreiro, primeiro na Inglaterra em 1772 e depois nos demais países. O Brasil era o principal alvo dos ingleses, pois o açúcar produzido no país chegaria na Europa mais barato do que o açúcar produzido nas colônias inglesas (Albuquerque; Fraga Filho, 2006). Em 12 de maio de 1871 foi instituída a Lei do Ventre Livre, a qual estabelecia que crianças nascidas após essa data ficariam com as mães até os 8 anos de idade e depois estariam livres ou ficariam com os fazendeiros até completarem 21 anos de idade, utilizando seus serviços como forma de sustento. Sabe-se que a última opção foi a mais usada pelos patrões como forma de camuflar o uso de sua mão de obra (Pacheco, 2019).

Sob mobilização intensa, foi promulgada a Lei do Sexagenário, que libertava pessoas escravizadas a partir dos 65 anos de idade. É importante ressaltar a ironia dessa legislação, uma vez que a expectativa de vida média de um escravizado do sexo masculino era de cerca de 18,3 anos; assim, aqueles que sobreviviam até os 65 anos provavelmente estariam inválidos, o que mais uma vez favoreceria os fazendeiros, que se viam livres do ônus de sustentar os mais velhos após o esgotamento da vida pelo trabalho (Pacheco, 2019).

Posteriormente, em 13 de maio de 1888, a Princesa Isabel apresentou uma lei para a abolição oficial da escravidão no país. No entanto, o Brasil não instituiu nenhum sistema de reparação social pela escravidão e pela escravização de milhares de pessoas. A mão de obra escravizada não foi reconhecida como trabalhadores/as assalariados/as, não houve concessão de terra para produção agrícola ou qualquer estratégia de ajuda à sobrevivência. Ao contrário, foram relegados às periferias e aos trabalhos informais, resultando em situações de pobreza e marginalização (Pacheco, 2019).

Cabe ressaltar que nesses séculos de escravização e violências, mulheres e homens negros e negras exerceram resistências e lutaram por liberdade. Foram vítimas de crimes cruéis, como açoitamento, aprisionamento e assassinato. Se temos pessoas negras no Brasil é porque lutaram bravamente, ainda que tenha sido uma luta que nunca deveria ter sido travada, visto que nunca deveriam ter sido escravizados/as.

Para Marx (2013), o modo de produção capitalista fundamenta-se, dentre outras determinações, na exploração do trabalho e na divisão da sociedade em classes sociais distintas. A riqueza é gerada pela classe trabalhadora, mas é apropriada pela classe dominante. Enquanto a classe trabalhadora vende sua força de trabalho em troca de salário, obtendo apenas o mínimo

[2] O mercantilismo pode ser definido como um sistema econômico e político predominante na Europa entre os séculos XVI e XVIII. Ele se caracteriza pela busca de acúmulo de riquezas nacionais, especialmente ouro e prata, através do controle estatal do comércio, da colonização e das políticas protecionistas, que visavam o fortalecimento econômico e político do Estado. O declínio do mercantilismo foi influenciado pela Revolução Industrial, mudanças coloniais e transformações políticas no final do século XVIII (Rojas, 2007).

para sua subsistência, a classe dominante, proprietária dos meios de produção, expropria a classe trabalhadora ao adquirir sua força de trabalho; tal antagonismo resulta em diversas desigualdades. Na escravidão, não havia salário pago a trabalhadores/as, mas o trabalho existia e igualmente o enriquecimento da classe patronal.

O conceito de questão social é explicativo desse processo de exploração na sociabilidade burguesa, entendido como a síntese das desigualdades e lutas sociais, geradas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais (Iamamoto, 2015). Este conceito é central na produção teórica do Serviço Social; além disso, as manifestações desse fenômeno são reconhecidas como objeto de intervenção profissional. Como expresso por Iamamoto (2015, p.160)

> a questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade aos bens da civilização. Dispondo de uma dimensão estrutural, ela atinge visceralmente a vida dos sujeitos numa "luta aberta e surda pela cidadania", no embate pelo respeito aos direitos civis, sociais e políticos e aos direitos humanos. Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos de cada um e de todos os indivíduos sociais.

No início do século XX, uma parcela da classe trabalhadora, com exceção dos trabalhadores/as negros/as, foi integrada ao mercado de trabalho. A ideologia da superioridade racial branca, embasada na teoria racial higienista, favoreceu a preferência pela mão de obra branca imigrante, mesmo que fosse mais cara. Enquanto isso, a população negra, que havia sido escravizada, acabou engrossando as fileiras do exército industrial de reserva, conceito funcional ao sistema capitalista conforme Marx (2013), pois se trata de um contingente de mão de obra disponível para ser utilizada conforme as necessidades do sistema, como

> população trabalhadora excedente é um produto necessário da acumulação ou do desenvolvimento da riqueza com base capitalista, essa superpopulação se converte, em contrapartida, em alavanca da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta (Marx, 2013, p.707).

Conforme esses breves elementos da história do Brasil, o/a trabalhador/a escravizado/a ocupou o lugar de "sobra da sobra", relegado/a ao pauperismo, muitos inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva (Pereira; Sampaio, 2018, p.439).

2.1 Racismo brasileiro – elementos do debate

Segundo Albuquerque e Fraga Filho (2006, p.68), o Brasil pós-colonial se consolidou em uma sociedade profundamente marcada pelo racismo, onde pessoas negras escravizadas, libertas ou livres, eram consideradas "inferiores". Os autores concluem que a criação do sistema escravista foi simultânea à criação do racismo. Assim, para compreender o racismo, tornou-se necessário o desenvolvimento da noção de raça, constituída a partir do século XVI para estabelecer classificações e categorizações dos seres humanos. Apoiada na ideologia racial, essa concepção influenciou diretamente a história da constituição política e econômica da sociedade brasileira.

De acordo com Torres (2008), o conceito de raça tem suas origens no movimento eugênico contra pessoas negras e imigrantes, promovido por brancos europeus que se basearam nas teorias raciais do século XIX para hierarquizar e subalternizar essas populações, categorizando os/as negros/as como inferiores. Como resultado, a ideia de raça tornou-se um componente naturalizado, ocultando sua dimensão social e ideológica. O sistema classificatório racial foi moldado pelas relações de poder dominantes na sociabilidade. Conforme afirma a autora (2008, p.7)

> a ideia de raça é, simultaneamente, produtora e produto de uma visão ordenadora e hierarquizante de mundo, a qual se pretende científica: os homens estariam divididos em grupos raciais, que possuiriam o estatuto de espécies biológicas distintas e poderiam ser relacionados entre si - segundo graus de importância - como superiores e inferiores.

Tal arcabouço teórico explicativo, sustentou e tem sustentado concepções e práticas racistas e mesmo não tendo o conceito de raça nenhuma pertinência biológica, continua sendo utilizado como instrumento de exclusão e opressão, conforme aponta Torres (2008). De acordo com Almeida (2018) a raça apresenta duas características que se cruzam e se complementam. A primeira é a característica biológica a partir de traços fenotípicos como a cor da pele, o tipo de boca, entre outros. A segunda é a característica étnico-cultural em que está relacionada com a origem geográfica, a religião, a língua e outros costumes. Para o teórico, “a raça é um fator político importante, utilizado para naturalizar desigualdades, justificar a segregação e o genocídio de alguns grupos que são considerados minoritários sociologicamente”, entretanto a noção de raça só faz sentido dentro do contexto da sociedade e da antropologia, visto que a ideia de raça não tem base biológica sólida, mas sim é construída e moldada por diferentes contextos sociais, políticos e culturais ao longo da história (Almeida, 2018, p.24). Além disso

> o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam (Almeida, 2018, p.25).

Dessa forma, o racismo se manifesta no Brasil, dentre as principais características, a partir da associação da cor da pele e do fenótipo, operando no cotidiano e produzindo uma discriminação sem torná-la evidente, o que ficou conhecido como racismo cordial, teorização impulsionada por Gilberto Freyre (1988). Ademais, há a capacidade de atuar sem revelar a identidade do agente por trás dessas ações, apelidado de racismo sem racistas, e que se constitui na afirmação de que existe racismo no Brasil, mas sem que essa população se afirme e se reconheça racista (Ortegal, 2018).

Com base em Almeida (2018) é fundamental diferenciar preconceito racial de discriminação racial. Assim, o preconceito racial está fundamentado em estereótipos sobre indivíduos pertencentes a um grupo racial específico, enquanto a discriminação racial envolve a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados, sendo essencialmente impulsionada pelo poder e pelo uso efetivo da força. Existem duas formas principais de discriminação racial: a direta, que envolve o repúdio explícito a indivíduos ou grupos com base em sua raça, e a indireta. O autor apoia-se em Moreira (2017, p.102) ao afirmar que a discriminação racial indireta: "[...] marcada pela ausência de intencionalidade explícita de discriminar pessoas. Isso pode acontecer porque a norma ou prática não leva em consideração ou não pode prever de forma concreta as consequências da norma". Os efeitos da discriminação racial podem resultar em estratificação social, onde as trajetórias de vida dos grupos discriminados são fortemente prejudicadas, comprometendo suas chances de ascensão social e de reconhecimento pessoal.

Assim, o racismo se manifesta como uma forma extrema de discriminação racial. Almeida (2018) estabelece três concepções de racismo: individualista, institucional e estrutural. O racismo individualista é visto como uma patologia, um fenômeno ético ou psicológico de natureza individual ou coletiva, no qual aqueles que o praticam geralmente negam sua existência e atribuem-no a características individuais ou educacionais. A segunda concepção, chamada de racismo institucional, está relacionada ao funcionamento das instituições e suas dinâmicas internas, que podem resultar em desigualdades e privilégios.

O poder é o elemento central das relações raciais, exercido por grupos que dominam a organização política e econômica da sociedade. A predominância de instituições controladas por homens brancos dificulta a ascensão de pessoas negras e de mulheres, ainda mais de

mulheres negras, enquanto a naturalização da desigualdade racial e de gênero reforça esse domínio. Segundo Almeida (2018, p.30)

> a principal tese de quem afirma a existência de racismo institucional é que os conflitos raciais também são parte das instituições. Assim, a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemonizadas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos.

Por fim, Almeida (2018) define o racismo estrutural como constitutivo da estrutura social preexistente; as instituições são racistas porque a sociedade historicamente constituída é racista. Assim, as relações sociais estabelecidas dentro de uma instituição pública ou privada têm o potencial de reproduzir - e frequentemente o fazem - práticas sociais racistas, tanto de forma direta quanto indireta.

A pesquisadora Jurema Werneck (2016), em sua teorização, estrutura o racismo em três dimensões: primeiro, a dimensão pessoal/internalizada, relacionada a sentimentos e condutas do próprio individuo para consigo e a aceitação de padrões e estigmas racistas; segundo, a dimensão interpessoal, manifestada por meio de ações ou omissões presentes na relações sociais, por meio das quais se expressam o preconceito e a discriminação; em terceiro lugar, o racismo institucional ou racismo sistêmico, que contempla a perspectiva do racismo estrutural associada a questões materiais e de acesso ao poder.

A produção de teóricas negras e teóricos negros revela que a população negra ingressou na sociedade de classes enfrentando desvantagens insuperáveis. Segundo Fernandes (2008), o regime escravista não foi completamente erradicado após a abolição, persistindo em aspectos da mentalidade, comportamento e organização social das pessoas. Em outras palavras, a população negra foi libertada sem ser libertada dos efeitos diretos e indiretos que continuaram a afetar suas vidas, conforme mencionado por Almeida (2018).

Essa realidade está enraizada nas bases da formação socio-histórica brasileira, que perpetuou essa condição socioeconômica e ainda sustenta o ajustamento racial, atribuindo status e papel social às pessoas negras como forma de manter a distância social e o padrão sociocultural correspondente (Fernandes, 2008).

A partir da década de 1930, o conceito da democracia racial[3] brasileira ganhou destaque, promovendo a ideia de uma convivência harmoniosa entre indivíduos de todas as camadas

[3] Cabe destacar que o antropólogo Gilberto Freyre, em sua obra Casa-Grande & Senzala de 1933, contribuiu teoricamente para o conceito de democracia racial, consolidando um mito historicamente construído pela classe dominante entre 1889 e 1930 em São Paulo. Embora não tenha criado o mito, Freyre o reforçou, elevando-o a um status considerado científico e tornando-o parte do senso comum no Brasil (Domingues, 2005).

sociais e grupos étnicos. Isso permitiu às classes dominantes dissimular as desigualdades e mascarar a exclusão imposta às classes subalternizadas (Pacheco, 2019).

Além disso, Fernandes (2008) aponta que houve uma perpetuação de padrões de relações raciais fundamentados no antigo regime escravista, com consequências econômicas, sociais e políticas para a população negra. O mito da democracia racial é a narrativa ilusória de que no Brasil se estabeleceu uma paz social com harmonia entre brancos e negros. Esse arranjo favorece a manutenção da ordem social e evita tensões raciais.

Obviamente não seria real essa relação harmoniosa, visto o passado de exploração e a designação de um lugar social de subordinação da população negra. Quanto a isso, Fernandes (2008, p.309) disserta

> a ideia de que o padrão brasileiro de relações entre "brancos" e "negros" se conformava aos fundamentos étnico-jurídicos do regime publicano vigente. Engendrou-se, assim, um dos grandes mitos de nossos tempos: o mito da "democracia racial brasileira".

O mito da democracia racial evidenciou três aspectos cruciais

> em primeiro lugar, categorizou e generalizou a ideia de que as pessoas negras eram incapazes, atribuindo a elas a responsabilidade pelas desigualdades sociais, econômicas e políticas que enfrentavam. Em segundo lugar, isentou os brancos de qualquer obrigação moral e histórica para com a população negra libertada. Por fim, forjou uma consciência distorcida da realidade brasileira, revitalizando a técnica de focalizar e avaliar as relações entre pessoas negras e brancas através de exterioridades ou aparência (Fernandes, 2008, p.311).

Esses aspectos tiveram consequências profundas e duradouras, que ressoam até os dias atuais. Elas incluem a disseminação das ideias de que o racismo não existe no Brasil, que não há distinção racial entre os brasileiros, que as oportunidades estão igualmente acessíveis a todos, que a população negra está satisfeita com sua condição social e que nunca houve problemas de injustiça social, presumindo que todas as desigualdades enfrentadas pela população negra são apenas efeitos residuais, transitórios e que, portanto, serão superados de forma espontânea (Fernandes, 2008). Assim, a ideologia da democracia racial para Fernandes (2008, p.318)

> como mito, ela se vinculava aos interesses sociais dos círculos dirigentes da "raça dominante", nada tendo que ver com os interesses simétricos do negro e do mulato. Por isso, também, não operava como uma força social construtiva, de democratização dos direitos e garantias sociais na "população de cor". Inscrevia-se, contrariamente, entre os mecanismos que tendiam a promover a perpetuação, em bloco, de relações e processos de dominação que concentravam o poder nas mãos dos mencionados círculos dirigentes da "raça branca" como sucedera no recente passado escravista.

Com base na problematização do racismo estrutural e do mito da democracia racial no contexto brasileiro, fica evidente que a sociedade é marcada por profundas desigualdades e injustiças fundamentadas na raça. Desde os tempos coloniais até os dias de hoje, a população negra enfrenta discriminação e marginalização sistemáticas, perpetuadas por estruturas sociais, políticas e econômicas que favorecem a supremacia branca. Assim, o racismo continua se manifestando de diversas formas, desde atitudes individuais até nas instituições que reproduzem práticas discriminatórias.

2.2 Questão racial como determinação do processo saúde-doença

No contexto brasileiro de profunda desigualdade racial e social, a população negra figura entre as mais atingidas pela disparidade socioeconômica e tem menos acesso aos serviços de saúde. Isso é resultado de uma história marcada pela tentativa de apagamento dessa população, com ideias higienistas, genocídio, negação de direitos, marginalização e discriminação racial. Dessa forma, segundo Fernandes (2008), a população negra foi deixada à própria sorte, excluídos/as do mercado de trabalho e das políticas públicas desenvolvidas no Brasil.

Gondim e Sant'Anna (2021) argumentam que as desigualdades sociais são profundamente influenciadas pela determinação social, que engloba uma ampla gama de fatores, como aspectos culturais, ambientais, econômicos e políticos. Esses determinantes, embora muitas vezes não evidentes à primeira vista, desempenham um papel fundamental na estruturação das disparidades observadas na sociedade. Como resultado desse processo, a população negra enfrenta uma realidade marcada pela exclusão e uma maior vulnerabilidade.

Segundo os autores Alves e Lucena (2021) os determinantes sociais da saúde são importantes para a compreensão da situação de saúde de uma determinada população, visto que os processos de saúde e doença são atravessados por aspectos fisiológicos/biológicos, mas também pelas condições materiais de existência e o contexto externo no qual o indivíduo está inserido. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, p,1), "é compreendido que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença".

> Dentre esses fatores determinantes estão os condicionantes biológicos como idade, sexo, características genéticas herdadas, o meio físico que vai incluir condições geográficas, características da condição humana, a disponibilidade e acesso a uma alimentação de qualidade, condições habitacionais, assim como também os meios socioeconômicos e culturais que vão expressar sua renda, acesso à educação formal, entre outros aspectos que vão proporcionar o acesso a serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde (Nogueira; Mioto, 2009, p.229).

No Brasil, o racismo já foi reconhecido como determinante social da saúde por meio de documento da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial de 2011. Além disso, existem outros determinantes que aprofundam e impactam a vida dessa população, através do patriarcalismo, sexismo e opressões de classe (Alves; Lucena, 2021). Assim, os sistemas de exploração e opressão de classe - capitalismo; de sexo-gênero - patriarcado; e de raça/etnia - racismo; estão associadas às iniquidades em saúde da população negra (Brasil, 2011).

Dantas-Silva, Santiago e Surita (2023), destacam que as disparidades étnicas e raciais na saúde são amplamente influenciadas pelo racismo estrutural e institucional, resultando em piores condições de saúde física e mental para a população negra, que tem a saúde impactada pelos determinantes sociais. Essas desigualdades são evidentes em diversas áreas da saúde, como no acesso a serviços de saúde, tratamentos e cuidados. Além disso, as mulheres negras enfrentam uma interseção de vulnerabilidades de gênero, raça e classe, exacerbando ainda mais os impactos negativos sobre sua saúde.

Quando se fala na acessibilidade ao cuidado oncológico, as mulheres negras encontram dificuldade no acesso ao diagnóstico precoce, em decorrência de diversos determinantes sociais como o grau de escolaridade; renda, acesso à saúde, ocasionando no tratamento tardio, e na menor possibilidade de sobrevivência em comparação às mulheres brancas. Segundo Souza *et al.*, (2022, p.19-20)

> há evidências científicas que demonstram o quão a desigualdade racial aumenta o risco de adoecer por câncer, uma vez que as negras e negros estão mais expostos aos fatores de risco que predispõem a neoplasia por determinantes de natureza social alicerçados pela desigualdade biológica, como sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, excesso de peso e predisposição genética.

Segundo estudos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), o acesso de diferentes grupos populacionais a bens e serviços básicos, como saúde, educação, moradia, trabalho e renda tem sido desigual. No âmbito da saúde, os estudos das desigualdades sociais por raça ou cor no Brasil, observa-se que

> indicadores relacionados à cobertura de serviços de saneamento básico também apontam uma significativa desigualdade, segundo a cor ou raça. Em 2018, verificou-se maior proporção da população preta ou parda residindo em domicílios sem coleta de lixo 12,5%, contra 6,0% da população branca; sem abastecimento de água 17,9%, contra 11,5% e sem esgotamento sanitário por rede coletora 42,8%, contra 26,5% da população branca, implicando condições de vulnerabilidade e maior exposição a vetores de doenças (IBGE, 2019, p.5).

Em relação ao mercado de trabalho, nos cargos gerenciais a população negra ocupa 29,5% dos cargos enquanto a população branca 69%. No que tange à situação de

empobrecimento da população, pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza dos que recebem menos de US$1,90 por dia, 8,8% são pessoas pretas ou pardas, enquanto 3,6% são pessoas brancas. Dos que recebem menos de US$5,50 por dia, 32,9% são pessoas pretas ou pardas e 15,4% são brancas (IBGE, 2019).

Já em relação às taxas de homicídio no país, os dados são ainda mais alarmantes, visto que, segundo o IBGE (2019), entre pessoas de 15 a 29 anos de idade as taxas de homicídio por 100 mil jovens em 2017, foram 98,5% pessoas pretas ou pardas e 34% pessoas brancas. No que tange a educação os dados expressos revelam que a taxa de analfabetismo em 2018 representa 9,1% de pessoas pretas e pardas e 3,9% da população branca.

Diante do exposto, pode-se apontar que as desigualdades sociais e de saúde enfrentadas pela população negra no Brasil são profundamente enraizadas no passado histórico de discriminação racial e exclusão social. O racismo estrutural e institucional, juntamente com outros determinantes sociais, perpetua disparidades e resultam em piores condições de saúde, criando um ciclo de desvantagens e injustiças que impactam diretamente a vida dessa população.

2.3 Racismo e patriarcado: repercussões na saúde das mulheres negras

Cisne e Santos (2018) partem da concepção de que as relações sociais se fundam por meio do trabalho. O modo de produção capitalista fundamenta-se na exploração do trabalho e na divisão da sociedade em classes sociais. Como sistema de exploração e opressão, articula-se e beneficia-se de outros sistemas igualmente estruturantes das relações sociais, o que resulta na imbricação entre classe, raça e sexo-gênero. Essas estruturas são perpassadas pela apropriação do trabalho de um grupo sobre o outro e são mediadas por hierarquias e antagonismos, amalgamadas por relações de poder presentes em todo o tecido social e estrutura da sociedade.

Com base no que já foi discutido sobre a formação socio-histórica brasileira, o racismo, o patriarcado e o capitalismo, interagem como um único sistema capitalista-racista-heteropatriarcal para a exploração intensa da classe trabalhadora. Tal sistema produz múltiplas expressões da questão social, dentre elas as desigualdades de classe, raça e sexo-gênero, desveladas pela análise crítica da realidade, de suas imbricações a partir da perspectiva de totalidade (Cisne; Santos, 2018).

O patriarcado, conforme definido por Delphy (2009, p.174 *apud* Cisne; Santos, 2018, p.43), deriva da combinação das palavras gregas *pater*, que significa pai, e *arke*, que corresponde a origem e comando. Portanto, o significado literal da palavra patriarcado seria

autoridade do pai, indicando que os homens têm um suposto poder de dominação ou opressão sobre as mulheres, resultando na efetivação do binômio dominação masculina e subordinação feminina.

Para as autoras Cisne e Santos (2018, p.44), o patriarcado é estruturado por uma lógica heterossexista por dois motivos: "o primeiro seria a garantia de reprodução, o que significava mais força de trabalho e, consequentemente, mais produção de riqueza; o segundo ponto seria a garantia da perpetuação da propriedade privada". O patriarcado é permeado por relações antagônicas, conflitantes, baseadas na hierarquia entre os sexos. A divisão sexual do trabalho opera também como uma divisão social, destinando aos homens a esfera produtiva e às mulheres a esfera reprodutiva, agregando mais valor ao trabalho masculino do que ao feminino, causando expressiva desigualdade entre os sexos, nas carreiras, qualificações e nos salários. Entretanto, quando analisamos essas relações incluindo a questão racial, é correto afirmar que "a divisão racial do trabalho é revelada pela discriminação e exploração diferenciada que a população negra sofre no mundo do trabalho, mas, também, pela própria divisão que a dimensão étnico-racial opera entre as mulheres" (Cisne; Santos, 2018, p.67).

Para as autoras, as mulheres negras foram inseridas na sociedade patriarcal e racista, ocupando a pior posição na escala social, passando a assumir os piores tipos de trabalho mal remunerado e precarizado. O patriarcado e o racismo interatuam para a conformação da desigualdade social, explicitada pela divisão entre classes antagônicas: a burguesia, detentora dos meios de produção, e a classe trabalhadora, possuidora apenas de sua força de trabalho (Cisne; Santos, 2018).

No debate das múltiplas opressões de raça, classe e sexo-gênero intrínsecas à sociedade burguesa e que atuam concomitantemente no aprofundamento das desigualdades impostas às mulheres negras, o conceito de interseccionalidade, criado por Kimberlé Crenshaw (2002, p.177) é pertinente, pois

> [...]busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como as políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. Utilizando uma metáfora de interseção, faremos inicialmente uma analogia em que os vários eixos de poder, isto é, raça, etnia, gênero e classe constituem as avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos. [...]através delas que as dinâmicas do desempoderamento se movem. Essas vias são por vezes definidas como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes; o racismo, por exemplo, é distinto do patriarcalismo, que por sua vez é diferente da opressão de classe. Na verdade, tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se

> cruzam, criando interseções complexas nas quais dois, três ou quatros eixos se entrecruzam.

Em nosso entendimento, é relevante o estudo de como o racismo e o patriarcado repercutem na saúde das mulheres negras. Durante o levantamento bibliográfico implementado, identificamos baixo número de pesquisas sobre a saúde da mulher negra, talvez por desinteresse, falta de estímulos, barreiras interpostas pelos conselhos editoriais ou pela combinação desses fatores. O fato é, que essas ausências explicitam a não consolidação da saúde da população negra e em específico a saúde da mulher negra com neoplasia maligna (Werneck, 2016).

No Brasil, a partir da década de 1970-1980 a população negra passou a reivindicar, através de movimentos sociais, em especial do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro, maior e melhor acesso ao sistema de saúde, chegando a atuar junto às forças que impulsionaram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de terem contribuído para a criação e consolidação do SUS, essa atuação política não foi suficiente para superar as barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, em decorrência do racismo (Werneck, 2016). De acordo com a autora (2016, p.539)

> as instituições de pesquisa, os órgãos de fomento e as instâncias de gestão do SUS permaneceram ausentes na maior parte desse processo e ainda necessitam de atuação mais consistente e capaz de responder adequadamente às demandas largamente expressas. Cabe reconhecer que, como campo de pesquisa, formulação e ação, a saúde da população negra se justifica: pela presença majoritária de pessoas negras entre os usuários do SUS, piores indicadores sociais e de saúde presentes nos parcos dados segundo raça/cor coletados; necessidade de consolidação e compromisso com os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade e pela obrigação assistencial amparada em instrumentos legais.

A estudiosa ainda destaca particularidades da saúde da população negra, abordando uma variedade de doenças que afetam significativamente esse grupo. Destaca duas categorias principais de doenças: aquelas de natureza genética, como anemia falciforme, deficiência de glicose, hipertensão arterial e diabetes, que têm uma predisposição herdada; e aquelas adquiridas devido a condições socioeconômicas desfavoráveis, como desnutrição, violência fatal, mortalidade infantil, abortos sépticos, DST/AIDS, doenças relacionadas ao trabalho e transtornos mentais associados à exposição ao racismo, além de transtornos decorrentes do abuso de substâncias como álcool ou devido à dificuldade no acesso a tratamento médico Werneck (2016). Menciona que as condições fisiológicas podem ser influenciadas por fatores socioeconômicos, como crescimento, gravidez, parto e envelhecimento. Essa contextualização

evidencia a complexidade das questões de saúde enfrentadas pela população negra, destacando tanto fatores genéticos quanto sociais que contribuem para essas doenças.

Além disso, de acordo com Cooper, Hill e Power (2002 *apud* Werneck, 2016, p.543), os fatores que interferem no acesso e na utilização dos serviços de saúde dessa população seriam

> barreiras pessoais ou familiares, grau de instrução, adoção ou não de hábitos saudáveis, renda, habitação, distância do local de tratamento, organização dos serviços, possibilidades de acesso a medidas preventivas, de diagnóstico e tratamento, atuação profissional que pode favorecer ou limitar o acesso dos usuários, eficácia do tratamento e adesão dos usuários, precariedade e baixa qualidade dos serviços.

Portanto**,** conforme destacado por Werneck (2016), é imprescindível reconhecer o racismo institucional e estrutural como um dos principais fatores que moldam as condições sociais e de saúde. Essa compreensão é crucial para trazer à luz a complexidade dessa problemática e entender como essas estruturas afetam a saúde, a carga de doenças e as taxas de mortalidade, especialmente no contexto das mulheres negras. É somente através desse reconhecimento e da implementação de políticas e intervenções eficazes que podemos avançar na promoção da equidade em saúde e na eliminação das disparidades que afetam de forma desproporcional essa parcela da população.

3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL – LUTAS E CONQUISTAS

Desde o Brasil colônia, a sociedade brasileira é marcada por dominação, exploração econômica e pobreza, ao mesmo tempo sempre houveram lutas por direitos. Muitos movimentos foram impulsionados pela população negra escravizada em busca de sua libertação e por melhores condições de vida (Albuquerque; Fraga Filho, 2006). Com o advento da República e a substituição da mão de obra escravizada pela assalariada, composta massivamente por imigrantes, a questão social foi inflexionada, ao tempo em que trabalhadores/as organizados/as em ligas, uniões e associações passaram a reivindicar melhores condições de vida e de trabalho.

Entre 1945 e 1964, o Brasil vivenciou um período marcado por intensas lutas e movimentos sociais. Esse contexto coincidiu com um cenário internacional de polarização na Guerra Fria entre Estados Unidos e a União Soviética. Tal conjuntura proporcionou a elaboração de um projeto de desenvolvimento nacional, o qual viabilizou a instalação de indústrias multinacionais no país (Gohn, 2000). Para a autora, movimento social refere-se à ação dos homens na história; envolve ação e reflexão sobre a realidade. As lutas sociais conferem aos movimentos um caráter cíclico, ou seja, a partir das demandas poderão se transformar em reivindicações, através de uma ação coletiva. Alguns fatores como a legitimidade da demanda, o poder político das bases, o cenário conjuntural do país contribui para a força social do movimento. A estudiosa Gohn, aponta que

> movimentos sociais são ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (Gohn, 2000, p.13).

As lutas de classes e sociais estão presentes no âmbito das contradições estruturais do capital e do trabalho e das refrações da questão social; formam um processo em comum que contém objetivos de curto e longo prazo de uma luta político-econômica que almeja a emancipação humana. Dessa forma Montaño e Duriguetto (2011, p.119) dissertam

> entendemos, dessa forma, as lutas pela igualdade de direitos de gênero, sexual, racial, pela defesa do meio ambiente, pelos direitos humanos, por demandas pontuais de uma comunidade, como lutas diferentes (nos seus campos de atuação, na sua organização, nos seus objetivos), mas constitutivos das lutas de classes. Lutas que não podem esperar a "grande revolução" para resolver seus problemas pontuais, mas cujos objetivos de curto prazo (como a igualdade de gênero, por exemplo) não são

> antagônicos à finalidade de longo prazo (a superação da ordem burguesa). Articular o curto e o longo prazo, os objetivos alcançáveis “agora” com as finalidades de maior alcance, torna-se imprescindível.

Conforme os autores (2011, p.98), a classe trabalhadora ao tomar consciência de seus interesses e dos antagonismos do capital pode atuar como “classe para si”, superando-se como “classe em si” de mera existência de uma classe, para a “classe para si”, sendo que “a consciência é determinada pela realidade social, e ela é condição para sua transformação”, o que pode levar ao desenvolvimento de uma consciência de classe. Há períodos históricos de maior avanço das lutas e há períodos de intensificação do cerceamento das liberdades.

No caso brasileiro, o golpe militar de 1964 pôs fim ao ciclo de mobilização e organização popular no Brasil, sendo poucos os movimentos de resistência durante esse período. A partir de abril de 1964, iniciou-se um regime político ditatorial do Estado brasileiro, sustentado no discurso de ataque ao comunismo, defesa da família, da propriedade e do Estado e do desenvolvimento econômico, social e político do país (Netto, 2015).

No período de 1968 a 1974, sob condução do Presidente Ernesto Geisel, exacerbou-se a mão de ferro contra ideais e organizações libertárias, perseguindo e punindo pessoas e estabelecendo severas restrições aos direitos sociopolíticos. Configurando-se como um período de extrema repressão e violação dos direitos humanos (Gohn, 2000; Netto, 2015).

A ditadura realizou sua reprodução ampliada, porém não conseguiu alcançar aquela sociedade desejada no golpe de abril. A partir de 1973 o propagado milagre brasileiro com crescimento acelerado e o desenvolvimento econômico, começou a demonstrar indícios de esgotamento. A crise se aprofundou e a resistência democrática com os movimentos populares, inflexionou o contexto ampliando as lutas da classe trabalhadora. O período derradeiro da ditadura militar, de 1974 a 1979, foi marcado pelo aprofundamento da crise do milagre econômico e pela intensificação das lutas do movimento operário a partir das greves no ABC paulista compondo a cena política (Netto, 2015).

A década de 1980 será caracterizada por um período de grande efervescência política dos sujeitos e de lutas sociais, comprometidos com a classe trabalhadora e com o anseio por uma sociedade democrática. Iniciou-se um processo de transição democrática, sendo o ano de 1984 marcado pela ruína do regime militar com o movimento Diretas Já e com mobilizações para a construção de uma nova Constituição. Nesse bojo, movimentos sociais que emergiram na cena política, lograram, por sua organização e incidência política, pautar a garantia de direitos sociais no texto constitucional de 1988 (Gohn, 2000), desdobrando-se em importantes conquistas de direitos e do direito universal à saúde.

Até 1988, a Saúde Pública era prestada como filantropia e agregava ações campanhistas pontuais. Segundo Bravo (2009), durante o regime militar a gestão da saúde se caracterizou pelo binômio repressão-assistência, ou seja, as políticas não foram pensadas na lógica de direitos sociais e sim com o propósito de conter a classe trabalhadora. A efervescência política e organizativa no âmbito da saúde, pronunciou-se a partir do Movimento Sanitário Brasileiro articulado a outros movimentos sociais, numa conjugação de forças em prol da constituição de um sistema público universal de saúde.

A realização da 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi uma das bases para a proposição do sistema universal de saúde que vinha sendo gestado e foi conquistado e afiançado na Constituição Federal de 1988, que, em seu Artigo 196, assegura "a saúde como direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988), posteriormente configurada nos princípios e diretrizes da universalidade do acesso, descentralização, integralidade das ações e participação social do SUS, regulamentada pela Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 (Brasil, 1990; Bravo *et al.*, 2012; Bravo; Marques, 2012).

A constituição do SUS na década de 1980 foi permeada por disputas entre dois projetos, o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. O primeiro, impulsionado pela luta e mobilização de profissionais de saúde, fortalecido por outros movimentos sociais, em prol da democratização e do direito universal à saúde; o segundo almejava a reatualização do modelo médico-assistencialista privatista, fragmentado e focalizado para atender a populações vulneráveis (Bravo, 2009).

3.1 Movimento Negro e as inflexões na agenda do Estado

Nesse contexto de efervescência dos movimentos sociais, o movimento negro organizado insere-se na luta contra as desigualdades raciais no Brasil e agrega-se ao propósito da democratização. Sua história remonta ao século XIX, tempo em que a população negra ainda lutava por libertação da escravidão. Muitos movimentos foram criados durante o século XX, a fim de denunciar as discriminações sofridas e as péssimas condições vividas pelas pessoas negras (Albuquerque; Fraga Filho, 2006).

Durante as décadas de 1960 e 1970, no curso da ditadura militar, a repressão era institucionalizada e alcançava níveis extremos para a população negra. A existência do racismo foi duramente rechaçada pelo governo numa tentativa de mostrar que o Brasil alcançara perfeita harmonia racial, sendo proibidas manifestações e denúncias de discriminação racial sob acusação de infringir a Lei de Segurança Nacional por crime de subversão (Albuquerque; Fraga Filho, 2006; Gonzalez; Hasenbalg, 1982).

Influenciada pela movimentação política da população negra em outras partes do mundo, sobretudo nos Estados Unidos, a população negra brasileira acompanhava os movimentos dos direitos civis e o *Black Power* nos EUA inspirados nas ideias de Angela Davis, Martin Luther King e outros/as ativistas negros/as em defesa dos direitos e oportunidades iguais para as pessoas negras norte-americanas (Albuquerque; Fraga Filho, 2006).

Nesse sentido, reconhecer-se e afirmar-se negro/a naquele momento passou a ser um ato político. O movimento negro brasileiro, assim, passou a atuar principalmente em duas frentes, primeiro lutando contra a exploração capitalista, como a desigualdade salarial, a marginalização e a pobreza e segundo contra a opressão racial, atuando na denúncia do racismo contra os corpos negros (Horbach, 2020).

O Movimento Negro Unificado Contra a Discriminação Racial (MNUCD) foi instituído em 1978; em 1979, foi nomeado Movimento Negro Unificado (MNU) - o qual contestava o discurso da democracia racial brasileira e lutava pela construção de uma consciência negra. De acordo com Santos e Rocha (2019, p.181), "o MNU surgiu como espaço de reinvindicação de direitos para as pessoas que sofriam algum tipo de racismo na sociedade e com a proposta de reunir os movimentos negros existentes no Brasil". O MNU foi de extrema importância, pois redimensionou a militância política e contribuiu na maior organização da militância, convencendo os grupos de esquerda sobre a importância da questão racial na sociedade brasileira.

De acordo com Albuquerque e Fraga Filho (2006), o Movimento de mulheres negras, surgiu e fortaleceu-se durante as décadas de 1970 e 1980, e assumiu destaque ao explicitar a forma como as mulheres e homens sofrem discriminação racial. A filósofa e antropóloga brasileira Lélia Gonzalez uma das ativistas negras mais relevantes; foi uma das primeiras militantes a apontar sobre a não inserção da questão racial no feminismo, que "ao ler os textos e a prática feminista são referências formais que denotam um tipo de esquecimento da questão racial" (Gonzalez, 2020, p.91).

Destaca-se que a atuação das mulheres negras é muito anterior à existência do movimento de mulheres; as mulheres se reuniam para discutir seu cotidiano marcado pela discriminação racial e pelo machismo. Para González (2020), o feminismo desempenhou um papel fundamental nas lutas e conquistas das mulheres, ao centralizar suas análises em torno do conceito de capitalismo patriarcal.

A autora enfatiza a interseção entre as estruturas econômicas, de raça e de gênero na perpetuação da opressão feminina. Essa análise permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais que subjazem às desigualdades de gênero, contribuindo para a direção das

lutas como movimento, a partir do debate em questões fundamentais sobre sexualidade, violência, direitos reprodutivos, relações de dominação/submissão (Gonzalez, 2020). Para a autora

> apesar de suas contribuições para a discussão da discriminação com base na orientação sexual, o mesmo não ocorreu diante de outro tipo de discriminação, tão grave quanto a sofrida pela mulher: a de caráter racial
> A resposta ao apontado esquecimento da questão racial se caracterizaria como racismo por omissão, devido a uma visão eurocêntrica e neocolonialista. Gonzales divide sua teoria em duas categorias, sendo *infans* e de *sujeito suposto saber*, o primeiro se refere a aquele que não é sujeito de seu próprio discurso na medida que é falado pelos outros, ou seja, a humanidade daquele sujeito é suprimida e negada, negando não apenas o seu discurso como também a sua história. Já o segundo se refere a identificações imaginárias como determinadas figuras ao qual é atribuído um conhecimento que elas não possuem, nesse sentido essa categoria é explicada a partir da superioridade que o colonizado atribui ao colonizador (Gonzalez (2020, p.127-128).

Lélia Gonzalez também salienta que os grupos de mulheres negras surgiram dentro do movimento negro, em vez de se originarem diretamente do movimento de mulheres. Essa distinção é atribuída a discriminação racial enfrentada pelas mulheres negras, que as levou a se organizar em torno das questões específicas de sua identidade racial dentro do movimento negro. Além disso

> o engajamento no movimento de liberação das mulheres provocou reações contraditórias. Nos encontros e congressos feministas brancos, mulheres negras eram frequentemente consideradas "agressivas" ou "não feministas" por conta de sua insistência em que o racismo precisava ser parte da luta feminista, já que, assim como o sexismo, era igualmente uma forma estrutural de opressão e exploração. A questão da exploração das trabalhadoras domésticas majoritariamente negras por suas empregadoras tampouco foi bem recebida na agenda do movimento de libertação das mulheres; argumentava-se que ao receberem remuneração elas estariam "liberadas" para o engajamento na luta das mulheres. E se a violência policial perpetrada contra homens negros era denunciada, a resposta era que a violência da repressão contra organizações políticas de esquerda era muito mais importante. Em última análise, apenas setores específicos do movimento tornaram-se apoiadores das reivindicações das mulheres negras (Gonzalez, 2020, p.94).

As mobilizações da época, denunciavam as muitas violências vividas no cotidiano pelo povo negro. Exemplo disso, foi um crime ocorrido em 1978, quando Robson Silveira da Luz, trabalhador negro, foi assassinado pela Polícia Militar em sessões de tortura; tortura que não era exclusivamente direcionada a militantes de esquerda, mas realidade cotidiana da população negra no país naturalizada desde a escravidão, daí a urgência da organização política e do combate ao racismo (Albuquerque; Filho, 2006); (Horbach, 2020). Na obra *Lugar de Negro*, a antropóloga e professora Lélia Gonzalez e o professor Carlos Hasenbalg, denunciam:

> Hoje estamos na rua numa campanha de denúncia! Campanha contra a discriminação racial, contra a opressão policial, contra o desemprego, o subemprego e a marginalização. Estamos nas ruas para denunciar as péssimas condições de vida da

> Comunidade Negra. Hoje é um dia histórico. Um novo dia começa a surgir para o negro! Estamos saindo das salas de reuniões, das salas de conferências e estamos indo para as ruas. Um novo passo foi dado na luta contra o racismo. Os racistas do Clube de Regatas Tietê que se cubram, pois exigiremos justiça. Os assassinos de negros que se cuidem, pois a eles também exigiremos justiça! (1982, p.48-49).

O MNU participou das mobilizações em torno do estabelecimento da Assembleia Constituinte. Em 1986 foi organizada em Brasília, a Convenção Nacional "O negro e a Constituinte", onde foram debatidas diversas demandas para a população negra (Santos; Rocha, 2019). Uma grande vitória do MNU foi a inserção do Artigo 68 na Constituição Federal de 1988 (CF-1988), o qual afirma: "aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos".

Outra conquista significativa foi o reconhecimento da prática do racismo como crime inafiançável, imprescritível e sujeito à pena de reclusão, conforme previsto pela Constituição Federal de 1988. Essa medida implica que o agressor não tem a possibilidade de garantir sua liberdade por meio do pagamento de fiança e pode ser detido mesmo após um longo período desde a ocorrência do delito (Albuquerque; Fraga Filho, 2006).

Após a promulgação da CF de 1988, os movimentos sociais passaram a incidir sobre os marcos legais do Estado, demandando a regulamentação dos direitos assegurados no texto constitucional. Nesse sentido, já em 1995, em Brasília, durante a comemoração dos 300 anos da morte de Zumbi dos Palmares, a liderança do movimento negro foi recebida pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e apresentou a pauta da criação de políticas para enfrentamento ao racismo (Aiquoc *et al.*, 2021). A partir dessa audiência, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para valorização da população negra e para inscrever definitivamente a questão da pessoa negra na agenda da política nacional. Um dos subgrupos criado, foi o GTI Saúde da População Negra. No entanto, apenas em 2006, será designado um assento para a representação dos movimentos negros no Conselho Nacional de Saúde (CNS); fato que possibilitará o erguimento de uma política de saúde para a população negra no país (Aiquoc *et al.*, 2021).

A fala e o reconhecimento do Ministro da Saúde Agenor Álvarez de que há racismo no SUS, no II Seminário de Saúde da População Negra, ressoa no movimento e fortalece a formulação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo CNS naquele mesmo ano. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, foi aprovada em 11 de novembro de 2006 pelo CNS e pactuada na Comissão Intergestora Tripartite

em 2008, sendo publicada em 13 de maio de 2009 na Portaria nº 992 do Ministério da Saúde (Aiquoc *et al.*, 2021).

3.2 Políticas Integradas ao SUS: potencialidades e limites

Na trajetória de lutas sociais por ampliação de direitos, a questão da saúde das mulheres, ainda que, a princípio, sem abranger especificamente mulheres negras, ganhou destaque nas pautas referentes à saúde no Brasil. Villela e Monteiro (2005) destacam que a temática foi incluída nas políticas nacionais de saúde no início do século XX, inicialmente focada em questões relacionadas à gravidez e ao parto. Naquele período, as mulheres eram consideradas quase que meramente como reprodutoras, mas houve movimentos exigindo mudanças nessa concepção e vislumbrando políticas de saúde mais abrangentes. Ainda que tenha sido um avanço importante, o Programa de Saúde Materno Infantil foi estabelecido em 1975 como a principal iniciativa pública de saúde voltada para mulheres, concentrava-se na atenção pré-natal e na regulação da natalidade, principalmente direcionado a mulheres de baixa renda (Villela; Monteiro, 2005).

Somente no ano de 1983, foi proposto um programa específico para as mulheres: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado em 1984 pelo Ministério da Saúde. No entanto, a forte crítica feminista persistiu devido à centralidade da gestação e à não inclusão das questões relacionadas à sexualidade e à liberdade de escolha (Villela; Monteiro, 2005). Nos anos 1990, a concepção de direitos humanos passou a ser incorporada à saúde reprodutiva, sendo consolidada a perspectiva de Direitos Sexuais e Reprodutivos (Villela; Monteiro, 2005). Em 2004, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), na qual outras pautas foram incluídas, tais como: o avanço da epidemia de HIV/AIDS, gravidez na adolescência, violência doméstica, mortalidade materna, abortamento, doenças crônico-degenerativas, câncer, saúde das mulheres negras (Villela; Monteiro, 2005).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada com o propósito principal de aprimorar as condições de vida e saúde das mulheres brasileiras. Com foco na implementação de ações e serviços destinados à promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde feminina, definiu como objetivo reduzir a incidência de doenças e mortalidade entre as mulheres, especialmente aquelas causadas por condições evitáveis, sem

qualquer forma de discriminação. Além disso, a PNAISM visa expandir, aprimorar e humanizar os cuidados de saúde integral direcionados às mulheres dentro do SUS (Brasil, 2004).

Entre os objetivos específicos da PNAISM relacionados ao cuidado da saúde das mulheres negras, estavam aprimorar o registro e a coleta de dados, capacitar os profissionais de saúde, implementar o Programa de Anemia Falciforme, integrar e fortalecer o enfoque racial e étnico nas iniciativas de saúde voltadas para as mulheres dentro do SUS, bem como promover e consolidar a comunicação entre as áreas de saúde de mulher das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os movimentos e organizações envolvidos com a saúde da população negra (Brasil, 2004).

No que trata da problemática oncológica, a política aborda como um dos objetivos específicos reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina através da organização de redes para diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino e de mama, garantia da cirurgia mamária para mulheres que realizaram mastectomia, oferta do teste anti-HIV para mulheres diagnosticadas com DST, HPV ou lesões de alto câncer invasor (Brasil, 2004).

Já a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), foi sistematizada em 2008 pela Comissão Intergestora e Tripartite e publicada em 2009 no Diário Oficial da União; resultado de debates sobre o racismo e impulsionado pelo movimento negro atuante desde os anos 1980 (Oliveira; Magalhães, 2022). Assim, a PNSIPN surge como uma medida compensatória na tentativa de minimizar os efeitos da discriminação e da exploração sofrida pela população negra ao longo da história; firma o compromisso de combater as desigualdades raciais no SUS e na promoção da saúde da população negra, de forma integral considerando que as iniquidades em saúde são resultantes do processo socio-histórico e do racismo, que corroboram com a morbimortalidade da população negra no país (Brasil, 2017).

A PNSIPN estabelece 06 (seis) diretrizes, como sendo:

> inclusão do tema racismo e saúde da população negra nos processos de formação; ampliação e fortalecimento da participação do movimento social; incentivo à produção do conhecimento científico; reconhecimento dos saberes e das práticas populares de saúde; implementação do processo de monitoramento e desenvolvimento de processos de informação, de comunicação e de educação que desconstroem estigmas e preconceitos, que objetivam fortalecer ações de promoção da saúde integral da população negra, minimizando desigualdades étnico- raciais e os efeitos do racismo no SUS (Brasil, 2017, p.31).

Os objetivos específicos englobam a ampliação do acesso aos serviços de saúde, garantia da inclusão de debates sobre gênero, orientação sexual e violências nas iniciativas de educação continuada, o aprimoramento e aperfeiçoamento dos sistemas de informação para melhor coleta de dados sobre raça/cor/etnia, a identificação e utilização das necessidades em

saúde dessa população para orientar o planejamento e estabelecer prioridades, bem como a formulação de indicadores e de metas para a efetivação dessas medidas.

No âmbito das estratégias de gestão, destaca-se o desenvolvimento de ações específicas visando a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, especialmente no concerne a morbimortalidade decorrente do câncer de colo uterino e de mama (Brasil, 2017).

> Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (Brasil, 2017, p.13).

No ano de 2013, a PNSIPN foi alterada apoiando a construção do II Plano Operativo (2013-2015) da política, na intenção de estabelecer estratégias de aplicação da política, ações e serviços para promoção da qualidade de vida, reconhecendo o racismo e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais dos processos saúde-doença permeados pela interseccionalidade de raça, sexo-gênero e classe (Brasil, 2013; Brasil, 2014 *apud* Aiquoc *et al.*, 2021).

Em 2017, outro marco da PNSIPN foi a publicação da Portaria nº344/2017 que tornou obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor do/a usuário/a em todos os sistemas de informação do SUS (Aiquoc *et al.,* 2021). A inclusão do quesito raça/cor no sistema de informação é crucial para a compreensão do panorama de saúde da população e para o desenvolvimento de estratégias de saúde específicas, com enfoque racial. Isso é essencial para embasar práticas de saúde com base em evidências (Estrela; Santos; Lima, 2021).

Em relação à política de controle do câncer no Brasil, a abordagem como problema sanitário passou a ser reconhecida a partir da década de 1930, mas somente em 1954 o câncer foi destacado como um problema de saúde pública. Em 1967, foi proposta uma campanha nacional de combate ao câncer; e a partir da década de 1990, com a estruturação do SUS, o INCA foi estabelecido como agente diretivo das políticas de controle do câncer no país. Em 1998, foi criado o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e em 2000 as primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama (Parada *et al.,* 2008).

Com a ampliação das ações nacionais de controle de câncer, foi estabelecida, em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que estabelece diretrizes para o controle do câncer no Brasil, desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos (Parada *et al.,* 2008). Recentemente, no ano de 2023, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

(PNPCC) foi instituída, alterando a lei nº 8.080/1990 com os principais objetivos de diminuir a incidência do câncer, garantir o acesso adequado ao cuidado integral na prevenção, rastreamento com o diagnóstico precoce e tratamento, assim como contribuir para uma melhor qualidade de vida aos pacientes diagnosticados e por fim reduzir a mortalidade causada pelo câncer (Brasil, 2023).

A PNPCC reconhece o câncer como doença crônica passível de prevenção, curável, tratável e controlável. Assim como, estabelece que a assistência ofertada deve ser organizada em redes de atenção regionalizadas e descentralizadas (Brasil, 2023). Também institui na política o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, a fim de promover busca ativa e acompanhamento individual nos processos de diagnóstico e tratamento, identificar e superar barreiras que retardam o diagnóstico e tratamento clínico. O referido programa considera que tais barreiras ou obstáculos podem ser de caráter social, clínico, econômico, educacional, cultural, estrutural ou de acesso, cabendo a crítica da não inserção da questão étnico-racial como uma barreira, visto que o racismo se constitui forte fator dificultador ao acesso da população negra à saúde (Oliveira; Magalhães, 2022).

De acordo com Alves *et al.,* (2023), as políticas públicas são diretrizes governamentais elaboradas para responder aos problemas da população, priorizando o bem-estar social. Em contrapartida, como vimos ao decorrer da discussão, apesar de avanços na implantação e implementação de políticas de saúde e, em específico, para a população negra, ficam evidentes fragilidades da PNAISM, PNSIPN e da PNPCC em garantir promoção, prevenção, atenção, recuperação de doenças e agravos não transmissíveis, como por exemplo a neoplasia maligna.

> A intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (Cavalcanti; Batista; Silva, p. 1-2, 2013, apud Custódio; Silva, 2015 p.8).

Evidencia-se que a pretendida intersetorialidade é um desafio atual para as políticas sociais públicas e para o SUS; há lacunas quanto à questão étnico-racial, de gênero, sexualidades, geração, sendo a intersetorialidade uma importante ferramenta de gestão com o compromisso de efetivação de direitos e legitimação de direitos.

Nesse sentido, o SUS, com base em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, conforma um modelo diferenciado de atenção à saúde a fim de contemplar as especificidades do cuidado. Assim, o Ministério da Saúde (MS), pela Portaria nº4.279 de 30 de dezembro de 2010, organiza Redes de Atenção à Saúde (RAS) com a finalidade de promover

a articulação e a sistematização de ações e serviços de saúde para a garantia da atenção em caráter continuado, integral e de qualidade (Brasil, 1988; Santos, 2020). No entanto, apesar desses avanços, persistem desafios, como a efetiva implementação das políticas e o combate à discriminação racial nos serviços de saúde. A abordagem interseccional e a integração intersetorial emergem como estratégias essenciais para superar esses desafios e promover a saúde de forma equitativa.

Em conclusão, a trajetória das políticas de saúde no Brasil evidencia uma luta constante por equidade e justiça social. A partir da mobilização de movimentos sociais, como o movimento negro e o movimento de mulheres, foram conquistados importantes avanços legislativos e institucionais, que reconheceram a saúde como um direito universal e buscaram enfrentar as desigualdades raciais e de gênero no acesso aos serviços de saúde.

3.3 Mulheres negras com câncer e acesso à saúde

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2011), nas últimas décadas o câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, devido a maior exposição a agentes cancerígenos, consequência dos padrões de vida adotados em relação ao trabalho, alimentação, dentre outros.[4]

De acordo com o INCA, o câncer é uma terminologia que abrange mais de 100 doenças diferentes, que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, determinando a formação de tumores. Em mulheres a incidência maior é do câncer de mama com 30,1%, seguido de 9,7% no cólon e reto, em terceiro lugar 7% colo do útero, 6% traqueia, brônquio e pulmão, 5,4% glândula tireoide, 3,3% estômago, 3,2% corpo do útero e 3% ovário. Portanto, a neoplasia maligna, como é chamado o câncer, é considerada uma doença grave, que dado a repercussão na vida de quem é acometido, assegura direitos e garantias especiais a partir da comprovação de relatórios médicos, exames e perícia médica (INCA, 2022).

Com vistas a organizar as ações e serviços de saúde destinados à população com câncer no âmbito do SUS, o MS por meio da Política Nacional de Controle e Prevenção do Câncer (PNPCC), incluiu a doença na Rede de Atenção à Saúde (RAS) às pessoas com doenças crônicas. Por conseguinte, a partir da Portaria nº 874/2013, foram definidas as competências da

[4] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf. Acesso em 26 fev. 2023.

assistência oncológica em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária no sistema (Santos, 2020).

De modo geral, o fluxo de acesso da população ao tratamento de câncer no SUS, inicia-se em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde devem ser realizadas ações de promoção e prevenção, bem como o encaminhamento da pessoa com suspeita da doença para confirmação do diagnóstico. Na atenção secundária ou de média complexidade, devem ser ofertados serviços especializados ambulatoriais e de apoio diagnóstico, com garantia da atenção especializada. Em caso de suspeita ou confirmação de câncer, a/o usuária/o deve ser encaminhada/o para uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (Santos, 2020).

Na atenção terciária ou de alta complexidade, será realizado o diagnóstico definitivo do câncer e o tratamento especializado em hospitais habilitados em oncologia, seja como UNACON e CACON. Entretanto, apesar da concepção ampliada de saúde instituída pelo SUS, é comum ocorrerem situações de dificuldades de acesso e até de falta de acesso das/os usuárias/os ao fluxo assistencial estabelecido, por diversos determinantes sociais como, questões socioeconômicas, geográficas, culturais, políticas, raça/etnia, religião, gênero e sexualidades (Santos, 2020). Ademais, as contrarreformas da Saúde e o sucateamento do SUS impedem a plena efetivação do sistema nos moldes do seu marco legal de universalidade, integralidade e equidade.

Dentre os principais direitos sociais garantidos às pessoas acometidas pela neoplasia maligna, estão o acesso à saúde (INCA, 2022). A Lei n.13.896/19 assegura às/aos usuárias/os com suspeita de câncer o direito a realização de exames no prazo máximo de 30 dias. Já a Lei nº 12.732/12, garante a pessoas com neoplasia maligna o início do tratamento no SUS no prazo máximo de 60 dias, contados a partir do dia em que foi diagnosticado em laudo patológico ou em prazo menor conforme a necessidade.

No que se refere aos direitos previdenciários de trabalhadores/as segurados/as do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), são viabilizados os direitos de Benefício por Incapacidade Temporária, antigo Auxílio Doença, acessado por pessoas que se encontram temporariamente incapazes para sua atividade laboral, em virtude de doença por um período superior a de 15 dias, segundo a Lei Federal nº 8.213/91. A Aposentadoria por Incapacidade Permanente, antiga Aposentadoria por Invalidez, que é concedida à/ao segurada/o considerado pela perícia médica, incapacitado de reabilitação para o trabalho e que será pago enquanto permanecer nessa situação. Sabe-se que esse direito é muito difícil de ser garantido, alvo de

diversos empecilhos para sua viabilização, incluindo o acesso por aplicativo digital (Brasil, 2023).[5]

Dentre os direitos que podem ser acessados na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), está o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual garante um salário-mínimo mensal, conforme os critérios estabelecidos: pessoa idosa a partir de 65 anos, pessoas com incapacidade para o trabalho, comprovação de renda per capita familiar inferior a 1⁄4 do salário mínimo. Ressalta-se que o grande número de mulheres negras beneficiárias deste e de outros programas sociais, explicita sua condição de pauperismo, baixa inserção ao mercado formal de trabalho, o que pode ser indicativo da marca do racismo estrutural da sociedade brasileira - conteúdo já abordado no trabalho.

Como forma de viabilizar a continuidade do tratamento, usuárias/os com câncer podem acessar dois programas de transporte previstos no SUS: o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), normatizado pela Portaria n° 55, de 24 de fevereiro de 1999, que visa garantir o tratamento à/ao usuária/o portador de doenças não tratáveis no município de residência[6]. O segundo é o Programa de Transporte Social (PTS), direito concedido a pessoas com deficiência, o qual possibilita a utilização subsidiada do transporte público metropolitano, conforme a Lei nº14.916 de 18 de janeiro de 2013, regulamentada pelo Decreto nº42.887 de 8 de abril de 2016. Nesse caso, as/os usuárias/os recebem um Vale Eletrônico Metropolitano (VEM) a ser recarregado mensalmente e viabilizar os deslocamentos necessários para o tratamento de saúde.

Em decorrência das múltiplas violações dos direitos humanos da população negra em todo o processo histórico brasileiro, incluindo a negação do acesso a serviços essenciais e a restrição aos serviços de saúde, dá-se a vivência de profunda desigualdade racial. A partir desse pressuposto, a população negra brasileira apresenta vulnerabilidades epidemiológicas e sociais que implicam em dificuldades de acesso aos serviços sociais e de saúde, o que compromete suas condições de sobrevivência (Silva *et al.*, 2020). Esse estudo de Silva aponta que, apesar dos ganhos resultantes dos movimentos sociais negros para maior e melhor acesso ao sistema de saúde, o acesso da população negra à saúde ainda é perpassado por barreiras, devido principalmente ao racismo institucional e estrutural, desvelados por Werneck (2016) e Almeida (2018).

---

[5] Para solicitar o benefício o usuário deve acessar o Meu INSS, possuir um e-mail e telefone para contato, subentendendo que este usuário tenha acesso a um telefone e internet (Brasil, 2023). Disponível em:https://www.gov.br/inss/pt-br/direitos-e-deveres/aposentadoria/aposentadoria-por-incapacidade-permanente. Acesso em: 26 fev de 2024.

[6] Cabe assinalar que o direito ao transporte pelo TFD inclui a concessão de uma ajuda de custo; porém, na vivência do Estágio, foi observado a ausência dessa concessão a usuários/as oriundos/as de municípios do interior.

De acordo com Silva *et al.,* (2020), estudos na América Latina evidenciam que o Brasil está entre os países que mais apresentam obstáculos ao acesso à saúde por mulheres de minorias étnicas, além de apontar práticas de discriminação e violência nos serviços de saúde. Outros fatores contribuem para aumentar as dificuldades de acesso, como nível de instrução, renda, aspectos sociais e econômicos. É válido mencionar que os sistemas de opressão e exploração - racismo, sexismo e divisão de classes sociais - constituem-se em estruturas articuladas que dificultam/impedem o pretendido acesso universal e equitativo à saúde da população historicamente subalternizada. Embora o acesso não seja o único fator determinante para manter a saúde, este assume grande importância para diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde; em se tratando de câncer, o acesso pode ser definidor da vida ou da morte.

O racismo institucional se estabelece como barreira no acesso aos serviços de prevenção para as mulheres negras, tornando-as menos propensas a receber terapias contra o câncer em comparação a mulheres brancas. Silva *et al.,* (2020), destaca os denominados fatores limitantes à adesão. Para as autoras, em decorrência do racismo, as desigualdades podem causar doenças e agravos e, quando associado ao sexismo, pode colocar a mulher negra em uma condição de maior vulnerabilidade. Conforme segue

> as dificuldades de adesão ao tratamento vão desde problemas estruturais até dificuldade para ser acolhido em determinado serviço. Apresenta-se também uma insuficiência latente na área da saúde, desde a estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, ao número reduzido de profissionais, barreiras geográficas e da depreciação dos conhecimentos medicinais tradicionais da cultura de determinada região. A maior morbimortalidade do câncer de mama em populações negras e, principalmente, pessoas de baixa renda, também foi atribuída a outros fatores, incluindo dieta do indivíduo, diferenças na biologia dos tumores em mulheres negras, fatores culturais e psicossociais, práticas de aleitamento materno, paridade múltipla em idades mais jovens e outros fatores socioeconômicos (Silva *et al.,* 2020, p.6).

As autoras destacam a dificuldade profissional e institucional para atuar com a diversidade, sendo o racismo institucional muito presente nas instituições e organizações ao não ofertar serviços que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural. Fato muitas vezes manifestado em normas, práticas e comportamentos discriminatórios pautados no racismo, colocando grupos raciais ou étnicos em condições de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado, ou na forma de abuso verbal através da humilhação pública, recriminação e ofensas ao paciente, assim como também através da negligência dos trabalhadores de saúde (Silva *et al.,* 2020).

Outras particularidades e fragilidades em acessar os serviços de saúde por mulheres negras, são apresentados por Howard (2023), ao pontuar que estas deveriam fazer exames de

rastreamento para câncer de mama mais jovens. Grupos de médicos da *American Cancer Society* e *Mayo Clinic*, enfatizam a necessidade de se iniciar a triagem com uma mamografia todos os anos a partir dos 40 anos e não mais a partir dos 50 anos, dessa forma as políticas de saúde devem buscar a equidade e não apenas a igualdade, tendo o rastreamento um importante instrumento para a redução da taxa de mortalidade. Entretanto, no Brasil, o Ministério da Saúde ainda orienta que a mamografia de rastreamento seja indicada às mulheres de 50 a 69 anos de idade, uma vez a cada dois anos (Howard, 2023).

Ressalta-se que o acesso ao diagnóstico ainda é tardio no SUS; as fragilidades do sistema postergam o diagnóstico e o tratamento de milhares de mulheres em todo o Brasil e expressam as desigualdades. Assim sendo, 70% dos casos de câncer de mama diagnosticados no Brasil pela rede pública já se encontram em estágio mais avançado, porém esse número se inverte quando analisado os dados do sistema privado. Isso mostra uma realidade perversa, onde quem pode pagar pelo acesso à saúde privada recebe tratamento com maior eficácia, mas quem depende exclusivamente do SUS recebe diagnóstico mais tardio e, em consequência, têm menores chances de enfrentar tratamentos mais invasivos e até mesmo de sobreviver (Mota, 2019).

Especificamente no que se refere a mulheres negras, a VivaBem (2020), sugere que mulheres negras têm uma espera mais longa para o início do tratamento do que as mulheres brancas após o diagnóstico de câncer de mama, além de ter maior chance de tratamento prolongado. Outro estudo, realizado pela Fundação do Câncer e veiculado na CNN por Janone e Barreto (2021), mostra que 65,7% das mulheres com diagnóstico de câncer de mama, sem plano de saúde privado, demoram mais de 60 dias para iniciar o tratamento da doença, apesar da Lei nº 13.896/19 que assegura o prazo máximo de 30 dias para a realização de exames a usuários com suspeita de câncer e a Lei 12.732/12 que garante o início do tratamento a pessoas com neoplasia maligna no prazo máximo de 60 dias. Em vista disso, constata-se a distância entre o que é previsto em lei e o que é concretizado na realidade.

Ainda segundo dados da pesquisa da Fundação do Câncer, veiculada por Janone e Barreto (2021), a escolaridade das mulheres revela desigualdade no acesso à saúde, pois 51,4% das mulheres acompanhadas pelo SUS não possuem o Ensino Fundamental completo; em comparação com usuárias da rede privada, esse índice é de apenas 29,9%. Em relação ao estágio da doença, no momento em que as mulheres dão entrada para iniciar o tratamento, 19,8% das usuárias do SUS chegam na fase inicial do câncer de mama, enquanto mulheres que possuem planos de saúde privados ou recorrem a clínicas particulares, representam 31,9% das pacientes.

Coelho (2022), revela grave corte nas verbas destinadas ao tratamento do câncer no país durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro; a verba para o tratamento da doença passou de R$175 milhões para R$97 milhões em 2023, impactando diretamente na compra de equipamentos e materiais, na construção, ampliação ou reforma de estruturas existentes em todo o território nacional, uma vez que o Ministério da Saúde é a principal fonte de recursos para estados, municípios e entidades sem fins lucrativos que compõem a rede assistencial. Essa redução orçamentária impactou diretamente na vida de milhares de pessoas e pode, inclusive, afetar sua expectativa de vida e resultar em óbitos por falta de tratamento.

Segundo dados do censo demográfico de 2022, a população brasileira é constituída de 10,2% de pessoas pretas e 45, 3% de pardos/as, sendo a população negra a maioria da população brasileira com 54,5% (IBGE, 2022). De acordo com Alves *et al.*, (2023, p.2)

> a saúde da população negra se destaca em virtude do seu aumento significativo devido a autodeclaração sobre raça/cor. A autodeclaração remete à percepção que cada um tem em relação à sua raça/cor, o que implica considerar não somente seus traços físicos, mas também a origem étnico-racial, aspectos socioculturais e a construção subjetiva do sujeito, considerado aspecto importante para a construção de políticas públicas, através da consolidação dos indicadores de saúde que traduzir os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre diferentes segmentos populacionais.

Os indicadores sociais devem contribuir para o acompanhamento e orientação da formulação de políticas públicas (Alves *et al.*, 2023, p.5)

> os indicadores de saúde são o quantitativo de incidência de doenças, agravos e óbitos, permitindo a confrontação dos dados em saúde em regiões e populações distintas. Assim, a ausência de registro ou a carência de quaisquer critérios de classificação sobre cor/raça, ou etnia transpassam a relativa falta de conhecimentos sobre os indicadores de saúde na população negra.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, como já apresentado anteriormente, deve conformar-se como instrumento de promoção da equidade na saúde, reconhecendo as desigualdades raciais e o racismo institucional e estrutural como determinantes sociais da saúde, além de agregar dados epidemiológicos e de estabelecer a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação (Alves *et al.*, 2023).

Portanto, o acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, especialmente no contexto do câncer, é marcado por desafios decorrentes de barreiras sociais, econômicas, geográficas e raciais. Apesar das políticas e legislações voltadas para garantir o acesso, como a Política Nacional de Controle e Prevenção do Câncer, persistem disparidades devido ao racismo institucional e estrutural. O acesso tardio ao diagnóstico e tratamento, juntamente com

as desigualdades sociais, contribui para taxas mais altas de morbimortalidade entre mulheres negras. Dessa forma, é necessário investir em políticas públicas que reconheçam e abordem as desigualdades raciais na saúde, garantindo a coleta de dados étnico-raciais e implementando medidas eficazes para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde.

4. PARTICULARIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Este capítulo propõe-se a abordar sobre o surgimento do Serviço Social no Brasil e sua consolidação na saúde. Além disso, destaca a atuação do Serviço Social junto à população com câncer, com base na vivência de estágio em um Hospital-Escola, evidenciando as questões étnico-raciais e sua interseccionalidade com gênero e classe.

O Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930 como uma profissão reconhecida na sociedade capitalista industrial, em meio ao crescimento urbano e à emergência da questão social. As expressões da questão social, envolvem problemáticas como pobreza, desemprego, conflitos familiares, a princípio compreendidos na esfera da responsabilidade individual, exigindo ajustes comportamentais para manutenção da ordem social. O Estado intervém para regular as relações entre as classes - empresários e trabalhadores -, estabelecendo leis e serviços sociais em resposta a essas demandas (Iamamoto; Carvalho, 2014).

Em sua origem, o Serviço Social brasileiro estava ligado à Igreja Católica, com o objetivo de combater o liberalismo e o comunismo, através da Ação Social e da Ação Católica, especialmente exercida pelas mulheres. As profissionais atuavam como técnicas, mediando a prestação de serviços em instituições específicas. A Igreja Católica reage aos movimentos progressistas da classe trabalhadora, buscando recuperar sua influência através de métodos disciplinares e laicização, enquanto condena o comunismo e o liberalismo; intervém na dinâmica social, especialmente entre 1931-1935, para legitimar e consolidar sua posição na sociedade civil (Iamamoto; Carvalho, 2014).

Conforme Cardoso (2008 *apud* Sampaio, 2010), os primórdios da profissão foram caracterizados por uma abordagem e instrumentalidade influenciadas pela Teoria Funcionalista[7]. Naquela época, as/os assistentes sociais atuavam principalmente com operários em situações de desajustamento familiar e social. A prática profissional era de forte característica operacional, fragmentada, e focalizada, pautada nos resultados imediatos, muitas vezes desconectados da realidade dos sujeitos.

Dessa forma, segundo Iamamoto e Carvalho (2014), as/os assistentes sociais passam a intervir nas dificuldades enfrentadas pelas famílias, que incluíam não apenas questões econômicas, mas também problemas de ordem moral, intelectual e social. Para lidar com essas

[7]O funcionalismo é uma perspectiva sociológica que foca na parte de um sistema social que contribui para o funcionamento geral deste sistema. No contexto do Serviço Social, essa perspectiva defende que as instituições sociais e as estruturas sociais funcionam para regular, estabilizar e manter a ordem na sociedade (Dantas, 1995).

questões, propuseram uma abordagem educativa, visando resolver problemas imediatos, como também promover mudanças no comportamento e na condição das famílias.

Essa abordagem educativa refletia uma visão que remonta à filantropia tradicional, na qual as assistentes sociais assumiram um papel de orientadoras e reformadoras sociais, muitas vezes adotando uma postura autoritária e paternalista. Acreditava-se que, ao oferecer educação e orientação, às famílias poderiam ser reajustadas e alcançar um mínimo de bem-estar, contribuindo para a estabilidade e coesão social (Iamamoto; Carvalho, 2014).

Diante do exposto, cabe trazer um debate contemporâneo acerca da instrumentalidade, visto que se refere "não ao conjunto de instrumentos e técnicas, mas sim à capacidade ou propriedade constitutiva de uma profissão, que é construída e reconstruída no processo socio-histórico", conforme aponta Guerra (2000, p.1). Para a autora, (2000, p.1-2), a instrumentalidade pode ser compreendida como

> capacidade, possibilidade que os profissionais adquirem de concretizar seus objetivos a partir de uma intencionalidade por meio da ação, podendo modificar as condições objetivas e subjetivas de uma determinada realidade. Além disso, o termo instrumentalidade contém o sufixo "idade" que expressa capacidade, qualidade ou propriedade de algo.

As/Os assistentes sociais utilizam, criam, adequam às condições existentes e transformam em meios/instrumentos para obter algo intencionado, desta forma a instrumentalidade é condição essencial para o trabalho pois, é através dele que o ser social transforma a sua realidade e a si mesmo, reproduzindo material e socialmente a sociedade (Guerra, 2000).

De acordo com Netto (2015), o Serviço Social passou por um momento de renovação, durante o período da Ditadura Militar que alterou a sua inserção nas estruturas organizacionais, na reprodução da categoria profissional, na formação de quadro técnicos e seus referenciais teóricos. Esse momento foi marcado por três perspectivas, fases, sendo a primeira caracterizada pela Perspectiva Modernizadora, em segundo a Reatualização do Conservadorismo e, por fim, a Intenção de Ruptura onde o Serviço Social intenciona romper com o conservadorismo.

Será sobretudo a partir da fase de Intenção de Ruptura, no final da década de 1970 se adensando ao longo dos anos 1980, que a categoria profissional passará a trabalhar com a realidade social de forma crítica, através da aproximação com a obra Marxiana, e com a aproximação da classe trabalhadora, na construção de um novo quadro técnico de profissionais que impulsiona a reflexão crítica dos estudantes, impactando na produção intelectual da categoria, a crise da ditadura, e o novo quadro sociopolítico. Nessa esteira, o Serviço Social reformula sua prática, engaja-se em movimentos sociais da classe trabalhadora; vai se

constituindo também como área de conhecimento, campo de produções acadêmicas e de fortalecimento da perspectiva crítica. A teoria e a prática vão sendo reconhecidas como unidade de diversos (Sampaio, 2010).

Dessa forma, as discussões sobre a instrumentalidade na profissão ganham ênfase a partir da década de 1980, quando o Serviço Social passa por um amadurecimento intelectual, a partir da aproximação com a teoria marxista e inflexionado pelo contexto brasileiro de grande mobilização popular em busca por direitos sociais (Sampaio, 2010).

A instrumentalidade do Serviço Social pode ser pensada a partir do aspecto instrumental-operativo das respostas profissionais frente às demandas antagônicas das classes (capital *versus* trabalho), se expressando a partir da operacionalização e implementação das políticas sociais, no cotidiano das classes através da intervenção das condições objetivas e subjetivas de vida dos sujeitos visando a mudança de valores, atitudes e comportamentos (Guerra, 2000). Ainda para Guerra (2000, p.12)

> reconhecer a instrumentalidade como mediação significa tomar o Serviço Social como totalidade constituída de múltiplas dimensões: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa e a instrumentalidade como uma particularidade e como tal, campo de mediações que porta a capacidade tanto de articular estas dimensões quanto de ser o conduto pelo qual as mesmas traduzir-se em respostas profissionais.

Dessa forma, às/aos assistentes sociais competem uma constante e permanente formação técnica que fomente o aprimoramento de competência técnico-operativo e intelectual, consolidando o compromisso ético e político com a classe trabalhadora (Sampaio, 2010).

Conforme Kruger (2010), a conquista do SUS, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental e estabeleceu o sistema de saúde universal, e as determinações sociais passaram a ser consideradas como elementos essenciais do processo saúde-doença. Isso implicou na necessidade de uma atuação profissional interdisciplinar para abordar as diversas dimensões que influenciam a saúde da população. Para a autora, a abordagem integral da saúde e a perspectiva multidisciplinar, produziu aumento significativo nos recursos humanos do sistema, ampliando o número de assistentes sociais no espaço socio-ocupacional da saúde. Até os dias atuais, o campo da saúde é considerado um dos maiores empregadores de assistentes sociais, destacando-se como um ambiente fundamental para a atuação desses profissionais na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos sociais da população (Kruger, 2010).

4.1 Serviço Social na Oncologia: estratégias interventivas e desafios

Este tópico introduz o tema do Serviço Social na oncologia, destacando as estratégias interventivas e desafios enfrentados por assistentes sociais nessa área específica. Ressaltando que o papel fundamental da assistente social na saúde é a problematização das determinações sociais dos processos saúde-doença e a mediação para o acesso a direitos da população. Nesse contexto, a profissional atua para contribuir na qualidade de vida às pessoas afetadas pelo câncer, viabilizando direitos socioassistenciais a partir do conhecimento da realidade e de sua instrumentalidade.

Como já mencionado, as ações profissionais são fundamentadas na Lei nº 8.662 de 1993, que estabelece as competências e atribuições das/dos assistentes sociais, as quais incluem orientação social a indivíduos, grupos e população, identificação e utilização de recursos para defesa de direitos, realização de pesquisas sociais, condução de estudos socioeconômicos e atuação junto a órgãos públicos e privados para acessos a benefícios e serviços sociais, entre outros (CFESS, 1993).

Conforme os *Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde* (CFESS, 2010), as principais demandas direcionadas ao profissional envolvem orientação sobre direitos sociais e a disseminação de informações com uso de estratégias socioeducativas. Além disso, as intervenções visam criar espaços democráticos de participação e controle social para a construção coletiva de saúde nas instituições, em conformidade com a Lei nº8.080/1990 (Brasil, 1990).

No contexto do atendimento em saúde, especialmente no tratamento de doenças como o câncer, o acompanhamento social assume relevância e pertinência. Possibilita a compreensão mais abrangente das necessidades sociais e epidemiológicas da população, abarcando as condições materiais, situação socioeconômica, redes de apoio familiar e recursos disponíveis na comunidade. Além disso, a assistente social orienta sobre direitos sociais e como acessar políticas públicas que possam auxiliá-las/os durante o tratamento. Parece-nos essencial a atuação da assistente social sob horizonte do exercício da cidadania, contribuindo para uma abordagem mais humanizada no enfrentamento da doença (Tomaceli *et al.*, 2020).

No cuidado à pessoa com câncer, a atuação de uma equipe multidisciplinar leva em conta uma série de fatores, incluindo o tipo de câncer, o estágio do tratamento e as condições de saúde específicas do/da usuária. As/Os profissionais que integram essa equipe podem ser generalistas, responsáveis pelo primeiro contato e encaminhamento ou especialistas em oncologia, proporcionando um cuidado mais focado e adaptado às necessidades individuais. A

abordagem multidisciplinar tem como objetivo primordial oferecer um cuidado completo e personalizado, visando aprimorar a qualidade de vida ao longo de todo o processo de tratamento do câncer (Braz *et al.*, 2022).

Cabe destacar que, no campo de estágio, a equipe multidisciplinar é composta por assistentes sociais, enfermeiro/a, fisioterapeutas, médicos oncologistas, nutricionistas, psicólogos, dentre outros profissionais. A assistente social atua com acolhimento, conhecimento da realidade sociofamiliar, realização de encaminhamentos e orientações nas esferas social, econômica, educativa e reabilitacional, implicando no contato com o usuário e sua família (Farias, 2007). De acordo com a autora, o câncer é uma doença que acarreta diversas implicações para quem a enfrenta, podendo resultar em uma série de limitações e desafios que afetam o indivíduo em vários aspectos da vida social. Estas limitações podem incluir desde a exclusão do mercado de trabalho até a dependência de familiares para atividades básicas, passando pelo comprometimento da vida sexual e a perda de valores e hábitos que anteriormente eram significativos. Nesse cenário complexo, a assistente social torna-se fundamental no SUS, em seu objetivo de prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente oncológico. No cotidiano profissional a assistente social se depara com situações de desproteção e vulnerabilidades que exigem análise ampla, sob a perspectiva da totalidade, das condições culturais, sociais, emocionais e financeiras do usuário que possam interferir no sucesso do tratamento.

A prática das assistentes sociais em oncologia diferencia-se a depender do nível de atenção à saúde e, no ambiente hospitalar, conforme o setor de atendimento. No ambulatório, a atuação profissional centra-se no acolhimento e na oferta de orientações à população usuária; tais estratégias interventivas são implementadas pelas assistentes sociais a partir de suas competências, atribuições privativas e experiência ante as tantas dificuldades que podem surgir ao longo do processo de tratamento. Isso inclui a facilitação do acesso a direitos sociais e acesso aos serviços de saúde, bem como a percepção do estigma social associado à doença (Farias, 2007). O trabalho na enfermaria de oncologia, por vezes complementa o trabalho feito no ambulatório, ao dar continuidade ao vínculo já estabelecido, além da realização de ações específicas que podem ser adotadas em situações de agravamento da doença, início de cuidados paliativos, com importante acompanhamento do Serviço Social e de toda a equipe multidisciplinar à/ao usuária/o e sua família. Para Farias (2007, p.104)

> essa atuação da/o assistente social identifica e intervém nas situações que emergem durante o período de internação, de forma a contribuir para a realização do trabalho em equipe, como também para o tratamento médico, sendo necessários ter noções gerais de clínica.

Outra dimensão do trabalho das assistentes sociais na oncologia, se refere a grupos de apoio, que visam ofertar espaço de diálogo, reflexão e troca de experiências com grupos de usuárias/os em tratamento. Esses grupos proporcionam um espaço seguro e acolhedor onde são reunidas/os para compartilhar suas vivências, desafios e conquistas, além de incentivar apoio mútuo e troca de informações. De acordo com Farias (2007, p.107)

> a/o assistente social nos grupos de apoio tem a habilidade de identificar e discutir os valores culturais, utilizando-os como subsídios de sua atuação, cabendo também a esse profissional desencadear um processo reflexivo com paciente e/ou familiares, quanto ao diagnóstico, tratamento e reabilitação, visando a contribuir para o enfrentamento da nova situação, permitindo que o/a paciente assuma a condição de sujeito de sua história de vida, durante o tratamento do câncer.

A atuação do Serviço Social na oncologia agrega, quase sempre, dois tipos prioritários de intervenções: as ações socioeducativas, marcadamente com conteúdos relacionados a direitos sociais, previdenciários e benefícios institucionais e governamentais; e os atendimentos individuais e em grupos que possibilitam o conhecimento da realidade material de existência, das redes e vínculos sociofamiliares com vistas ao planejamento de intervenções específicas. Nesse sentido, a assistente social desempenha papel significativo na atuação junto às/aos usuárias/os. Vale ressaltar que a radioterapia é um processo longo, contínuo e exigente, requerendo que a pessoa em tratamento esteja presente no hospital diariamente; a quimioterapia geralmente possui um cronograma definido, embora possa ser prolongada, não requisita necessariamente de frequência diária ao hospital. Em ambos processos terapêuticos, o acompanhamento profissional da assistente social favorece o diálogo sobre tabus e preocupações frequentemente enfrentados pelas/os usuárias/os e suas famílias em relação aos tratamentos (Farias, 2007).

Na atuação da assistente social na oncologia, elenca-se os instrumentais mais comumente utilizados no cotidiano profissional: o acolhimento do usuário e/ou familiar, acompanhante; escuta qualificada; entrevista social; orientações e encaminhamentos para as redes sanitária e socioassistencial, conforme necessário; registros documentais e sistematização da prática, além do planejamento do trabalho profissional.

O acolhimento integra-se à perspectiva de humanização do atendimento e promove uma visão integral de saúde. Por meio dessa prática, as profissionais de saúde podem aproximar-se das necessidades das/os usuárias/os de forma abrangente. O acolhimento facilita a criação de vínculos entre usuárias/os e profissionais de saúde, promovendo uma relação mais próxima e empática (Chupel; Mioto, 2010 *apud* Moraes; Duarte, 2021).

No atendimento a pessoas em tratamento oncológico, a escuta qualificada é aplicada em todo o processo de acompanhamento profissional, particularmente no processo de acolhimento. Trata-se de um instrumental essencial nos primeiros contatos com a/o usuária/o, permitindo o conhecimento da realidade objetiva e subjetiva. A premissa é que as profissionais devem reservar um tempo para ouvir atentamente a/o paciente, contribuindo também para aprimorar a comunicação entre usuária/o e a equipe de saúde (Chupel; Mioto, 2010 *apud* Moraes; Duarte, 2021).

Atividade bastante utilizada pelo Serviço Social na saúde e, em particular na oncologia, é a realização de entrevista social. A entrevista favorece o conhecimento da realidade da/o usuária/o e de sua família, condições de vida e de trabalho e a situação socioeconômica; registrasse o caso e, a partir disso, desdobra-se em intervenções como orientações e encaminhamentos para as redes de serviços disponíveis (Farias, 2007).

Outro instrumento importante do Serviço Social na saúde, é o registro da prática profissional. O registro consiste em documentar as ações realizadas pelas assistentes sociais, dando visibilidade ao que é planejado, executado, bem como às formas de condução do trabalho junto as/os usuárias/os. Tais registros contribuem para a análise das intervenções realizadas pela/o assistente social e permitem o adequado acompanhamento dos casos ao longo do tempo, tanto pela profissional, quanto por outras/os profissionais. A prática do registro documental, proporciona a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, garantindo uma abordagem integrada e colaborativa no cuidado às/aos usuárias/os (Farias, 2007).

Sistematização da prática é compreendida como processo organizativo da atuação profissional, sendo um componente importante para a geração de dados e de informações, mas também para a produção, organização e análise a partir da postura crítica e investigativa da profissional (Almeida, 2009). Além disso, faz parte dos instrumentais o planejamento do trabalho profissional que vai corresponder

> ao conjunto de ações desenvolvidas no nível de Gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais. Na área da saúde, o planejamento é utilizado de forma ampla em distintos espaços, para organizar as demandas de saúde, prever a cobertura dos serviços de saúde, na gerência e gestão, no fornecimento das ferramentas para avaliação de programas, de serviços e de cuidados em saúde e previsão de custos e alocação de recursos (Mioto; Nogueira, 2009, p.284-286).

Quanto aos desafios enfrentados por assistentes sociais, com base na experiência de estágio, identificamos desafios referentes à implementação e gestão das políticas públicas pelo Estado e suas inflexões na vida da população e para o trabalho profissional. Há anos as contrarreformas do Estado brasileiro impõem sucateamento e precarização das condições de

funcionamento direcionada para a privatização do SUS, fragilizando a política de saúde pública e impactando diretamente na autonomia dos profissionais da área. Ainda que nos marcos da sociabilidade burguesa, o Estado seja capaz de formular e assegurar políticas sociais universais, é indispensável refletir sobre o seu sucateamento frente aos crescentes índices de pobreza, desemprego e desigualdade social, decorrentes da questão social sob a qual se funda o sistema capitalista em vigência.

O desafio profissional, portanto, é permanente, visto que, por um lado, o enfoque privatista da saúde requisita funções como seleção socioeconômica dos usuários, intervenção psicossocial, assistencialismo baseado na ideologia do favor e a predominância de práticas individualistas. Por outro lado, o SUS nos moldes da reforma sanitária demanda uma atuação que privilegie a democratização do acesso aos serviços de saúde, a prestação de um atendimento humanizado e a integração da instituição de saúde com a realidade social, entre outras abordagens (Bravo; Matos, 2009); este projeto encontra consonância com o projeto ético-político profissional.

Além disso, as assistentes sociais enfrentam pressões decorrentes da lógica capitalista e ultraneoliberal, materializadas no gerencialismo institucional, que demandam alta produtividade e podem resultar em uma atuação muitas vezes fragmentada e sistemática. Os governos e a administração hospitalar também contribuem para esse cenário, impondo carga de trabalho excessiva e abordagem pragmática e imediata das demandas (Bravo; Matos, 2009).

Nesse contexto, o desafio é promover uma intervenção qualificada, alinhada aos princípios do SUS e do projeto ético-político profissional da categoria. No entanto, há dificuldades em efetivar políticas universais e de direitos, assim como em estruturar um trabalho coletivo em saúde que privilegia a interdisciplinaridade e a abordagem integral do cuidado (Soares, 2013; Matos, 2017).

Diante da experiência adquirida ao longo do estágio no Hospital-Escola de Recife/PE, torna-se evidente que a atuação do Serviço Social na oncologia é essencial para garantir o acesso aos direitos sociais e a qualidade de vida das pessoas afetadas pelo câncer; no entanto, enfrentam desafios significativos, como as pressões da lógica capitalista e a fragilização das políticas públicas de saúde. Portanto, é crucial continuar buscando uma intervenção qualificada e alinhada aos princípios éticos e políticos da profissão, visando efetivar políticas universais e garantir a saúde para todos, sobretudo na equidade de saúde para a população negra.

4.2 Apontamentos da experiência de estágio no Ambulatório de Oncologia em um Hospital-Escola

A concepção do presente trabalho é sobretudo resultante das vivências no Estágio Curricular Obrigatório do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizado em um Hospital-Escola, que serve como campo de atuação prática de acadêmicos/as em formação. Como campo de estágio, a instituição favorece a articulação teoria-prática, subsidiando aproximações entre as dimensões de ensino, pesquisa, extensão e assistência, incentivando a qualificação acadêmica e profissional. Além do desenvolvimento de novos saberes, conhecimentos em diversas áreas de conhecimento, aproximando a comunidade à universidade por meio do atendimento ambulatorial ou internação assistida. Destaca-se, que a unidade de saúde hospitalar em pauta encontra-se em consonância com as disposições das Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, que se referem respectivamente: "às condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", "a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)" (Brasil, 1990).

O Serviço Social na instituição, atua conforme a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e o Código de Ética do/a Assistente Social (1993). Ademais, ampara seu projeto de trabalho profissional nos *Parâmetros de Atuação da/o Assistente Social na Política de Saúde* (2010), documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social como subsídio teórico-metodológico à atuação de assistentes sociais na Saúde.

Os *Parâmetros de Atuação da/o Assistente Social na Política de Saúde* (CFESS, 2010) propõe os seguintes eixos de atuação profissional: atendimento direto à população usuária; ações socioassistenciais; ações de articulação com a equipe de saúde; ações socioeducativas; mobilização, participação e controle social, investigação, planejamento e gestão, assessoria, qualificação e formação profissional. Seguindo rigorosamente as recomendações dos parâmetros da/o assistente social em saúde, a exemplo de algumas especificidades dos fluxos "[...] como a concepção de saúde ampliada, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade" (CFESS, 2010, p.19).

Como atribuições e competências das/dos profissionais de Serviço Social, dispostas na Lei de Regulamentação da Profissão, constam elaboração, implementação e execução de políticas sociais, fornecendo orientação à população, prestando assessoria, realizando planejamento e conduzindo estudos socioeconômicos com os usuários para a garantia de benefícios (CFESS, 1993). Ademais, o Código de Ética Profissional (1993) estabelece

princípios fundamentais que norteiam a prática da categoria. Estes incluem o reconhecimento da liberdade como valor ético central, a defesa dos direitos humanos e da democracia, o compromisso com a equidade e justiça social para garantir o acesso universal às políticas sociais, o empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, bem como o compromisso com a construção de uma nova ordem social livre de dominação e exploração de classe, raça e gênero (CFESS, 1993). Enfatiza o compromisso com o aprimoramento intelectual e o exercício profissional sem discriminação. Esses princípios orientam o trabalho das/dos assistentes sociais, garantindo uma prática ética e comprometida com a transformação social.

O curso de graduação em Serviço Social é regido pelas Diretrizes Curriculares formuladas em 1996 pela então Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS), atualmente Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Essas diretrizes enfatizam a importância de uma formação que abranja as competências teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa das/os discentes. Essa compreensão é consolidada por meio do estágio supervisionado, o qual, de acordo com a ABEPSS (1996, p.19), "constitui uma atividade curricular obrigatória que visa inserir os alunos em espaços socio-institucionais com o propósito de capacitá-los para o exercício da profissão".

Dessa forma, durante o estágio, os/as discentes recebem supervisão acadêmica – conduzida por um/a professor/a orientador/a; e supervisão de campo – conduzida por assistente social vinculada/o a uma instituição. Ambas/os supervisoras/es acompanham, incentivam a reflexão crítica, o conhecimento institucional e da população usuária com vistas ao desenvolvimento da identidade profissional, o que inclui a elaboração e implementação de um projeto de intervenção de estágio. Todo o processo de estágio toma por base as diretrizes da ABEPSS, o Projeto Pedagógico do Curso e a Lei de Regulamentação da Profissão nº8.662/1993 e o Código de Ética Profissional referências essenciais para a prática profissional dos assistentes sociais (CFESS, 1993).

A partir da realização do nosso estágio curricular obrigatório realizado em um Ambulatório de Oncologia de um Hospital-Escola em Recife/PE, foi possível observar um perfil da população usuária do serviço: majoritariamente feminino, composto por pessoas empobrecidas, autodeclaradas pretas e pardas. Apesar do já conhecido expressivo quantitativo de usuárias/os negras/os nos serviços públicos e no SUS, observou-se subnotificação no referente à coleta desse quesito nos instrumentos institucionais, seja motivado, supomos, pela não consciência racial da população, constrangimento, gerado pelo racismo, em se expressar, seja pela falta de letramento racial das profissionais.

No que se refere à identificação racial, o Código de Ética Profissional da/o Assistente Social preconiza o compromisso com a população através do aprimoramento intelectual. Dessa forma, o conjunto CFESS/CRESS vem realizando diversas ações com a categoria profissional a fim de combater o racismo e contribuir na luta antirracista. Dessa forma, Souza (2008, p.122) disserta que

> o processo de qualificação continuada é fundamental para a sobrevivência no mercado de trabalho. Estudar, pesquisar, debater temas, reler livros e textos não podem ser atividades desenvolvidas apenas no período da graduação ou nos "muros" da universidade e suas salas de aulas. Se no cotidiano da prática profissional o Assistente Social não se atualiza, não questiona as demandas institucionais, não acompanha o movimento e as mudanças da realidade social, estará certamente fadado ao fracasso e a uma reprodução mecânica de atividades, tornando-se um burocrata, e, sem dúvidas, não promovendo mudanças significativas seja no cotidiano da população usuária ou na própria inserção do Serviço Social no mercado.

Além disso, foi observado no cotidiano do estágio supervisionado, a importância da Lei nº 12.732/12 que estabelece o prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento de pessoas diagnosticadas com câncer (Brasil, 2012). No entanto, apesar dos avanços, até recentemente essa lei não levava em consideração o tempo necessário para que o paciente conseguisse o acesso ao diagnóstico.

Em resposta a essa lacuna, a Lei nº 13.896/19, foi promulgada em 30 de outubro de 2019. Essa nova legislação garante que exames para pacientes com suspeita de câncer sejam realizados em um prazo máximo de 30 dias, melhorando assim o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado (Brasil, 2019).

Apesar disso, foi possível observar dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer, percebido através de relatos das/os usuárias/os durante o atendimento com o Serviço Social. Apesar dos progressos na formulação e execução de políticas e programas para combater o câncer no Brasil, diversos estudos conduzidos em nível nacional têm revelado que o sistema público de saúde ainda enfrenta ineficiências estruturais nos serviços oncológicos. Isso resulta em múltiplas barreiras que prejudicam o acesso igualitário, abrangente e oportuno ao diagnóstico e tratamento do câncer para os usuários (Brasil, 2011; Brasil, 2019; Interfarma, 2019 *apud* Santos, 2020).

Em relação à escolaridade, foi observado durante o estágio que a grande parcela da população que acessa esse Hospital-Escola tem a escolaridade baixa. Isso foi percebido através dos atendimentos sociais, o que demandava uma atenção maior das profissionais em seus atendimentos ao fornecer orientação para a população sobre seus direitos. De acordo com o IBGE (2019), o analfabetismo entre pessoas pretas/pardas é mais que o dobro entre as brancas.

No período entre 2016 e 2018, houve uma redução na taxa de analfabetismo da população preta ou parda de 15 anos ou mais de idade, passando de 9,8% para 9,1%. Além disso, a proporção de pessoas com pelo menos o ensino médio completo aumentou de 37,3% para 40,3% neste grupo.

No entanto, ambos os indicadores permaneceram abaixo dos observados na população branca, cuja taxa de analfabetismo era de 3,9% e a proporção de pessoas com pelo menos o ensino médio completo era de 55,8% para os mesmos grupos etários em 2018. É importante destacar que o cenário é ainda mais desafiador para a população negra residente em domicílios rurais, onde a situação do analfabetismo é ainda mais crítica (IBGE, 2019).

O setor da oncologia na unidade de saúde, agrega enfermaria e Ambulatório, porém as experiências a que se referem o presente trabalho, advém do estágio no Ambulatório de Oncologia. O Serviço Social do Ambulatório inicia suas intervenções junto a/ao usuária/o com o acolhimento; momento em que a assistente social aproxima-se da realidade com a realização da entrevista social e, a partir das informações obtidas, identifica vulnerabilidades sociais que podem comprometer seu tratamento. Assim, planeja intervenções estratégicas junto às redes sanitárias externas e à rede territorial, intencionando favorecer a continuidade do cuidado e o acesso a direitos fundamentais.

Nesse contexto, a assistente social se utiliza das informações disponíveis para avaliar a situação da/o usuária/o e fornecer orientações e encaminhamentos relacionados a direitos sociais, previdenciários e outros benefícios governamentais. A busca por informações referentes a benefícios sociais é frequente, sobretudo sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[8]. Os principais encaminhamentos realizados pelo Serviço Social no setor se configuram como orientações sobre direitos previdenciários, Benefício por Incapacidade Temporária e Benefício por Incapacidade Permanente, regulamentados para trabalhadores segurados da Previdência Social.

Considerando que o hospital tem abrangência estadual e regional, os serviços especializados, como o tratamento de câncer, recebem usuárias/os de municípios do interior do estado e até de outros estados do Norte e Nordeste. Observamos que a grande maioria das/os

[8]O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e a pessoa idosa com mais de 65 anos ou mais, que comprovem não possuir meios financeiros para prover a sua subsistência e nem tê-la provida por sua família. É necessário que a renda per capita familiar seja igual ou inferior a ¼ do salário mínimo vigente. Dessa forma, o paciente com câncer tem direito ao BPC caso possua 65 anos ou mais, ou na hipótese de ter impedimento de longo prazo por no mínimo dois anos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, desde que comprovada e que também tenha a renda mínima per capita igual ou inferior que ¼ . Disponível em: https://www.oncoguia.org.br/conteudo/loas/111/4/#:~:text=O%20paciente%20com%20c%C3%A2ncer%20pode,a%20%C2%BC%20do%20sal%C3%A1rio%20m%C3%ADnimo..

usuárias/os atendidas/os no Ambulatório não possui moradia no Recife e advém da Região Metropolitana do Recife, sobretudo do interior do estado. Isso pode indicar a precariedade das redes assistenciais a pessoas com câncer fora da Capital; problemática que precisa ser enfrentada e superada. Dessa forma, se constitui como um frequente encaminhamento das assistentes sociais a articulação com a, quase sempre muito frágil, rede de saúde do território e o encaminhamento para inclusão no Programa Tratamento Fora do Domicílio (TFD)[9] e Programa de Transporte Social (PTS)[10].

Para além desses encaminhamentos, o Serviço Social identificou a questão da insegurança alimentar e nutricional, especialmente de usuárias/os em dias de consulta e quimioterapia nos primeiros horários da manhã. A questão da fome também era algo muito presente, que impactava tanto as/os usuárias/os quanto os seus acompanhantes, que iam para o serviço de saúde sem se alimentar. Dessa forma, uma das estratégias utilizadas pelas profissionais do Serviço Social, se constitui no encaminhamento para organizações sem fins lucrativos como a Casa Rosa[11] ou Instituto Cristina Tavares[12], que servem como casa de apoio de moradia e acesso a alimentação. O hospital já chegou a fornecer a primeira refeição para usuárias/os nessas condições, porém atualmente o acesso ao refeitório está restrito. Salienta-se que o Serviço Social na instituição tem problematizado esse grave problema junto à direção.

Outra estratégia utilizada pelas assistentes sociais para a ampliação do acesso aos direitos sociais e acesso à informação, tem sido realização de atividades socioeducativas em sala de espera[13]. Estas que ocorrem periodicamente na recepção do setor, sendo passadas informações sobre os direitos da pessoa com câncer, direitos previdenciários e assistenciais. Durante o estágio, tornou-se uma vivência importante da nossa formação, como espaço de reflexão sobre a formação sócio-histórica e a saúde da população negra.

O contexto que provoca as demandas citadas está relacionado a desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista. As/os usuárias/os quase sempre se encontram

---

[9]Este programa é regulamentado pela Portaria n.55/99 da Secretaria de Assistência à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde.

[10]Regulamentado pelo Decreto nº42.887, de 8 de abril de 2016 que concede às pessoas com deficiência gratuidade nos veículos do Sistema de Transporte Público de Passageiros da Região Metropolitana do Recife.

[11]Disponível em: https://www.casarosa.org.br/.

[12]Disponível em: https://www.atados.com.br/ong/instituto-cristina-tavares-ict.

[13]É por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de estar desenvolvendo atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde em suas complexidades e determinantes sociais; proporcionando também uma melhoria na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar os burocratizados serviços prestados (Dias *et al.*, Sala de espera como espaço para promoção da educação em saúde na atenção básica).

em relações precarizadas de trabalho ou desempregadas/os; enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde, previdência e assistência social, ainda mais agravadas pelas contrarreformas do Estado brasileiro.

> Na trajetória da sociedade capitalista, as desigualdades assumem feições diversas de acordo com as determinações políticas e sociais produzidas a cada ciclo histórico e em cada particularidade contextual, mas sempre estão presentes caracterizando esse modo de produção e reprodução social, configurando as diversas expressões da questão social, variando em intensidade, grau e escala em cada país. A fome, a miséria, o desemprego, a violência e as más condições de habitação, saúde, educação e inserção social são alguns dos aspectos que configuram a problemática das desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista no Ocidente, suscitando crises estrutural, social, política, econômica e humanitária sem precedentes (Chaves; Arcoverde, 2021, p.165-166).

Em nosso entendimento, a intervenção do Serviço Social revela-se crucial na abordagem das questões que afetam as/os usuárias/os e seus familiares. Por meio do acolhimento, orientação e encaminhamentos, a categoria profissional atua na mediação para o acesso aos direitos da população atendida, facilitando a adesão ao tratamento e fomentando uma recuperação eficaz. Em face das barreiras de acesso e da falta de informação sobre direitos, o Serviço Social desempenha um papel de mediador e educador, promovendo a justiça social. Em suma, sua atuação é essencial para buscar condições de vida dignas e favorecer o bem-estar da população usuária.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto ao longo deste estudo, a motivação para a elaboração desta monografia partiu da vivência do Estágio Curricular Obrigatório que integra o Curso de Graduação em Serviço Social, no setor ambulatorial de Oncologia de um Hospital-Escola de Alta Complexidade em Recife/PE. Ao ser evidenciada a dificuldade de acesso à saúde e aos serviços socioassistenciais por mulheres negras diagnosticadas com câncer, atribuímos a problemática ao impacto do racismo estrutural, institucional que se intersecciona e perpetua na sociedade brasileira, afetando o direito à saúde dessa população.

O estudo se propôs a refletir sobre o racismo no acesso à saúde de mulheres negras. A partir dessa problematização foi possível compreender que o acesso a tais direitos básicos é desigual pela população, e que a atuação das assistentes sociais é de extrema importância para a consolidação desses direitos, apesar de enfrentar desafios, frente ao desmantelamento das políticas sociais em geral e do SUS em particular.

Foi evidenciado que o Brasil possui uma história marcada pela colonização e exploração, onde a escravidão desempenhou a estratégia capitalista de exploração do trabalho e dos recursos naturais por séculos. A população negra foi brutalmente escravizada e subjugada, explicitando raízes profundas de desigualdade e da injustiça racial à brasileira. A abolição da escravatura, em 1888, não foi acompanhada de medidas eficazes para garantir a inclusão e igualdade da população negra na sociedade brasileira. Como resultado, o racismo estrutural persistiu, sendo reforçado por políticas discriminatórias e práticas sociais que continuaram a marginalizar o povo negro no país.

A ideia de uma democracia racial no Brasil sugeriu, de forma equivocada, que as relações raciais no Brasil eram harmoniosas e que, portanto, não existia discriminação racial no país. Essa narrativa funcional ao sistema, mascarou as profundas disparidades e injustiças raciais existentes na sociedade brasileira, dificultando a conscientização e a abordagem eficaz contra o racismo estrutural. Nessa esteira, as desigualdades socioeconômicas e de saúde enfrentadas pela população negra são evidentes em diversas áreas, incluindo o acesso à educação, emprego, moradia adequada e serviços de saúde de qualidade.

Destaca-se que expressões da questão social se consolidam enquanto determinação social do processo saúde-doença associado ao racismo estrutural e institucional, que provoca exclusão social moldando as oportunidades e os resultados de vida para essa população. Assim,

a saúde é compreendida não apenas pela ausência de doença, mas é impactada pelas determinações sociais que causam iniquidades na saúde da população negra.

Ademais, no contexto brasileiro, as políticas de saúde se consolidaram através de lutas constantes por equidade e justiça social. Alguns movimentos sociais, como o movimento negro e o movimento de mulheres, desempenharam papéis fundamentais ao exigir o reconhecimento da saúde como direito universal e, por sua incidência política, pressionar por medidas de enfrentamento às desigualdades raciais e de gênero intervenientes no acesso aos serviços de saúde.

Apesar dos avanços significativos alcançados pela luta desses movimentos e da legislação subsequente, como a criação do SUS e das políticas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, ainda há desafios persistentes que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, a efetiva implementação das políticas de saúde e o combate à discriminação nos serviços de saúde continuam sendo áreas críticas que demandam atenção contínua.

Diante dos desafios enfrentados, torna-se imperativo adotar a abordagem interseccional e intersetorial na promoção da equidade em saúde. Reconhecer a imbricação dos sistemas de opressão-exploração de raça, sexo-gênero e classe social revela-se essencial para compreender e enfrentar as disparidades existentes nos cuidados de saúde. Especificamente no que diz respeito ao acesso das mulheres negras aos serviços de saúde, evidenciado especialmente no contexto do câncer durante o estágio supervisionado foi constatada uma série de obstáculos ao diagnóstico precoce e início do tratamento.

Dentre esses obstáculos estão barreiras sociais, econômicas, geográficas e raciais que frequentemente dificultam o acesso adequado aos serviços de saúde, resultando em diagnósticos e tratamentos tardios e, por conseguinte, contribuindo para altas taxas de morbimortalidade entre mulheres negras. É fundamental reconhecer e enfrentar essas barreiras de forma integrada e colaborativa, implementando políticas e práticas que promovam a equidade no acesso aos cuidados de saúde e garantam que todas as mulheres, independentemente de sua raça ou condição socioeconômica, recebam o apoio e os recursos necessários para prevenir, diagnosticar e tratar doenças de forma oportuna e eficaz.

Situando-nos no campo do Serviço Social, é destacado que a assistente social é uma profissional de extrema importância no setor da oncologia, para a mediação na garantia do acesso aos direitos sociais, aos serviços de saúde relacionados ao diagnóstico e tratamento do câncer. A atuação profissional humanizada e compromissada com os princípios do SUS;

igualitária e sem discriminação racial conforme os princípios do Código de Ética Profissional demarcam qualificação no cuidado à saúde das equipes multidisciplinares. Entretanto, foram observados desafios durante o processo de estágio, que evidenciaram a exigência de elevada produtividade priorizando metas, fragilização da política de saúde em seu sentido universal e integral, a burocratização dos serviços. No que se refere aos processos de trabalho há inflexões no exercício da autonomia profissional, intensificação da jornada de trabalho e situações de precarização dos vínculos de trabalho.

Portanto, foi compreendido que a problematização vai além das políticas públicas e adentra o âmbito da luta social e dos sujeitos políticos nela engajados. É necessário reconhecer a necessidade de investir em políticas públicas que abordem o racismo estrutural, institucional e a interseção com as questões de gênero e classe, mas que também enfrentem as desigualdades raciais na saúde. Isso envolve a coleta de dados étnico-raciais mais abrangentes e a implementação de medidas eficazes para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua origem racial ou étnica, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde. Sobretudo, foi evidenciado que os espaços de saúde necessitam ofertar em seu planejamento a educação permanente e continuada, para os seus profissionais acerca do debate da questão étnico-racial, com vistas a fortalecer a defesa dos direitos humanos e o acesso universal aos programas e políticas sociais. Dessa forma, a questão étnico-racial na saúde transcende as políticas públicas e se torna parte integrante da luta social por justiça e igualdade. É um processo contínuo de conscientização, ação e transformação em todos os níveis da sociedade.

REFERÊNCIAS:

ABEPSS. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. **ABEPSS,** Rio de Janeiro, 1996.

AIQUOC, K. M *et al.,* **Política nacional de saúde integral da população negra:** história, avanços e desafios. *In:* BARBOSA, I. R *et al.* Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal, RN: EDUFRN, 2021. Cap.1, p.12-34.

ALBUQUERQUE, W. R. de; FRAGA FILHO, W. F. **Uma história do negro no Brasil.** Salvador: Centro de Estudos Afro-Orientais; Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. Retomando a temática da "Sistematização da Prática" em Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.,* **Serviço Social e Saúde:** Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. **O que é racismo estrutural?.** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

ALVES, J. G *et al.*, Saúde da população negra brasileira no contexto das doenças crônicas: uma reflexão para políticas públicas. **Rev Enferm Atual In Derme,** v.97, n.2, 2023.

ALVES, R. M.; LUCENA, B. A. As repercussões do racismo na saúde mental da população negra. *In:* BARBOSA, I. R *et al.,* **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil.** Natal, RN: EDUFRN, 2021. Cap. 11, p.159-168.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República. Brasília: DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 14 dez. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: DF, 1993.

BRASIL. **Lei nº14.758, de 19 de dezembro de 2023.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer e altera a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Brasília: DF, 2023;

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: DF, 2004.

BRASIL. **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.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial.** Brasília: DF, 2011. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_igualdade_racial.pdf. Acesso em: 07 fev. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. MOTA, A. E *et al.*, (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, M. I. S.; MARQUES, M. G. Saúde e luta sindical: entre a reforma sanitária e o projeto privatista. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselho: desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2012.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária:** Elementos para o Debate. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.*, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO M. I. S. *et al.*, Partidos políticos e a luta por saúde. BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselho: desafios atuais.** São Paulo: Cortez, 2012.

BRAZ, M. M *et al.*, Atuação multidisciplinar em oncologia: o que preciso saber? 1. ed. **Pró-Reitoria de Extensão - USFM:** Santa Maria, 2022.

CFESS Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética Profissional do Assistente Social.** Brasília, 1993.

CFESS Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde. **CFESS,** 2010. Disponível em:https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 08 fev. 2024.

CHAVES, H. L. A.; ARCOVERDE, A. C. B. Desigualdades e privação de direitos na sociabilidade capitalista e suas expressões no Brasil. **Serv. Soc Soc,** São Paulo, n.141, p.164-182, 2021.

CISNE, M.; dos SANTOS, S. M. M. **Feminismo, diversidade sexual e serviço social.** São Paulo: Cortez, 2018.

COELHO, R. D. Bolsonaro corta verba do atendimento ao câncer para liberar dinheiro para orçamento secreto. **Brasil de Fato,** 2022. Disponível em:https://www.brasildefato.com.br/2022/09/23/bolsonaro-corta-verba-do-atendimento-ao-cancer-para-liberar-dinheiro-para-o-orcamento-secreto. Acesso em: 03 de jan de 2024.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas,** Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, 2002.

CUSTÓDIO, A. V.; SILVIA, C. R. C. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. **UNISC**, Santa Cruz do Sul, RS, 2015.

DANTAS, José Lucena. Perspectivas do funcionalismo e seus desdobramentos no Serviço Social. **Caderno Abess.** São Paulo, v.4, n.1, p.37-63, 1995.

DANTAS-SILVA, A.; SANTIAGO S. M.; SURITA, F. G. Racismo como determinante social da saúde no Brasil - na pandemia de COVID-19 e além. **Feminina,** 2023. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/revista-femina-2023-vol-51-n-5.pdf. Acesso em: 22 fev de 2024.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DOMINGUES, Petrônio. O mito da democracia racial e a mestiçagem no Brasil (1889-1930). **Diálogos latinoamericanos,** n.10, 2005.

ESTRELA, C. R.; SANTOS, I. R.; LIMA, R. R. T. O quesito raça/cor e a equidade no Sistema Único de Saúde: critérios atravessados pelo contexto racial brasileiro. *In:* BARBOSA, I. R *et al.,* **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil.** Natal, RN: EDUFRN, 2021. Cap. 3, p.49-62.

EURICO, M *et al.*, Racismo e novo pacto da branquitude em tempos de pandemia: desafios para o Serviço Social. **Ser. Soc. Soc.** São Paulo, n.140, p.84-100, jan/abr 2021.

FARIAS, T. S. D. **O cotidiano do(a) Assistente Social frente às demandas apresentadas pela paciente portadora do Câncer de Mama em tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN.** Dissertação de mestrado em Serviço Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes.** 3.ed. São Paulo: Globo, 2008.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & senzala.** Rio de Janeiro: Record, 1988.

GOHN, M. G. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Rev. Mediações**, Londrina, v.5, n.1, p.11-40, jan/jun. 2000.

GONDIM, G. M. M; SANT'ANNA, F. C. R. Vulnerabilidade socioambiental da população negra: o território na determinação social do processo saúde-doença. *In:* BARBOSA, I. R *et*

al., **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil.** Natal, RN: EDUFRN, 2021. Cap. 6, p.89-101.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano.** Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: **Diáspora Africana,** 2018.

GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. **Lugar de negro.** Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social.** Capacitação em Serviço Social e política social, v.4, p.53-63, 2000.

HORBACH, A. L. **Autoria e resistência negra na ditadura civil-militar no Brasil.** Nau Literária, v.17, n.1, 2020.

HOWARD, Jacqueline. Mulheres negras devem fazer rastreamento para câncer de mama mais jovens, diz estudo. **CNN Brasil**, 2023. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/mulheres-negras-devem-fazer-rastreamento-para-cancer-de-mama-mais-jovens-diz-estudo/. Acesso em: 03 de jan de 2024.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** 9.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórica-metodológica. 41.ed, Cortez, São Paulo, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 2022.** Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html Acesso: 07 de jan de 2024.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE,** 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 22 fev de 2024.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Direitos sociais da pessoa com câncer:** orientações aos usuários. **INCA,** 5. ed., 3. reimpre., Rio de Janeiro: INCA, 2022.

JANONE, L.; BARRETO, E. 65,7% das mulheres com câncer de mama esperam mais de 60 dias por tratamento no SUS. **CNN Brasil,** 2021. Disponível em: Acesso em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/657-das-mulheres-com-cancer-de-mama-esperam-mais-de-60-dias-por-tratamento-no-sus/. 03 de jan de 2024.

KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Danusa Lara. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **CIAIQ2015**, v. 2, 2015.

KRUGER, T. R. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP Campinas, v.IX, n.10, 2010.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política.** 1.ed. São Paulo: Boitempo, 2013. Versão pdf.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social Ética e Saúde:** Reflexões para o Exercício Profissional. São Paulo: Cortez, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 26.ed, Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da saúde. In: MOTA, Ana Elizabete *et al.*, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, classe e movimento social.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MORAES, N. A.; DUARTE, R. A. O Serviço Social na oncologia: o acolhimento como prática importante à condução de acesso aos direitos sociais do paciente oncológico. **Revista Serviço Social** em Debate, v.4, n.2, 2021.

MOREIRA, Adilson José. **O que é discriminação?.** Belo Horizonte: Letramento, 2017.

MOTA, Camilla Veras. Por que mais de 70% dos casos de câncer de mama no Brasil são diagnosticados em estágio avançado. **BBC News Brasil**, 2019. Disponível em:https://www.bbc.com/portuguese/brasil-49966596. Acesso em: 03 de jan de 2024.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64.** 17.ed. São Paulo: Cortez, 2015.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, Ana Elizabete *et al.*, **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, L. G. F.; MAGALHÃES, M. Percurso da implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, v.39, p.1-13, 2022.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Assembleia Mundial de Saúde**. Nova York, 1946.

ORTEGAL. L. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n.133, p.413-431, set./dez. 2018.

PACHECO, Lwdmilla Constant. **A situação da população negra nos períodos escravocrata e pós abolição no Brasil.** *In*: LIMA, Marcus E. O.; FRANÇA, Dalila Xavier de

(orgs). Trajetórias de pesquisa sobre preconceito e relações intergrupais no Brasil. São Cristóvão-SE: Editora UFS, 2019.

PARADA, R *et al.,* A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Rev. APS**, v.11, n.2, p.199-206, 2008.

PEREIRA, E. C.; SAMPAIO, S. S. A relação de classe e raça na formação da classe trabalhadora brasileira. **Serv. Soc. Soc.,** São Paulo, n.133, p.432-445, set./dez. 2018.

ROJAS, Jorge. El Mercantilismo. Teoría, política e historia. **Economía,** v. 30, n. 59-60, p. 76-96, 2007.

SAMPAIO, M. S. **A instrumentalidade do Serviço Social no contexto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF.** 2010. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) - Faculdade Leão Sampaio do Campus Crajubar, Ceará, 2010.

SANTOS, Jacicleide Maria dos. **Avaliação do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de próstata na unidade de assistência de alta complexidade em oncologia do Hospital das Clínicas - UFPE**. Dissertação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, Departamento de Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

SANTOS, Izabel da Cruz. O pensamento das mulheres negras no Brasil na obra O livro da Saúde das Mulheres Negras: nossos passos vêm de longe. **E-Revista de Estudos Interculturais do CEI-ISCAP**, n.9, maio de 2021.

SANTOS, M. E. V.; ROCHA, S. A. **O movimento negro unificado de Pernambuco e o jornal negritude (1986-1988).** História Unicap, v.6, n.11, jan./jun. de 2019.

SILVA, Nelma Nunes da *et al.* Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180834, 2020.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos. São Paulo: Cortez, p. 293-306, 2012.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional (The social worker practice: knowledge, instrumentality and professional intervention. **Emancipação**, v. 8, n. 1, 2008.

SOUZA, Angélica *et al.,* A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da Fucamp,** v.20, n.43, p.64-83, 2021.

SOUZA, M. C *et al*., A (in)visibilidade do Racismo estrutural no cuidado em saúde: percepções de mulheres negras com câncer de mama. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, 2022.

TOMACELI, J. *et al.,* O Serviço Social na residência multiprofissional em oncologia limites e possibilidades. **Revista Serpos,** nº1, v.1, 2020.

TORRES, Lilian de Lucca. Reflexões sobre raça e eugenia no Brasil a partir do documentário" Homo sapiens 1900" de Peter Cohen. Ponto Urbe. **Revista do núcleo de antropologia urbana da USP**, n. 2, 2008.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. **Gênero e Saúde**, p. 13, 2005.

VIVABEM. Câncer de mama: espera de negras para iniciar tratamento é mais longa. VivaBem **UOL,** 2020.
Disponível:https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/09/21/cancer-de-mama-m. Acesso em: 03 de jan de 2024.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016.