CEFET/RJ
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

A INVISIBILIDADE DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS

Sandra Maria Lisboa Verissimo

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Strictu *Sensu* em Relações Étnico-Raciais, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título em Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Augusto dos Santos

Rio de Janeiro
Setembro 2019

A INVISIBILIDADE DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Strictu *Sensu* em Relações Étnico-Raciais, do Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, CEFET/RJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título em Mestre.

Sandra Maria Lisboa Verissimo

Banca Examinadora:

_____

Presidente, Professor Dr. Ricardo Augusto dos Santos (FIOCRUZ) (orientador).

_____

Professora Dra. Laurinda Rosa Maciel (FIOCRUZ)

_____

Professora Dra. Anna Cláudia Evangelista dos Santos (INCA)

_____

Professor Dr. Álvaro de Oliveira Senra (CEFET)

RIO DE JANEIRO
Setembro 2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do CEFET/RJ

V517 Verissimo, Sandra Maria Lisboa
A invisibilidade do câncer de mama em mulheres negras / Sandra Maria Lisboa Verissimo. – 2019.
101f. : il.color. +apêndices ; enc.

Dissertação (Mestrado). Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, 2019.
Bibliografia : f. 97-101.
Orientador : Ricardo Augusto dos Santos

1. Mulheres negras – Brasil. 2. Mulheres negras – Condições sociais – Brasil. 3. Discriminação racial. 4. Negras – Saúde e higiene. 5. Mamas – Câncer – Brasil. I. Santos, Ricardo Augusto dos (Orient.). II. Título.

CDD 305.488

Elaborada pelo bibliotecário Leandro Mota de Menezes CRB-7/5281

DEDICATÓRIA

A minha mãe e as mulheres que tiveram câncer de mama e perderam suas vidas sem a chance de receber tratamento adequado.
Ao meu colega do mestrado Carlos Alberto Pereira dos Santos (In memória) que infelizmente não conseguiu concluir o curso devido a uma fatalidade. A você companheiro de profissão.
A todas as mulheres que existem e resistem pela liberdade de viverem em um mundo sem desigualdade, preconceito, violência e opressão.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é mais um passo concluído em meu caminho acadêmico. Esse momento de agradecer não é uma formalidade, mas sim de um reconhecimento de todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para finalização do mesmo.

Agradeço ao meu marido, Reinaldo da Silva Verissimo, que me acompanha desde o TCC e que compartilha comigo dia a dia, onde juntos procuramos estabelecer uma relação de liberdade, respeito e cumplicidade, me impulsionando e dando todo afeto necessário para lidar com a dura realidade que vivencio e li sobre as mulheres negras com câncer de mama.

Minha gratidão ao restante da minha família, principalmente, aos meus filhos Gabriel Lisboa Verissimo, Bernardo Lisboa Verissimo e Beatriz Lisboa Verissimo pelo incentivo para não desistir, pela colaboração na formatação do trabalho, na tradução dos textos, confecção das tabelas e convite. A minha cunhada Eneida na leitura atenta da revisão de português. Vocês foram muito importantes.

A todos os meus amigos e professores que me incentivaram a fazer a prova do mestrado, entre eles minha amiga Daniele Batista Brandt e meus professores do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais e Educação Maria Cristina Giorgi e Fábio Sampaio Almeida. Não poderia deixar de mencionar a equipe do serviço social do HCIII, em especial a Claudia Domingues Guimarães e Daniele Batista Brandt que tiveram um período de sobrecarga de trabalho em minhas ausências para confecção deste trabalho. A vocês companheiras meu muito obrigada.

Agradeço com muito carinho e admiração a cada um dos professores da Pós-Graduação em Relações Étnico-Raciais, com os quais tive o privilégio de estudar, de compartilhar e trocar conhecimento.

Agradeço a minha banca de qualificação a professora Laurinda Maciel e o professor Álvaro de Oliveira Senra pelas indicações bibliográficas que foram fundamentais na discussão teórica deste trabalho, contribuindo muito para eu chegar até aqui.

A minha banca de defesa composta pelas professoras Laurinda Maciel, Anna Evangelista, Nara Maria Carlos de Santana e os professores Álvaro de Oliveira Senra, Nilson Alves de Moraes, pela disponibilidade em participar da banca de defesa e por suas

contribuições.

Meu especial agradecimento ao professor Ricardo Augusto do Santos por ter aceito me orientar, pela confiança e compreensão de minhas limitações para conciliar família, trabalho e pesquisa. Suas orientações foram fundamentais para o resultado deste trabalho, bem como para o seu desenvolvimento.

EPÍGRAFE

“ Trabalhar o seu próprio racismo é um processo psicológico e não está relacionado com moralidade. Ele começa com a recusa, passa pela culpa que se transforma em vergonha e segue até alcançar o reconhecimento. Uma vez que você tenha alcançado o reconhecimento, você pode começar a reparar estruturas, o estágio da reparação”.

Grada Kilomba

RESUMO

A INVISIBILIDADE DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS

A pobreza no Brasil tem um profundo recorte étnico-racial, produzindo uma distinção dentro da população brasileira, mais especificamente entre negros e brancos. A condição de inferioridade do negro está introjetada na estrutura da sociedade brasileira. As estatísticas e o cotidiano dessas populações indicam que direitos iguais para todos estão longe de serem alcançados. Na área da saúde as desigualdades raciais levam a dificuldade no acesso da população negra aos serviços de saúde, o que torna imprescindível conhecer os fatores que interferem na saúde desse grupo. A maioria das questões relacionadas à saúde da população negra não são resultantes somente de suas características genéticas, mas também de suas condições socioeconômicas, educacionais e das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza imputadas pelo racismo. Com relação ao câncer de mama, as estatísticas também constatam que as disparidades raciais se fazem presente no diagnóstico e tratamento para essa doença. Mulheres negras apresentam taxas de morbidade e mortalidade maiores que mulheres brancas, apontando como causa o diagnóstico tardio da doença, dificuldade de acesso à rede de saúde e à assistência terapêutica. O presente estudo tem por objetivo problematizar os fatores que interferem no acesso de mulheres negras ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, destacando dois eixos: a) as lacunas da política de saúde na atenção à saúde da mulher negra**;** b) as questões específicas de saúde da população negra, considerando aspectos históricos e conjunturais. As discussões apresentadas são resultado de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, tendo como procedimentos metodológicos pesquisa bibliográfica, documental e revisão crítica das principais produções no âmbito da saúde da mulher negra e sua interface com a oncologia. Como resultado desta pesquisa destacamos que a invisibilidade do negro continua sendo um obstáculo tanto no quadro de doenças quanto no conjunto de ações de saúde. O racismo é um fator gerador de doenças e/ou de agravamento de situações patogênicas preexistentes, bem como fator de incidência sobre as taxas de mortalidade da população. Acerca do câncer em mulheres negras fica claro que o racismo, as desigualdades raciais e de classe incidem de modo mais perverso sobre a mulher negra e pobre.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Racismo; Mulher Negra; Política de Saúde.

ABSTRACT

THE INVISIBILITY OF THE BREAST CANCER IN BLACK WOMEN

The poverty in Brazil has a deep ethnical-racial clipping that results in a difference within the Brazilian population, specially between black and white people. The inferiority condition of the black population is deep-rooted in the structure of the Brazilian society. The statistics and the daily life of these people suggest that equal rights to all are still far out of reach. In the health field, the racial disparities lead to difficulties in the access of the black population to the health care services. Accordingly, it is mandatory to know the factors which affect the health care in this group of people. Most questions related to the health care of the black population are not a result only of their genetic characteristics, but also from their socioeconomic and educational conditions and from the historical disparities related to the poverty attributed by the racism. Concerning the breast cancer, the statistics also state that the racial disparities are present in the diagnosis and treatment of this disease. Black women present higher morbidity and mortality rates than white women. Possible reasons are the late diagnosis of the disease, difficulty in the access to the health care and to the therapeutic assistance. The present study has as aim the discussion of the factors affecting the access of black women in the diagnosis and treatment of the breast cancer, emphasizing two subjects: a) blanks of the health care politic in the solicitude of the black woman health; b) specific questions related to the health care of the black population, regarding historical and structural aspects. The discussions presented are based on investigative research with qualitative approach, which have as methodology a bibliographical and documental research and a critical review of the works related to the black woman health care and its interface with the oncology. As result of the present research, we emphasize that the invisibility people is still an obstacle as in the diseases picture as in the set of health care actions. The racism is a factor that produces diseases and/or deteriorate pathogenic preexisting situations, as well as a factor of occurrence over the mortalityrates of the population. Concerning the cancer in black women is clear that the racism, the racial disparities and the class happen in a more perverse way over the black and poor woman.

Keywords: Breast Cancer; Racism; Black Woman; Health care Politic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Proporção de casos de câncer de mama feminina, segundo estádios clínicos. RHC, de 2000 a 2015.	86
Figura 2 –	Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos dois anos, no Brasil, segundo cor ou raça. PNS, 2013.	86
Figura 3 –	Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa, por nível de instrução, Brasil e Regiões. PNS, 2013.	87

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Número de matrículas de mulheres realizadas no INCA III em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2016.	90
Tabela 2 –	Número de óbitos ocorridos no INCA III num período de 5 anos a contar da matrícula em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2012	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integrais de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCIII	Hospital do Câncer III
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MPA	Ministério da Previdência e Assistência
MS	Mistério da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
RHC	Registro Hospitalar de Câncer
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comércio
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES	Secretária Estadual de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação **14**

Introdução **16**

1 Política Social no Brasil **26**

1.1 A Relação do Estado com as Políticas Sociais 26

1.2 A Era Vargas e sua Importância para as Políticas Sociais 31

1.3 Configurações das Políticas Sociais após 1945 34

2 Política de Saúde – Resgate Histórico **44**

2.1 Saúde no Período de 1930 a 1945 44

2.2 Saúde no Período de 1945 a 1964 46

2.3 Políticas Sociais de Saúde e Neoliberalismo: Impactos e efeitos 48

2.4 Peculiaridades e Alterações nas Últimas Décadas 53

2.5 A Entrada da Negritude no Cenário Político 64

3 Vidas Negras: Desigualdades Raciais no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama **69**

3.1 Política de Saúde e a Mulher Negra 69

3.2 Câncer de Mama em Mulheres Negras 77

4 Considerações Finais **92**

Referências **97**

Apêndice A - Número de matrículas de mulheres realizadas no INCA III em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2016 **102**

Apêndice B - Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça branca no período entre 2009 a 2016. **103**

Apêndice C - Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça preta no período entre 2009 a 2016 **104**

Apêndice D - Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça amarela no período entre 2009 a 2016. **105**

Apêndice E - Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça parda no período entre 2009 a 2016 **106**

APRESENTAÇÃO

Essa apresentação destina-se a falar, em linhas gerais, sobre minha história de vida e a relação com a questão étnico-racial, dentro de um contexto social onde a imagem do ser negro, sua cultura, sua história, sua ancestralidade foram significados de forma negativa, marginalizada, inferiorizada e silenciada, por uma ideologia de superioridade de uns em detrimento de outros.

Por isso, a importância dessa auto-reflexão sobre como se deu minha socialização no convívio familiar, social e nas relações de trabalho, tendo a perspectiva de desconstrução dessa visão cristalizada do ser negro.

O processo de discriminação racial e o racismo no Brasil se estruturaram de forma velada e natural, onde a população negra aprendeu desde cedo os malefícios que é ser negro em nosso país. Essas construções estão presentes em todos os espaços sociais políticos e econômicos, definindo assim o lugar do negro.

Foi nas sutilezas de práticas sociais cristalizadas impregnadas de racismo e do ideal de branqueamento da população brasileira que passei grande parte da minha vida. Sempre me considerei uma pessoa que não cometia racismo, sempre soube da minha ancestralidade africana (na época ancestralidade dos escravos) e portuguesa. Minha família era composta por pai (negro), mãe (branca), 11 irmãos (4 homens e 7 mulheres) e todos com uma diversidade de tons de pele, de cabelo, com fenótipo diferentes, fruto da miscigenação que passou o Brasil, realidade de muitas famílias brasileiras. Entre minhas irmãs, umas eram brancas com olhos claros, outras chamadas de “mulatas” e eu dentro dessa diversidade era considerada “morena”.

Tive uma infância e juventude marcadas pelas ideias de que quanto mais o indivíduo se aproximava das características do homem branco, mais oportunidades conseguiria, sendo a possibilidade de uma ascensão social. Esse pensamento se refletia nos conselhos dos familiares, mesmos vindo por parte de tias negras retintas, como “ tentar clarear a família, melhorar o cabelo, os traços físicos etc.” Atitudes que eram naturalizadas, sem nos darmos conta que traziam marcas profundas do racismo que se configuravam entre os brasileiros.

Hoje percebo que muitas vezes pratiquei também algumas atitudes racistas, mas que foram naturalizadas em meu cotidiano de vida. Também, consigo identificar que fui privada de conhecer a cultura e histórias de meus ancestrais africanos, pois minha ancestralidade portuguesa era reconhecida e valorizada. Assim, dentro desse

contexto, eu e minhas irmãs não compreendíamos e nem valorizamos todo conhecimento que minha mãe, Odiléia Gomes da Silva, possuía e que não foi aprendido na escola oficial. Minha mãe, tinha o conhecimento das ervas, o poder das rezas, era a parteira do bairro de Bangu onde morávamos e praticante da religião de matriz africana, essa mulher marca toda minha vida, até os dias de hoje.

Esse retorno às minhas origens me permite reelaborar minha vida antes, agora e para o futuro. Hoje consigo perceber que desde criança o ideal de branqueamento da população brasileira e de um conhecimento eurocentrado, sempre se fez presente em minha vida familiar e social, o que levou a um apagamento e distanciamento de todo que se ligava a minha ancestralidade africana. Esse reencontro está sendo fundamental para repensar minha vida junto aos meus filhos, familiares, amigos e também em minha atividade profissional. Ao revisitar meu passado percebo que algumas lembranças, por um bom tempo, estavam apagadas ou silenciadas, identifico uma forte presença das mulheres de minha família em minha vida, entre elas: minha mãe, avós, irmãs, tias e também várias mulheres que passaram em minha vida profissional: na área da saúde, na área da infância e juventude e na área prisional. História de vidas marcadas por grande descriminação, sofrimento. O que nos dá a certeza da grande desigualdade de sexo, gênero, raça, classe que existe no Brasil.

É no cotidiano do meu trabalho, onde atuo como assistente social, que percebo a dificuldade de acesso da população negra à saúde, discriminação com as religiões de matrizes africanas, pois é normal um padre, pastor irem fazer oração na unidade hospitalar, mas representantes das religiões matrizes africanas encontram muita resistência. Considero que estarei mais preparada para abordar, junto a equipe de saúde com a qual trabalho, situações de racismos.

Nesse sentido é preciso estabelecer o combate à opressão dos grupos que sempre estiveram à margem da sociedade e lutar por um mundo que não tenha racismo, discriminação, desigualdade, onde as diferenças não se constituam em critérios de exclusão dos espaços sociais. Tal atitude não é tarefa fácil, pois temos que vencer vários sofrimentos, que em determinadas situações nos paralisam, silenciam e criam vários medos. Seguindo o pensamento de Audre Lorde “transformar o silêncio em linguagem e em ação é um ato de auto-revelação” e para isto temos que enfrentar nossos medos, falar sobre o racismo vivenciado pela maioria da população brasileira, como sendo um dos maiores problemas da nossa sociedade”.

Introdução

A motivação para realização desta pesquisa é fruto de minha trajetória enquanto assistente social do Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), onde exerço minha atividade profissional no Hospital do Câncer III (HCIII). Unidade que compõe a rede de alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferece serviços de referência para o tratamento de neoplasia maligna de mama, localizada no bairro de Vila Isabel/RJ. É no cotidiano desse trabalho que surge uma gama de situações que se colocam para o exercício profissional do assistente social no acompanhamento de mulheres acometidas pelo câncer de mama e seus familiares.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo, ocasionando a metástase. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulos de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

No Brasil o câncer é considerado um problema de saúde pública, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Segundo dados do Ministério da Saúde[1], o câncer ocupa, na atualidade, o segundo lugar no quadro de causas de morte por doença no Brasil. Além de estar entre as primeiras causas de morte por doença, 70% dos casos chegam aos hospitais em estágio avançado com reduzidas chances de cura. Tais dados demonstram a relevância de ações voltadas para sua prevenção e tratamento.

No que se refere ao câncer de mama, segundo o INCA, é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no Brasil, excluindo o câncer de pele não melanoma. A Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil (INCA, 2017), válida para os anos de 2018 e 2019, prevê 59.700 casos novos de câncer da mama, com risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres, a cada ano. Não levando em consideração os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres das Regiões Sul (73,07/100 mil), Sudeste (69,50/100 mil), Centro-Oeste

[1] BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em:http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=4 Acessado em: 06 jun.2016.

(51,96/100mil) e Nordeste (40,36/100). Na Região Norte, é o segundo tumor mais incidente (19,21/100mil). (INCA, 2017, p.33)

Nos países de baixa e média renda, o diagnóstico do câncer de mama ocorre em estágios mais avançados da doença, aumentando a morbidade relacionada ao tratamento, comprometendo a qualidade de vida e reduzindo a sobrevida dos pacientes. Como estratégias para modificar esse cenário, o Ministério da Saúde, por meio da publicação "Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil", recomenda a identificação da doença em estágios iniciais por intermédio das estratégias de detecção precoce, pautadas nas ações de rastreamento e diagnóstico precoce.

A mamografia bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos é a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: "população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade". (INCA, 2015)

O câncer de mama é considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade. Sendo, possivelmente, a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez confirmado o diagnóstico causa grande impacto psicológico, físico e social. O diagnóstico traz momentos de angústia, onde a possibilidade da morte e mutilação de seu corpo são constantemente vivenciados pelas mulheres com câncer de mama e familiares. Ocorrem alterações significativas em diversas esferas de sua vida, tais como: atividade sexual, vida social e atividades laborativas. (ABREU et all, 2002)

Até os dias de hoje, o câncer ainda está associado ao estigma social da morte. Em consequência disso, as representações associadas a ele, em sua grande maioria, são negativas, pois a doença é vista como mutiladora do corpo da mulher, causando baixa autoestima, tratamento mais longo, perda do trabalho, dependência para os cuidados e diminuição da renda familiar.

No Brasil existem inúmeras barreiras que perduram desde o acesso às ações de detecção precoce até as dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, gerando importantes impactos individuais, sociais e políticos. O que lhe confere estatuto de um grande problema de saúde pública e um dos alvos primordiais da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO).

A PNAO (2005), seguindo os princípios do SUS, visa ao atendimento universal e integral da pessoa com câncer, a partir de uma linha de cuidados que perpassa todos os níveis de atenção (básica e especializada) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos), que se distribuem nos serviços das redes Estaduais e Regionais de atenção oncológica. A política define ainda a especialização de Recursos Humanos para a rede oncológica, qualificando assim a assistência e promovendo a educação permanente dos profissionais envolvidos em todos os níveis de atenção. O que é essencial, pois a prevenção e a identificação precoce são requisitos importantes para a redução das taxas de morbidade e mortalidade por câncer. Porém, isso ainda não se tornou uma realidade dentro do SUS.

No Brasil, são grandes as dificuldades em torno da identificação racial da população, sobretudo em relação ao negro. O fato de ser um país que passou por um processo de grande miscigenação, conviveu com o racismo construído socialmente e nunca reconhecido oficialmente, como ocorreu em outros países como nos EUA e países da própria África, sempre esteve presente de forma velada.

O racismo se enraizou na sociedade brasileira de forma sofisticada, encontrando sua base de sustentação nos ideais da “democracia racial” que representava a idealização de nossa sociedade, sinalizando com a construção de uma sociedade tolerante e inclusiva. O que contribuiu para esconder, de forma perversa e sutil, a enorme desigualdade racial do país. O preconceito racial permaneceu atuante e influenciando o acesso à educação, aos serviços de saúde, habitação digna, oportunidades de trabalho, restringindo, assim, o lugar social do negro em nossa sociedade.

O processo de miscigenação no Brasil, tem como pano de fundo o desenvolvimento industrial que se inicia depois de 1930, que passa a adotar uma nova ideologia de nação brasileira, onde a miscigenação resultaria num povo hegemônico, com cultura própria, reforçando a hegemonia da língua e das tradições portuguesas e latinas, processo, este, que ficaria conhecido como embranquecimento. O incentivo a miscigenação criou um imaginário social que quanto mais o indivíduo se aproxima dos traços branco-europeus, mais ele é valorizado e tem acesso a melhores oportunidades. Do outro lado, quanto mais se aproxima dos traços negros, mais o indivíduo é desvalorizado e marginalizado. Essa realidade de embranquecimento influenciou diretamente a forma como indivíduo se autodeclara em relação a sua cor

ou quem lhe atribui determinada cor o faz com grande liberdade de definição. Tal situação pode ser um complicador nos levantamentos sobre raça/cor nos dados de pesquisas.

Numa sociedade marcada por índices alarmantes de desigualdades raciais e compreendendo que a saúde de uma população não está vinculada somente a fatores genéticos, mas a um conjunto de fatores, sejam eles sociais, econômicos, educacionais, culturais, o que reforça a importância de "pesquisa genética associada as questões de diferença populacional e genética" (GIBBON, 2015), ou seja, estudos sobre desigualdades sociais e raciais na área da oncologia.

A escolha em abordar o tema do câncer de mama em mulheres negras está relacionada a minha aproximação com a discussão étnico-raciais e de como a desigualdade racial impacta a saúde da população negra. Tal aproximação, num primeiro momento, ocorreu em aula para residência multiprofissional do INCA, onde foram apresentados dados sobre desigualdades e iniquidades na área da saúde, com relação a população negra. A partir de então, despertou-me o interesse em investigar a situação do câncer em mulheres negras e como vem se dando seu acesso na unidade do INCA III, especializada em neoplasia maligna de mama.

Antes de me envolver propriamente nessa investigação, sobre câncer de mama em mulheres negras, foi necessário conhecer e profundar a respeito do tema da questão étnico-racial no Brasil, como também, sobre a saúde da população negra. Com esse objetivo iniciei o curso de Especialização em Relações Étnico-Raciais e Educação, oferecido pelo CEFET. Como trabalho final do curso foi realizado uma revisão das principais produções no âmbito da saúde da mulher negra e sua interface com a oncologia. Como resultado foi constatado à incipiência, no campo da produção de conhecimento, envolvendo a temática do câncer de mama em mulheres negras, bem como o não aprofundamento das questões étnico-raciais. Tal estudo foi fundamental para criar a base teórica dessa pesquisa, ter um olhar mais amplo sobre as desigualdades raciais em saúde e constatar que os problemas enfrentados pela população negra em relação à saúde, não são de hoje, mas sempre estiveram presentes na história de vida dos afrodescendentes.

As relações sociais na formação da sociedade brasileira foram construídas de forma hierarquizada interligando cor da pele, classe (ocupação e renda) e status social (sexo, origem familiar, educação formal, condições de moradia e habitação). O fim do sistema escravista no Brasil, não trouxe consigo a perspectiva de libertação e

inclusão de cidadania para aos descendentes de negros escravizados. O racismo se mantém até a atualidade resistindo a transformações societárias, a globalização, a mudanças de sistema e regimes políticos. O racismo enquanto fenômeno ideológico submete todos sem distinção; revitaliza e mantém sua dinâmica com a evolução da sociedade, das conjunturas históricas e dos interesses dos grupos dominantes. (GUIMARÃES, 2007)

Ao falarmos sobre o racismo, é imprescindível definirmos o que estamos determinando como raça, em função do viés político-ideológico que essa categoria traz em sua construção. Nesse sentido, o conceito de "raça" utilizado nesse trabalho não está baseado na fundamentação biológica, mas sim a um significado sociológico, relacionado a determinada identidade cultural e de como o racismo se construiu e se mantém na sociedade brasileira. Enquanto categoria analítica, a raça é " a única que revela que as discriminações e desigualdades que a noção brasileira de "cor" enseja, são efetivamente raciais e não apenas de "classe". (GUIMARÃES: 1999 apud GUIMARÃES, 2012: p.50)

Assim sendo, acreditamos que raça é uma construção social. De acordo com Hall:

> (...) raça é uma construção política e social. É a categoria discursiva em torno da qual se organiza um sistema de poder socioeconômico de exploração e exclusão – ou seja, o racismo. Contudo, como prática discursiva, o racismo possui uma lógica própria. Tenta justificar as diferenças sociais e culturais que legitimam a exclusão racial em termos de distinções genéticas e biológicas, isto é, na natureza. (2003:p.69)

Assim, raça emerge não apenas como uma ferramenta analítica para tornar inteligíveis os mecanismos estruturais das desigualdades sociais, mas também como instrumento político para a superação das iniquidades históricas existentes no país.

No Brasil o racismo científico se estrutura especialmente após a Abolição em (1888), com base nas teses de inferioridade biológica dos negros e a partir de 1930 se difundirá como matriz para a interpretação do desenvolvimento nacional. Como aponta Jaccoud:

> (...) no Brasil, o início da República não foi marcado pela construção de uma dimensão política formuladora de ideais de igualdade e homogeneidade do corpo social. Ao contrário, foi a teoria do branqueamento que pôde sustentar, durante algumas décadas, um projeto nesse sentido. A ideia de que progresso

> do país dependia não apenas do seu desenvolvimento econômico ou da implantação de instituições modernas, mas também do aprimoramento racial de seu povo, dominou a cena política e influenciou decisões públicas das últimas décadas do século XIX, contribuindo efetivamente para o aprofundamento das desigualdades no país, sobretudo, ao restringirem as possibilidades de integração da população de ascendência africana. O projeto de um país moderno era, então, diretamente associado ao projeto de uma nação progressivamente mais branca. A entrada dos imigrantes europeus e a miscigenação permitiriam a diminuição do peso relativo da população negra e a aceleração do processo de modernização do país. (2008, p.49)

O projeto de branqueamento que se desenvolveu no país previa, progressivamente, a assimilação e dizimação da população negra, tornando a nação branca e ocidental. Uma das principais ideias apresentadas pelos intelectuais da época foi o "mito da democracia racial", onde defendiam a formação de um povo com influências de três grupos diferentes: portugueses, indígenas e negros, resultando numa sociedade mestiça, criando uma imagem de um convívio aparentemente pacífico entre os brasileiros. Essa concepção acaba por desconsiderar os conflitos inter-raciais, onde prevalece a hegemonia e dominação da cultura da população branca.

O processo de miscigenação, baseado na teoria do embranquecimento, traria respostas ao "problema" do negro no Brasil, com seu progressivo desaparecimento. O ideal de progresso estava relacionado não somente ao desenvolvimento econômico, mas ao aprimoramento da população buscando uma predominância branca. A teoria do embranquecimento impossibilitou aos negros a integração na sociedade e contribuiu de forma efetiva para o acirramento das desigualdades na sociedade brasileira, de forma a camuflar os conflitos. A imigração europeia e a miscigenação eram consideradas elementos importantíssimos para a garantia do progresso e da modernização do país.

O processo de modernização do país, especialmente nos anos 1930, foi marcado pelo "mito da democracia racial", que reduziu drasticamente a visibilidade das reivindicações dos problemas coletivos dos negros, que passaram a ser encarados como resultante das desigualdades socais ou então caso de polícia. Isso fica evidente nas palavras de Bernardino, quando afirma que:

> O Mito da democracia racial e o ideal de embranquecimento deram origem a uma realidade social em que a discussão sobre a situação da população negra foi identificada como indesejável e, até mesmo, perigosa. A recusa em reconhecer a realidade da categoria raça, tanto num sentido analítico quanto de intervenção pública, fez do regime de relações raciais brasileiro um dos mais nefastos e estáveis do mundo ocidental. (2002, p.256)

O mito da democracia racial serviu por várias décadas como um eficaz instrumento de dominação e foi determinante para o acirramento das desigualdades raciais. A tese da existência de uma democracia racial foi usada como justificativa para a omissão do Estado na formulação de políticas públicas destinadas a superação das desigualdades raciais no país. Assim, a discriminação é a perpetração, sobre os indivíduos de um determinado grupo social, de uma relação de poder que os exclui, atribuindo-lhes características de menor valor moral, enquanto os membros dos grupos dominantes são investidos de virtudes que faltam aos demais.

> A população negra brasileira sempre conviveu entre a identidade e a diferença, com a construção do ser negro alheia a ele, uma construção embranquecida, eurocentrada, marcada por estigmas nocivos à população negra e esteriótipos negativos, tiveram suas identidades negadas ou afirmadas, sempre foram excluídos e invisibilizados. Pesquisas recentes [Cunha: 2012; Faustino: 2012; Ipea: 2014] sobre índices de desigualdades raciais tendem a revelar o quão distante estão da realidade vivida pelas pessoas que carregam em seus corpos as marcas de ancestralidade africana. Nas sociedades em que manifestações racistas convivem com o discurso da democracia racial, os mecanismos jurídicos que condenam tais atitudes não têm dado conta da magnitude do preconceito e da discriminação racial.
>
> Em todas as esferas da vida social, as populações negras e indígenas são as que mais aparecem em desvantagens socioeconômicas e de representação em espaços de poder e decisão. As pesquisas de Paixão (2003), Silva (2013) e Sotero 2013 retratam essas desigualdades em diversos setores da sociedade como, por exemplo, na educação: são os/as negros/as que ingressam mais tardiamente aos espaços escolares e são os/as que abandonam mais precocemente as salas de aula. Em relação ao acesso à justiça, a desigualdade se mantém. As penas mais duras são aplicadas aos/às negros/as, mesmo quando cometem os mesmos crimes praticados por brancos/as. Jovens negros/as são as maiores vítimas de homicídios no país. Mulheres negras exercem, majoritariamente, os trabalhos domésticos e recebem os mais baixos salários.
>
> Dentro dessa realidade, o movimento negro tem sido historicamente um sustentáculo à resistência social, cultural e política das comunidades afrodescendentes, trabalhando para a libertação do povo negro através de maior visibilidade e criando mecanismo e estratégias de inclusão social. Na análise de

Gomes (2012, p.731), “ao ressignificar e politizar a raça compreendida como construção social, o movimento negro reeduca e emancipa a sociedade e a si próprio, produzindo novos conhecimentos e entendimentos sobre as relações étnico-raciais e o racismo no Brasil, em conexão com a diáspora africana”.

É importante destacar que a menção “negra/negro” que estará presente em todo o corpo de estudo, refere-se às categorias preto e pardo como uma categorização analítica, que toma as duas categorias conjuntamente. Para Osório (2003), o negro sintetiza, estatisticamente, as semelhanças socioeconômicas entre pretos e pardos. Além do que, segundo esse autor, são da mesma natureza as discriminações sofridas pelo negro independente de ser pardo ou preto.

Diante da inexistência desses dados, fruto da discriminação histórica que a população negra sofreu no Brasil e das condições de marginalidade e vulnerabilidade que vivenciam desde a abolição até a atualidade, torna-se imprescindível enfocar a dimensão étnico-racial nos estudos de saúde para, assim, produzir informações básicas que revelem a existência de desigualdades raciais nesse campo.

Este estudo tem como objetivo problematizar os fatores que interferem no acesso de mulheres negras ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Destacando dois eixos: as lacunas da política de saúde na atenção à saúde da mulher negra e as questões específicas de saúde da população negra, considerando aspectos históricos e conjunturais.

Incide sobre a mulher negra uma espécie de dupla discriminação, por pertencer à raça negra e ao gênero feminino. Por isto, a importância de entender e explicar o processo histórico que motivou a discriminação racial no Brasil, assim como, o papel dos movimentos sociais na condução dos direitos em face desta realidade provocativa das desigualdades.

Os estudos consultados apontam para a existência de significativas desigualdades socioeconômicas e raciais quanto ao acesso de mulheres negras à prevenção, detecção precoce e ao tratamento para o câncer de mama. Essa realidade impacta diretamente no processo saúde/doença, reproduzindo diferenças na forma de viver, adoecer e morrer da população negra.

Temos a compreensão que na área da saúde as questões sociais e étnicas estão colocadas lado a lado. Sabemos que o câncer de mama é um elemento biológico e não um elemento cultural, mas nos perguntamos: até que ponto a questão étnica contribui para as desigualdades raciais no diagnóstico e tratamento do câncer de mama?

Essa indagação nos leva a outros questionamentos: A Mulher negra não tem acesso ao diagnóstico precoce por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra não tem acesso ao tratamento por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra é diagnóstica tardiamente por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra tem dificuldade de acessar os serviços de saúde por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher branca e pobre também teria diagnóstico de câncer de mama tardio?

Não temos a expectativa de responder todas essas perguntas, mas espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior compreensão da situação das mulheres negras com câncer de mama e para a criação de estratégias políticas voltadas para a melhoria na qualidade de vida dessas mulheres demandantes do SUS.

O desenho metodológico proposto buscou dialogar com a literatura que trata do tema do câncer de mama em mulheres negras, trazendo elementos que nos permitam pensar a discriminação racial na área da saúde, principalmente, no diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Além da coleta de pesquisa bibliográfica procuramos analisar documentos, mais especificamente, do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da unidade do INCAIII. Também procuramos abordar as lacunas da política de saúde na atenção à saúde da mulher negra, considerando aspectos históricos e conjunturais.

Aqui tomamos a conformação dos modelos assistenciais em saúde, não a partir de uma concepção técnica-normativa que norteia a estruturação da assistência, mas partindo da concepção de que o perfil de oferta dos serviços de saúde expressa arranjos políticos entre atores sociais com graus diferenciados de incorporação de suas demandas no processo de formulação de políticas.

No primeiro capítulo deste estudo procuramos levantar questões a respeito das Políticas Sociais enquanto instrumento utilizados pelo Estado, como também consta uma apresentação, ainda que breve, sobre o debate teórico em torno dessas políticas e sua função em países de capitalismo periférico, mais especificamente do Brasil.

No desenvolvimento do trabalho, foi observada a necessidade de abrir espaço para discussão das transformações ocorridas na sociedade, cujos rebatimentos vão influenciar as políticas sociais.

No segundo capítulo nos detivemos na questão das políticas sociais na área da saúde, enfatizando períodos importantes que influenciam as políticas de saúde. Entre eles o governo Vargas, compreendido entre 1930 a 1945, a ditatura militar e as

mudanças ocorridas com o neoliberalismo, abordamos as conquistas sociais advindas da Constituição de 1988 e a implementação do SUS.

No terceiro capítulo consta de apresentação sucinta do cenário da população negra na formação da sociedade brasileira, que se constitui de forma hierarquizada. Com relação à saúde, apresentamos alguns estudos que demonstram que as mulheres negras estão expostas a tratamentos inadequados e ações insuficientes de cuidados e prevenção em saúde. Enfatizamos também a questão do câncer nas mulheres negras, que é objeto deste estudo.

Embora tenha se tornado necessária a divisão em capítulos específicos para que pudéssemos aprofundar os aspectos a serem enfocados, procuramos manter três eixos condutores: compreender a racionalidade das políticas sociais, enfatizar a importância da criação da política pública de saúde para população negra e compreender a interface com a oncologia, mais especificamente, sobre o câncer de mama em mulheres negras.

No quarto capítulo apresentamos as considerações finais, entendendo que o processo de construção do conhecimento é inacabado e, portanto, tem um caráter permanentemente provisório. E como afirma Minayo (1992), o produto final da análise de uma pesquisa, deve ser encarado de forma provisória e aproximativa.

1 POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Sem buscar uma abordagem exaustiva, que seria impraticável num trabalho como este, procuramos levantar questões a respeito das políticas sociais enquanto instrumentos utilizados pelo Estado. Realizaremos uma apresentação sobre o debate teórico em torno das políticas sociais e sua função em países de capitalismo periférico e nesse estudo focaremos no Brasil. Tal debate reforça a necessidade de travar uma breve discussão sobre o Estado e como este é entendido nesse estudo. A análise aqui desenvolvida não tem a intenção de levantar a historiografia da política pública no Brasil, mas demarcar a entrada do Estado nas questões sociais e como vem atuando nas últimas décadas.

1.1 A Relação do Estado com as Políticas Sociais

> Para que se possa compreender melhor as políticas sociais brasileiras dentro do contexto atual, torna-se importante entender a racionalidade sobre a qual elas se apoiam nessa relação, na medida em que as políticas sociais constituem instrumentos utilizados pelo Estado em sua relação com a sociedade. Em se tratando do Estado capitalista, essas se colocam como mecanismos permeados por contradições e conflitos de interesses. (ABRANCHES, 1989, p:10)

Como o presente capítulo busca levantar algumas considerações sobre política social no Brasil, torna-se importante entendimento do papel assumido pelo termo "Estado" em nossa pesquisa. Este será usado evitando a visão excessivamente economicista que tende a atribuir um papel derivado e "superestrutural" ao Estado e a vê-lo como " aparelho coercitivo" e instrumento de dominação. (SIMIONATTO, 2004, p: 64-66)

Tais formulações aproximam-se muito da sugestão de que o Estado pode se tornar totalmente independente da sociedade e governá-la da maneira pela qual as pessoas que o controlam acham conveniente e sem referência a qualquer força da sociedade distinta do Estado. Se a noção de Estado no pensamento de Marx se apresenta de forma restrita, "isso não minimiza a importância de sua teorização, uma vez que residem nela as raízes que fundamentam o debate sobre a compreensão do Estado na perspectiva marxista". (SIMIONATTO, 2004, p:64)

Uma das principais contribuições de Gramsci para o pensamento marxista foi

a proposição da ideia de que a dominação de classe não se realiza apenas pela coerção, mas é obtida pelo consentimento. Gramsci concluiu que o Estado tinha um papel importante nos campos cultural e ideológico, bem como na organização do consentimento.[2]

Segundo os termos desta proposição, o Estado, tomado por Gramsci numa conceituação ampliada, "não é algo impermeável às lutas de classes, mas é atravessado por elas" (SIMIONATTO, 2004, p:65), a sociedade política organiza a força e a sociedade civil assegura o consentimento. Nesse caso, Gramsci está se referindo a um Estado que coloca os aparelhos de hegemonia política e cultural a serviço da criação e manutenção de um certo tipo de civilização compatível com os interesses das classes dominantes e com as necessidades do desenvolvimento das forças produtivas. Por isso, na visão gramsciana:

> Em qualquer forma de Estado moderno, as funções de hegemonia e dominação, ou coerção e consenso, podem ser apontadas. No entanto, o que permite que a postura do Estado seja menos "coercitiva" e mais "consensual", imponha-se menos pela dominação e mais pela hegemonia, depende da autonomia relativa das estruturas e de como se colocam no interior do Estado as organizações de cada esfera". (SIMIONATTO, 2004, p.69)

Assim, entendemos que o Estado quase nunca é um administrador do bem comum. Quase todas as políticas sociais vêm à tona sob pressão das classes e frações de classe sociais. Também não existe uma separação entre estado e sociedade. O Estado torna-se um conjunto de relações sociais estratificada: é consenso e coerção.

Para Max Weber, o Estado é uma comunidade humana que reivindica com sucesso o monopólio do uso legítimo da violência física em um território determinado. Já Bourdieu, modificando a célebre fórmula de Weber, afirma que o Estado é um *x* (a ser determinado) que reivindica com sucesso o monopólio do uso legítimo da violência física e simbólica em um território determinado e sobre o conjunto da população correspondente. (BOURDIEU, 1996, p:97)

Segundo Bourdieu (1996, p:97) "[...] tentar pensar o Estado é expor-se a assumir um pensamento de Estado, a aplicar ao Estado categorias de pensamento produzidas e garantidas pelo Estado e, portanto, a não compreender a verdade mais fundamental do Estado". Para compreender a afirmação acima precisamos estar

[2] SIMIONATTO, op. cit., p.64-66.

municiados com o conhecimento de um dos poderes principais do Estado, o de produzir e impor (especialmente por meio da escola) as categorias de pensamento que utilizamos espontaneamente a todas as coisas do mundo, e ao próprio Estado. Bourdieu afirma que:

> Para termos alguma probabilidade de pensar um Estado que se pensa mesmo através daqueles que se esforçam para pensá-lo (como Hegel ou Durkheim, por exemplo), é preciso tratar de colocar em questão todos os pressupostos e todas as pré-construções inscritas na realidade que se trata de analisar e no próprio pensamento dos analistas. (BOURDIEU. 1996, p:97)

É no domínio da produção simbólica que particularmente se faz sentir a influência do Estado. O poder simbólico surge como todo o poder que consegue impor significações e impô-las como legítimas. Os símbolos afirmam-se, assim, como os instrumentos por excelência de integração social, tornando possível a reprodução da ordem estabelecida. Se o Estado pode exercer uma violência simbólica é porque ele se encarna tanto na objetividade, sob a forma de estruturas e de mecanismos específicos, quanto na "subjetividade" ou, se quisermos, nas mentes, sob a forma de estruturas mentais, de esquemas de percepção e de pensamento. A instituição instituída faz com que se esqueça que resulta de uma longa série de atos de instituição e apresenta-se com toda a aparência do natural.

Entenderemos o termo Estado neste trabalho a partir da concepção ampliada de Gramsci, "hegemonia revestida de coerção", porém, somaremos a ela a concepção de Bourdieu do Estado como resultado de um processo de concentração de diferentes tipos de capital: capital de força física ou instrumentos de coerção (exército, polícia); capital econômico; capital cultural, ou melhor, de informação; capital simbólico, concentração que, enquanto tal, constitui o Estado como detentor de uma espécie de "metacapital", com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores.

Intimamente ligado ao conceito de Estado está o conceito de ideologia, integrante do campo da produção simbólica, que também permeia nossa pesquisa. Evitaremos entrar no mérito de um debate sobre os variados conceitos do termo ideologia, buscaremos expor abaixo qual sentido esse termo assume nesse trabalho. Gramsci (rejeitando explicitamente uma concepção negativa do termo) propõe uma distinção entre "ideologias arbitrárias" e "ideologias orgânicas", concentrando seu interesse nestas últimas. Nesse sentido a ideologia para Gramsci (1978, p: 16), é "[...] uma concepção do mundo implicitamente manifesta na arte, no direito, na atividade

econômica e em todas as manifestações da vida individual e coletiva". Assim, a ideologia é mais do que um sistema de ideias, ela também está relacionada com a capacidade de inspirar atitudes concretas e proporcionar orientação para a ação. A ideologia está socialmente generalizada, pois os homens não podem agir sem regras de conduta, sem orientações. Portanto, a ideologia torna-se "[...] o terreno sobre o qual os homens se movimentam, adquirem consciência de sua posição, lutam etc." (GRAMSCI, 1978, p:16)

A reflexão de Gramsci no campo da ideologia a coloca num terreno tencionado permanentemente pela luta de classes. A reflexão teórico-política de Gramsci ressalta que, no campo da ideologia, há uma permanente relação de trocas e disputas, materiais e simbólicas. Embora esse tráfego seja de "mão dupla", não se pode deixar de ressaltar, contudo, que as classes subalternas, pela posição estrutural desvantajosa que têm face ao controle dos meios de produção material e simbólica, nem sempre têm condições de tirar reais proveitos desse processo de apropriação/ressignificação. Como o campo da ideologia é um terreno tencionado permanentemente pela luta de classes e nele existe uma permanente relação de trocas e de disputas, materiais e simbólicas.

Nesse sentido, parece importante considerar os fatores que identificam as origens e as particularidades históricas das políticas públicas, na medida em que são colocadas na perspectiva da efetivação do papel do Estado em suas relações com a sociedade. É importante entender que o Estado no campo de sua ação social, tem por função intervir atendendo aos interesses da acumulação, bem como da garantia de direitos e cidadania. Assim sendo, pode-se constatar com Behring; Boschetti que a:

> Generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX.
> O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferente entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composições de força no âmbito do Estado. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.64)

O Estado brasileiro nasce sob "signo de forte ambiguidade entre liberalismo formal como fundamento e o pratrimonialismo como prática no sentido da garantia de

privilégios das classes dominantes"[3], a política social, no Brasil, se desenvolve na dinâmica própria da configuração do Estado.

Vários autores são unânimes em situar o final do século XIX como período em que o Estado capitalista passa a assumir e realizar ações sociais de forma mais ampla, planejada, sistematizada e com caráter de obrigatoriedade. Como também, existe priorização do campo econômico em detrimento de investimentos em áreas sociais. No Brasil, historicamente, a realidade é de uma ampliação cada vez maior de segmentos sociais necessitados da intervenção estatal.

Então podemos dizer que as políticas sociais consistem em estratégias do Estado brasileiro voltadas muito mais para o desenvolvimento econômico. Essa tendência na configuração estatal contribui para o delineamento de um modelo de intervenção do Estado, que vem provocando um aumento nas desigualdades sociais. Utilizando-se do pensamento de BEHRING e BOSCHETTI (2009) ao observar a relação entre Estado e política social, dizem que o compromisso político, impresso na ação do Estado, definirá se a política social será apenas reflexo e legitimação do status quo ou efetivo instrumento de mudança social. Dizem ainda as autoras que:

> O Estado, diga-se, o fundo público, na perspectiva Keynesiana, passa a ter um papel ativo na administração macroeconômica, ou seja, na produção e regulação das relações econômicas e sociais. Nessa perspectiva, o bem-estar ainda ser buscado individualmente no mercado, mas aceitam intervenções do Estado em áreas econômicas, para garantir a produção, e na área social, sobretudo para pessoas consideradas incapazes para o trabalho: idosos, deficientes e crianças. Nessa intervenção global, cabe, portanto, o incremento das políticas sociais. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.86)

Trata-se aqui de uma concepção de política social situada no contexto de um Estado interventor no campo do Bem-Estar-Social, cuja característica central seria a universalização de direitos sociais por um lado ou mesmo na perspectiva de complementação de renda voltada à garantia de padrões mínimos de bem-estar.

Nesse sentido, a intervenção do Estado no campo social deve ser entendida sob um duplo aspecto: de um lado como resultante do processo de acumulação do capital e de outro lado, permitir a legitimidade do Estado e do próprio sistema ao buscar amenizar os conflitos sociais inerentes às relações capitalistas.

Esse entendimento nos remete a tecer algumas considerações teóricas sobre a configuração das políticas sociais em nossa sociedade. É necessário examinarmos

[3] (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p:75)

ainda, que numa visão panorâmica a importância de aspectos históricos sobre como as políticas sociais vêm sendo implantadas nas diferentes conjunturas desde à década de 30 até os dias atuais.

1.2 A Era Vargas e sua Importância para as Políticas Sociais

A intensificação do capitalismo industrial no Brasil, que a Revolução de 1930 acabou por representar, determinou consequentemente o aparecimento de novas exigências no cenário político, econômico, social e educacional. Se antes, na estrutura oligárquica as necessidades de saúde e educação não recebiam atenção maior por parte do Estado, o novo contexto socioeconômico implantado na década de 30, veio modificar o quadro das aspirações sociais, em matéria de educação e saúde e, em função disso, a ação do próprio Estado.

A chamada era Vargas é um momento extremamente rico na evolução de nossa história. Nele ocorrem importantes mudanças econômico-sociais, podendo-se afirmar que foi em seu bojo que o Brasil lançou as bases para se transformar de uma sociedade agro-exportadora numa economia industrial. Foi nesse período que se consolidou a prática da intervenção estatal na economia e se promoveram as primeiras experiências de planejamento centralizado. Acentuou-se enormemente o processo de urbanização, perdendo o Brasil sua fisionomia de país essencialmente rural, provocando processos migratórios intensos.

A Revolução de 30 marca a emergência de novas elites políticas e a renovação do quadro institucional e administrativo. O período viu nascer três Constituições e experimentou fases de democracia parlamentar e de ditadura, de centralização política e de polarização de forças. Ampliou-se consideravelmente a participação popular na política, embora não se tenha quebrado de todo a antiga exclusividade das oligarquias estaduais. Sobrevivem na nova fase muitos fenômenos do Brasil arcaico, como o coronelismo, o patrimonialismo, o mandonismo etc. A presença das camadas médias ganhou novos contornos, a questão social é finalmente reconhecida como questão política, há uma mudança no perfil do trabalhador que contribuirá para aumentar sua participação nos espaços que ocupam, enquanto sujeitos na relação de poder.

Alguns autores como Bravo (2011), Draibe (1990), Fonseca (2007), Oliveira e Teixeira (1989) identificam que no Brasil, a política social com caráter público surge a partir de 1930, quando o Governo brasileiro começa a exercer forte domínio, não

somente na política econômica, como também na política social, ou seja, nas questões sociais que se transfiguravam como questão legal.

Foi durante o governo de Getúlio Vargas que se formalizaram e estruturaram o que chamamos de “políticas públicas”, figurando a educação, saúde e trabalho numa posição de grande relevância, sendo alvo de cuidados especiais, como a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, além de várias implementações no setor, dentre as quais estão as Reformas de Francisco Campos e Gustavo Capanema

Antes de 1930, praticamente não existia a política social pública. Porém, a partir de 1920, já se percebe algumas iniciativas que representavam um pouco características de âmbito estatal. Nesse período, a assistência aos pobres existia fora do Estado, entregue às pessoas ligadas a igreja ou a organizações filantrópicas. Ocorre aí a diferença, pelo menos teoricamente, entre assistencialismo enquanto benefício e assistência pública enquanto direito: a assistência é realizada através da transferência de recursos de um cidadão para outro; na medida em que o Estado assume para si a responsabilidade dessa assistência, trata-se de um direito, porque aquele cidadão, que está precisando de assistência, já pagou por ela.

Desta maneira, o Governo muniu-se de toda uma burocracia para formulação e aplicação de política de regulação, distribuída por diferentes planos: o da regulação do mercado do trabalho e do processo do trabalho através da legislação trabalhista, política salarial, regulamentação da jornada de trabalho; a normatização da atividade política através da organização e controle sindical, a legislação do direito à greve etc. Também foram criadas as políticas de saúde, habitacional e educacional. A entrada do Estado na organização dessas questões se constitui em um divisor de águas para o desenvolvimento brasileiro. “ É obvio que o Estado existia antes. Mas nunca havíamos tido um Estado interventor e reformador. É isso que o Estado Novo e a figura de Getúlio Vargas significam”.(SOUZA, 2017, p.110)

A política trabalhista dessa época se caracterizava por ser parcial e seletiva. Isto significa que as leis e decretos eram criados e regulamentados de forma parcial, atendendo às reivindicações isoladas e nunca às questões trabalhistas e sociais como um todo. Seu aspecto seletivo se refere ao fato de não atingirem muitas vezes uma categoria profissional em sua totalidade, sendo aplicadas apenas aos empregados de certa empresa ou certas instituições, dependendo do grau de organização e de pressão dos empregados. Trata-se de uma tentativa de dar direitos ao trabalhador como maneira de “comprar” seu apoio a um sistema político e incorporá-lo ao sistema de

dominação. Como ressalta Draibe,

> a ênfase na modernização da estrutura produtiva, na acumulação industrial e na regulação social, pelo Estado, via "cidadania regulada"[4] acabou condicionando, de um lado, a estrutura de desigualdades que, entre nós, marcou o processo de desenvolvimento econômico. E, de outro, condicionou, em grande medida, a estrutura do conjunto político entre dominantes e dominados, com predomínio de práticas de cooptação e repressão mediadas pelo Estado. (1990:19)

O Estado intervém na Previdência Social no sentido de possibilitar a constituição de reservas que passarão a financiar os projetos do setor industrial, através dos mecanismos criados pela estrutura sindical e previdenciária. Assim, o Estado passa a controlar as reivindicações das massas trabalhadoras, arrecadando e dirigindo os recursos necessário para o desenvolvimento do capital.

Podemos dizer que o período iniciado após a Revolução de 30, teve como característica o desenvolvimento das condições sociais, econômicas e políticas necessárias para que a indústria se constituísse em um elemento básico da acumulação capitalista brasileira. Isto implica não apenas numa articulação entre os setores da economia, como a uma nova correlação de forças sociais.

A literatura vem mostrando que nesse processo de articulação, o Estado tem desempenhado papel marcante tendo como principal tarefa criar e garantir condições prévias econômicas, sociais e políticas para o desenvolvimento. É nesse período que se articula um novo pacto constituído pelo setor da classe dominante ligado aos interesses industriais de algumas oligarquias, à classe média e ao incipiente operariado urbano. Segundo Souza

> Vargas constrói o fundamento de uma ordem capitalista industrial tanto na economia quanto na política. A partir desse esforço, temos um mercado e um estado mais vigoroso no Brasil. Não seria exagero dizer que, a partir de Vargas, o "Brasil moderno" tem uma estrutura de classes e de relações de poder que, malgrado modificações e variações históricas supervenientes, nos caracteriza até hoje.
> Mas Vargas não toca na questão decisiva da ralé de novos escravos nem no campo nem na cidade. Seu norte é a construção de uma ordem capitalista competitiva e seu público cativo - e mais tarde sua base eleitoral – vai ser formado pelos trabalhadores urbanos qualificados e semiqualificados, que se tornam o segmento mais importante, ainda que não mais numeroso, das classes populares ascendentes. Sua outra base de apoio, ainda que ambígua

[4] Expressão desenvolvida por SANTOS, Wanderley Guilherme dos. Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1987. O autor define o Conceito de Cidadania Regulada – "Cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, o que, ademais, tal sistema ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer ocupação reconhecida e definida em lei".

> e inconfiável, é uma burguesia industrial nascente. (SOUZA, 2017, p. 111)

No segundo governo de Vargas, que vai de 1951 a 1955, a correlação de forças se apresenta bastante diferenciada em relação ao período de 30/45. A política econômica continua tendo como pressuposto implícito e explícito o projeto de um capitalismo nacional, enquanto a política social era de natureza trabalhista, reduzida a um conjunto de deliberações predominantemente setoriais na educação, saúde pública, habitação popular, previdência social e assistência social. A política social se caracteriza como desmobilizadora, uma mobilização controlada por Vargas e pela máquina estatal.

1.3 Configurações das Políticas Sociais após 1945

O período de 1945 a 1964 a economia industrial passa a predominar. Nesse contexto de industrialização a intervenção do Estado favorece o surgimento do novo padrão de acumulação capitalista, em que a integração entre agricultura e indústria consolidam uma primeira fase do capitalismo industrial brasileiro. (SILVA, 1989, p. 24). Esse período promoveu uma verdadeira revolução do subsistema econômico brasileiro. Tal transição implicou uma série de reajustes e recomendações econômicas, sociais, políticas e culturais, levando o Estado a desempenhar papéis novos e decisivos na reorientação, no funcionamento e na diversificação da expansão do país.

No governo de Juscelino Kubitschek (1955/1960), existe a possibilidade das massas populares participarem na luta política, mas com limites bem definidos e muito mais estreitos do que no período getulista. Cada vez mais a participação da população vai sendo restringida e a política econômica sempre preponderou sobre a política social. O seu principal projeto era criar um país do futuro, desenvolver 50 anos em 5.

O programa de governo de Juscelino era orientado pelo projeto de capitalismo dependente, que implicava o reconhecimento das conveniências e exigências de interdependências das ações capitalistas sob a hegemonia dos Estados Unidos. De fato, no período pós II Guerra Mundial, são desenvolvidos grandes projetos nacionais nos campos da indústria automobilística, na mecânica pesada, rodovia etc. Metas desse porte econômico promoveram o desenvolvimento urbano-industrial e econômico, cujos impactos para a sociedade foram diferenciados em

termos do favorecimento da concentração acentuada de renda, em detrimento das condições sociais da população trabalhadora. Esse é um assunto amplamente discutido na literatura, dispensando aqui maiores aprofundamentos. O que importa é examinar o papel do Estado para além das necessidades de reprodução capitalista e mais: observar quais os efeitos desses processos para a população brasileira, com ênfase nas políticas sociais especialmente no campo da saúde, área de concentração deste estudo.

A política social consistia numa série de decisões setoriais e, geralmente, intervenções de emergências. Juscelino interveio principalmente na área de saúde pública e um dos seus atos principais foi a criação da Lei Orgânica da Previdência Social e desenvolvidas algumas atividades voltadas para soluções de problemas sanitários.

Ao examinar as conjunturas históricas nas décadas de 60/70, podemos observar que durante o governo de João Goulart no ano de 1963, os problemas políticos e econômicos que caracterizavam a situação brasileira se agravaram, principalmente com o advento da renúncia de Jânio Quadros.

O governo de João Goulart caracterizou-se como um período de ascensão dos movimentos sociais, em particular os movimentos rurais. As reformas propostas por João Goulart produziram alguns resultados, em termos de conquistas para os trabalhadores. Uma delas foi a criação do Estatuto do Trabalhador Rural, organizando a sindicalização rural.

Assim, podemos dizer que, nos anos de 45 a 64, a política social constituiu-se premente, numa estratégia de mobilização e de controle das populações carentes por parte do Estado, mas por outro lado, foram obtidos um conjunto de direitos da população perante o Estado. O que não significa autonomia e liberdade desses na defesa de direitos, como sustenta Guimarães:

> No plano das políticas sociais, cujo sustentáculo se manteve calcado na máquina previdenciária, o que se observa é a reprodução dos mecanismos de cooptação e controle das massas assalariadas, através da distribuição de benefícios sociais a segmentos selecionados da classe trabalhadora. (GUIMARÃES,1993, p.6)

Além disso, a previdência social apresentou ao longo dessas décadas, fundamentalmente como o resultado de um sistema de contribuições diferenciadas pelas diversas categorias profissionais e não como um direito de toda a sociedade. O

sistema previdenciário nesse período refletiu, então, o padrão de "cidadania regulada"[5] que se iniciara com o primeiro governo de Getúlio Vargas.

Cabe aqui um breve relato do surgimento e as características da previdência social no Brasil. O Estado surgido após a Revolução de 1930, necessitava ter o apoio do empresariado urbano e das classes trabalhadoras e foi obrigado então a regular as relações entre capital e trabalho impossibilitando que aflorassem antagonismos profundos. E quem receberá os benefícios desta previdência?

A legislação trabalhista sindical e previdenciária, a partir de uma estrutura corporativista, permitiu que durante 15 anos se acionassem mecanismos eficientes de controle e ao mesmo tempo de mobilização dos trabalhadores, evitando o conflito direto entre capital e trabalho. As reivindicações das classes trabalhadoras deveriam ser atendidas, tais como férias, limitação da jornada de trabalho, previdência social, organização sindical, mas sem que isto representasse uma agressão ao empresariado.

A partir de 1931, as organizações profissionais passam a ser ligadas ao Estado, ampliam-se os direitos sociais e o sistema previdenciário ganha um grande impulso com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões destinados às categorias profissional. Vários autores entre eles Oliveira e teixeira (1989), observando a sequência de criação dos Institutos, consideram que acompanhou tanto a ordem de importância econômica das diferentes categorias profissionais quanto o poder de pressão e organização dessas categorias. O que levou a criação de vários Institutos e legislação específica para cada categoria profissional. Porém, tais direitos não estavam disponíveis para todos, beneficiavam somente os que mantinham vínculos empregatício, através da carteira de trabalho.

O governo inaugurado em 1930, embora tenha-se deparado com grandes dificuldades financeiras nos seus primeiros anos de existência encontrou, na estrutura criada para a previdência social, a possibilidade de conciliar as reivindicações dos trabalhadores com as medidas necessárias para enfrentar as dificuldades econômicas; o Estado contribuía para a previdência social com os recursos que obtinha da arrecadação de taxas de previdência. Esses recursos, não entregues diretamente às instituições previdenciária, tornaram-se um importante instrumento de acumulação de capital em mãos do Estado, que em grande parte lhes dará outras destinações. Essa

[5] SANTOS, op. cit.

sistemática perdurou praticamente até a década de 60.

A partir de 1943, o tema da previdência social assumiu grande importância política. O retorno de Vargas em 1950 foi acompanhado da retomada do tema da legislação social. Comentando a importância que a Previdência Social adquiriu no jogo de forças políticas desse período, vários estudos ressaltam que seus serviços e benefícios não só mobilizaram os trabalhadores em torno de reivindicações que lhes possibilitassem maior participação no consumo dos bens e serviços produzidos pela sociedade brasileira, mas também a previdência social apresentou-se como um núcleo a partir do qual se discutiam a participação mais geral dos assalariados no processo político em desenvolvimento no país.

Todos os movimentos que começaram a germinar ou a emergir nos anos 60, foram de certa forma estancados, esmagados, com o golpe de 64. O Estado autoritário passa a adotar diretrizes econômicas no sentido de deflagrar novo surto de processo e construção de uma nova sociedade brasileira, baseando-se no modelo de desenvolvimento excludente.

Este período é marcado por investimento incontestável por parte do Estado no crescimento econômico, através de forte concentração de renda e em clima de permanente repressão às classes trabalhadoras. As políticas sociais pós-64 tiveram uma função mais de legitimação do poder do que de reprodução da força de trabalho. Caminhou-se na direção de uma lógica voltada aos interesses econômicos-corporativos do empresariado privado que atuava nesta área.

A partir de 1964, o papel do Estado é redefinido, e sua intervenção na economia se expande para todas as esferas da vida social, através da articulação do tripé empresas estatais- empresas multinacionais- empresas nacionais, com franca hegemonia das duas primeiras.

O Estado investe maciçamente na criação de condições gerais para a acumulação dentro do novo quadro de dependência, que começa a se configurar a partir de meados da década de 50. A centralização do poder e dos instrumentos de regulação econômica em segmentos da burocracia estatal permite implantar mudanças significativas na gestão da força de trabalho, basicamente através da intervenção nos sindicatos e na repressão às atividades reivindicativas.

Agora, já no sistema de políticas sociais desenvolvido ao longo do período autoritário, que se instalou a partir do golpe militar de 1964, rompeu com padrão corporativista vigente do populismo, engendrando um modelo de cooptação calcado

não mais no atendimento aos interesses de uma burocracia sindical atrelada ao Estado, mas sim, na incorporação de determinados indivíduos e grupos empresariais.

A posição das políticas sociais no contexto das prioridades governamentais caracteriza-se pela implementação de um novo conceito de eficiência no qual os interesses econômicos prevalecem sobre os interesses sociais. Como reflexo disto, as políticas governamentais nas áreas de bem-estar coletivo, como saúde pública, saneamento, educação e habitação têm pequeno destaque na agenda governamental: ou são objeto de formulações de caráter discutível, como é o caso mais explícito da política habitacional e previdenciária. Deste modo não se altera o perfil de desigualdade social dominante, o que somado à compreensão salarial e ao desemprego, configuram um crescente agravamento das condições gerais da população. De acordo com Guimarães (1993:7) "(...)a política social foi percebida como um apêndice do desenvolvimento econômico. A ação estatal destinou-se, fundamentalmente, a propiciar condições favoráveis ao florescimento do setor privado".

Assim, o período do regime autoritário faz com que haja uma crescente perda da legitimidade do Estado, que buscará novos mecanismos de articulação e intervenção a partir de pressupostos pautados pela construção de uma nova institucionalidade política que recoloca as relações entre Estado e demandas sociais.

> A abertura gradual do regime permitiu o revigoramento da sociedade em torno de pleitos por democracias(...) proliferaram-se associações profissionais, estudantis, pastorais, etc, que desencadearam movimentos reivindicatórios significativos, estimulando a discussão na sociedade dos efeitos perversos do modelo econômico adotado, da ampliação das desigualdades sociais e da necessidade de participação dos diversos segmentos sociais nas decisões do Estado (GUIMARÃES,1993, p.8)

Nesta perspectiva, ao longo da década de 80, observou-se um conjunto de transformações no campo das políticas sociais. Este período é marcado por uma intensa mobilização de segmentos da sociedade civil em busca da ampliação dos direitos políticos e sociais, principalmente, através da criação de novas formas associativas e da revitalização dos partidos políticos.

Tal mobilização por parte dos diversos segmentos sociais provocaram a inclusão de interesses e aspirações da sociedade na nova Constituição de 1988, cujo instrumento legal maior ampliou, consideravelmente, a esfera dos direitos sociais e os estendeu a categorias sociais menos favorecidas, não contempladas nas constituições

anteriores, como foi o caso da população negra. Retornaremos esse assunto no próximo capítulo.

Criou-se um novo perfil nas relações trabalhistas, determinando maior comprometimento do Estado e da sociedade no financiamento dos gastos sociais e instituiu a descentralização das atribuições e responsabilidade de intervenção na área social nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Dessa forma, constata-se alterações substantivas no campo dos direitos sociais. A Constituição de 1988 consagrou novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos a nível de definições, alteram alguns pilares básicos do padrão anterior de Estado de bem-estar no Brasil. (DRAIBE, 1990)

Mas o que observamos é que seus desdobramentos atuais caminham a reboque dessas conquistas, haja vista as novas formas de regulamentação econômica, política e social imposto pelo novo padrão de acumulação capitalista, que desde dos anos 90 estão sendo marcados pela hegemonia da proposta neoliberal que prevê a realização de ajuste estrutural, que supõe a estabilidade de preços e a reorganização das contas fiscais internas e externas. A reforma do Estado que, ao alterar suas relações em seus processos de intervenção, promove transformações profundas em todos os campos da vida social.

O grande debate a que se assiste hoje sobre a proposta neoliberal de política social refere-se, no caso brasileiro, à compatibilização do padrão de proteção social de caráter universalista previsto na Constituição, ao receituário neoliberal, que ao contrário, propõe a focalização das ações públicas na área do bem-estar. Essas reordenações jurídico-políticas e institucionais criam necessidade de revisões sobre os parâmetros de análises utilizados, no sentido de produzir-se novas formulações no campo analítico das políticas sociais.

Dentre alguns autores que vêm investindo intelectualmente na análise das políticas sociais, especialmente no Serviço Social, destacam-se Elaine Behring e Ivanete Boschetti (2009). Preocupadas em discutir teoricamente as políticas sociais brasileiras, debruçam-se sobre as diferenças das políticas sociais no capitalismo avançado e nos países periféricos, bem como descrevem como surgem e quais as funções ideológicas dessas políticas sociais em nossa sociedade.

Seguindo a análise dessas autoras, nos países avançados se consegue garantir o acesso a certos bens e serviços, enquanto direitos de cidadania. Há todo um discurso de igualdade, onde as oportunidades são iguais para todos, não havendo discriminação

em nenhum aspecto (racial, físico, religioso etc.). Nesses países, se desenvolveu o que convencionou-se chamar de Welfare State[6] ou Estado do Bem-Estar, que se configura na garantia, por parte do Estado, de serviço e prestação de benefícios mínimos para todos.

No Brasil, outros estudos nessa direção explicitam argumentos sobre questões relativas à pobreza, onde essa é colocada como necessária na manutenção de sociedades balizadas na exclusão social, econômica e política. Não podemos deixar de mencionar aqui as formulações de Abranches sobre esse assunto, quando diz que:

> Pobreza é destituição, marginalidade e desproteção. Destituição dos meios de sobrevivência física; marginalização no usufruto dos benefícios do progresso e no acesso às oportunidades de emprego e consumo: desproteção por falta de amparo público adequado e inoperância dos direitos básicos de cidadania, que incluem garantias à vida e ao bem-estar. (ABRANCHES; SANTOS; COIMBRA, 1989, p:16)

Cabe lembrar também que essa camada da população constitui a demanda de ação para o Serviço Social. Em geral as famílias pobres dependem de assistência governamental e da benemerência privada. No caso dos serviços de saúde, diante da escassez de recursos e dificuldades de acesso, acabam recorrendo apenas em situações de doenças manifestas.

Mesmo com um discurso de igualdade, as políticas sociais não estão voltadas para alterarem a distribuição de renda no país. Servem, no entanto, para garantir e manter a subsistência mínima do indivíduo que dela depende, como também o próprio processo de acumulação. Esse é um assunto polêmico, que não pode ser desenvolvido nos limites deste trabalho, o que demandaria uma pesquisa mais aprofundada. Interessa apenas observar que historicamente a lógica do sistema capitalista no Brasil tem sido promover aumento nas desigualdades sociais como apontam os estudos Behring, Boschette (2009); Draibe (1990); Faleiros (1986) pois, os níveis de concentração da produção, da renda e o consumo encontram-se nas mãos de uma minoria.

Segundo os autores (BARROS. FOGUEL. ULYSSEA, (2007); CUNHA, G. P. (2006), no período de 2001 a 2005 o grau de desigualdade de renda no Brasil declinou de forma acentuada. Porém apesar dessa importante redução, a desigualdade

[6] Ver Bering 2009

no País permanece extremamente elevada e, mesmo com o ritmo acelerado com o qual vem declinando, “seriam ainda necessários mais de vinte anos para que atingíssemos níveis similares aos da média dos países com um mesmo grau de desenvolvimento que o nosso”. (IPEA, 2006, p.108)

Sabe-se, por outro lado, que o acesso a bens e serviços sociais implementados nos diversos países não ocorre de uma forma homogênea e igual, mas variam de acordo com conjunturas políticas e pressões sociais.

Isto fica evidente quando analisamos as políticas sociais nos países de capitalismo periféricos, como o Brasil. Em função da profunda desigualdade de classe e racial e a miserabilidade da população, as políticas sociais não são de acesso universal, pois possuem um caráter setorial, focal e excludente, voltadas para certas categorias especificas. Não conseguindo assim, satisfazer as necessidades primárias ligadas à sobrevivência e nem reconhecer as desigualdades sociais e raciais desse conjunto da população que se encontra em situação de vulnerabilidade social.

Segundo Faleiros (1986), nesses países o capitalismo não consegue atingir a um estágio do Welfare State; o acesso a bens e serviços não se dá pela igualdade de direitos dos cidadãos, mas sim pela exclusão e de forma clientelística e por favoritismo político. Para exemplificar essa lógica, utilizamos as formulações de Faleiros quando descreve as políticas sociais como:

> (...) mecanismo de relação e articulação de processos políticos e econômicos onde os processos políticos de obtenção do consentimento do povo, da aceitação da ordem social estão vinculados aos processos econômicos de manutenção do trabalhador e das relações de produção das riquezas. (FALEIROS,1986, p.33)

Nesse sentido, as políticas sociais capitalistas, além de manter o trabalho e não contrariar o processo de lucratividade das empresas, devem garantir o retorno ao trabalho da mão-de-obra incapacitada para seu exercício, como acontece nos casos de doença e acidente. O trabalhador doente e acidentado recebe assistência médica com objetivo de recuperar-se e voltar à produção.

Como assegura o mesmo autor, no contexto das políticas sociais o Estado passa a atuar como intermediador entre a acumulação e a força de trabalho. O Estado entra nesse jogo para manter essa relação. “O Estado não se encontra fora ou acima da sociedade, mas é atravessado por forças e lutas sociais que condicionam a articulação das exigências econômicas e dos processos em cada conjuntura”.

(FALEIROS, 1986, p. 57)

Tanto nos países avançados como nos periféricos o Estado possui papel estratégico para o desenvolvimento do capitalismo, porém não se pode afirmar que seja um instrumento das camadas dominantes. Uma análise sobre política social no sistema capitalista impõe levar em conta não só a dinâmica de reprodução desse sistema, como as respostas ou movimentos das classes trabalhadoras inseridas nessas relações. É o Estado quem garantirá o processo de acumulação, utilizando-se de políticas sociais como instrumentos de busca de consenso e legitimidade de seu papel na sociedade, na mediação dos interesses das classes sociais.

Entendemos assim que o Estado não se constitui num bloco hegemônico, mas sim um campo de batalha entre diferentes interesses. Onde muitas vezes, dependendo da correlação de forças deverá atender a pressão da classe dominada. Dentro dessa lógica podemos usar a concepção de Faleiros quando aborda que o " Estado não é um árbitro neutro, nem um juiz do bem-estar dos cidadãos. Nem é um instrumento, uma ferramenta nas mãos das classes dominantes, para realizar seus interesses". (FALEIROS, 1987, p. 46)

As políticas são frutos das lutas dos trabalhadores e das reivindicações sociais, que são apropriadas pela classe no poder e repassada de uma forma que atendam às demandas reivindicadas, mas de modo que não afetem o percurso do capital. Dessa forma, Behring; Boschetti afirmam que:

> A generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64)

O Estado além de manter a forma mercantil da economia, a acumulação do capital e sua legitimidade política junto à população, também abre espaço de acordo com a conjuntura, para o desenvolvimento da força produtiva e de relação de força, entre o grupo popular e o do poder. E diante da pressão, muitas vezes terá de abrir espaços para abarcar reivindicações da classe dominada. Cria-se com isto um jogo desequilibrado na guerra de forças sociais, onde quem estiver organizado e com instrumentos eficazes de pressão terá maior probabilidade de obter uma ação do Estado em seu benefício.

Assim, as políticas sociais dentro dessa lógica, trabalham a favor da acumulação e em detrimento da satisfação das necessidades sociais básicas da população. É importante frisarmos que as políticas sociais só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações sociais dessa mesma estrutura, pois elas estão inseridas no próprio capitalismo.

A política social é um dispositivo do capitalismo que atende duas demandas: tanto da classe dominada como a do capital, isto regulado pelo Estado que visará no limite a acumulação capitalista. O que podemos afirmar que as políticas sociais brasileiras, mostram-se construídas por programas pouco eficientes e eficazes no combate ao quadro de pobreza da população.

Percebemos que a literatura consultada não nega o caráter contraditório das políticas sociais, mesmo estando subordinadas a interesses econômicos e políticos, elas não se constituem como uma forma homogênea. Pois, adquirem um caráter ambíguo e contraditório, na medida que englobam os diversos interesses da sociedade. Assim, é a partir das incorporações de demandas da classe menos favorecida que o Estado passa a produzir direta ou indiretamente serviços necessários a sobrevivência dessa parte da população.

É a partir desses espaços que as “minorias” traçam um diálogo com o Estado e somente a partir de sua organização poderão fazer desses espaços de conquistas e direitos, acessos a serviços que de uma maneira ou de outra tendem a ser negados. Espaços estes de luta, confronto e expansão de direitos.

No capítulo seguinte buscamos traçar um panorama histórico das políticas de saúde, como se deu sua organização e que está presente até os dias de hoje.

2 POLÍTICA DE SAÚDE: RESGATE HISTÓRICO

Esse capítulo destina-se a abordar as políticas sociais na área da saúde, enfatizando períodos importantes que marcaram esta implantação Brasil e que encontramos até os dias atuais, entre eles o governo Vargas, compreendido entre 1930 a 1945, a ditatura militar e as mudanças ocorridas com o neoliberalismo. Realizamos mais especificamente, um relato histórico das conquistas de 1988 onde ocorre a promulgação da "Constituição Cidadã", a criação do SUS e como incorporou algumas demandas do movimento negro

2.1 Saúde no Período de 1930 a 1945

Para abordarmos as políticas públicas de saúde no Brasil, não podemos deixar de explorar alguns aspectos que marcaram o primeiro Governo Vargas (1930-45), compreendendo esse período como um marco na história do Brasil. A partir de 1930, a política social passa a ser incorporada como dever do Estado, discussão já realizada no capítulo anterior. Antes desse período, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal.

A sociedade brasileira, a partir da década de 1930, vivencia um momento histórico marcado pelo processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de respostas às reivindicações dos trabalhadores. As questões sociais, englobando as de saúde que já apareciam na década de 1920, necessitavam de um novo enfrentamento por parte do Estado, que passaria a tratá-las como questões políticas. O que requer intervenção estatal e criação de novos aparelhos que englobassem as demandas dos assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação.

Para embasar essa trajetória histórica utilizamos o trabalho de Cristina M de Oliveira Fonseca (2007) que traz contribuições importantes sobre a política de saúde formulada nesse período, identificando-a com um caráter nacional, organizada com a distinção entre os serviços de saúde destinados ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e os destinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Tal separação, na análise da autora, "foi responsável pela construção de dois

formatos institucionais diferenciados de inclusão social – um corporativo e outro mais próximo de parâmetro universal¨. (FONSECA, 2007, p.26)

A política social, a partir de 1930, vai sendo incorporada enquanto uma função do Estado, fortalecendo a ideia do Estado como principal agente implementador de políticas sociais. A criação do Ministério da Educação e Saúde, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e a elaboração e implementação da legislação social, são sempre lembrados como exemplos da concretização dessa política, marcada pelo fortalecimento do Estado mediante a centralização administrativa e o corporativismo. Estas transformações foram acompanhadas de um discurso político-ideológico que reforçava o projeto político do governo e justificava as propostas para a área de política social, sob a orientação de determinadas concepções que predominaram ao longo deste período, em particular durante o Estado Novo.

Não podemos deixar de mencionar que dentro do discurso ideológico do governo havia a preocupação com a formação de um "novo homem" e de uma "nova raça" que, aliado aos princípios da eugenia[7] e o ideal de valorização do trabalho, influenciariam as ações voltadas para área da saúde. Para atingir esse objetivo, foi valorizada, a educação das crianças, da família e da mulher. A saúde será fortemente marcada por esse ideal de nacionalismo.

A década de 1930 foi marcada pela incorporação de projeto político do governo de uma proposta que buscava a valorização das tradições culturais do país e reforçava o ideal de construção de uma nova nação, baseada em uma relação harmônica entre o Estado e o indivíduo. Este modelo ideológico de construção nacional vinha sendo delineado ao longo das décadas anteriores, mas será especialmente sob o Governo Vargas que esse projeto ganhará força, fincando raízes no pensamento social brasileiro, influenciando diretamente a área da saúde, com relação à construção nacional e o projeto higienista[8].

Na saúde pública prevaleciam as campanhas de educação sanitária, a construção de hospitais e a formação de pessoal técnico. Criam-se também os programas de capacitação profissional através do SESI, SESC, SENAI E SENAC.

Coube ao MESP a apresentação de um modelo de saúde não excludente, garantindo a presença do Governo nos municípios rurais e não apenas nos centros

[7] Para maior aprofundamento ver Ricardo Augusto dos Santos 2008 2 2012
[8] Ibid.

industriais e comerciais do país. Para FONSECA (2007) a saúde pública passa a ser, sobretudo um problema administrativo e não só a resposta técnica a questões de importância social, isso mostra que o modelo adotado norteou e ainda prevalece em nossos dias, sob vários aspectos na administração das políticas sociais nacionais.

As ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre o MTIC e o MESP, naquele contexto de fundação e estruturação de políticas sociais, modelos que apresentavam diferenciação no reconhecimento dos direitos sociais. De um lado se consolidava a assistência médica individual previdenciária ligada ao MTIC, a qual, passaria a ser a principal referência para prestação de serviços públicos de saúde, voltadas para os indivíduos reconhecidos como cidadãos,[9] ou seja, que mantinham vínculo empregatício. De outro lado o MESP, ligado à educação, onde seria estruturado a saúde pública, ou melhor, seria responsável pela cobertura da saúde da população que não estava coberta pela medicina previdenciária, que seriam os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais. (FONSECA, 2007)

Essas duas instituições caminham de forma paralela, porém com o passar do tempo, aquela ligada a questões previdenciárias (MTIC) ganha mais destaque na arena política e social e passa a prestar assistência à saúde também. Isso é o que veremos no capítulo a seguir.

2.2 Saúde no Período de 1945 a 1964

As políticas de saúde implementadas no período de 1945 a 1964 não conseguiram eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral. Com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 1950, 1956 e 1963, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias. (BRAVO, 2011)

A ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Em face da "questão social" no período 64/74, o Estado utilizou para sua

[9] SANTOS, W.G.dos. "Cidadania e Justiça". Rio de Janeiro. 2ª ed. Campus. 1979.

intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966. (BRAVO, 2011)

O bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, não conseguindo, ao longo de 10 anos, consolidar sua hegemonia, precisou gradualmente modificar a sua relação com a sociedade civil. Houve a necessidade de estabelecer novos canais de mediação, que legitimassem a dominação burguesa e suas consequências políticas, econômicas e sociais.

A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

2.3 Políticas Sociais de Saúde e Neoliberalismo: Impactos e efeitos

Feitas estas considerações, torna-se necessário a atualização em torno das mudanças ocorridas neste final de século e que vão influenciar, direcionar e reordenar as ações econômicas e políticas em todo mundo.

Sabe-se que é a partir de meados da década de 1970, que o modelo de acumulação entra em crise, dando origem a grandes mudanças globais e em todos os setores. Isto trará trazer repercussão nas relações entre Estado e sociedade civil, marcando profundamente os anos 1980 até a atualidade.

Essa crise será enfrentada através de um processo de reestruturação produtiva[10], que se faz acompanhado da introdução de novas tecnologias e implantação de uma produção flexível, capaz de satisfazer às novas exigências do mercado e, assim, criar condições para que a oferta de bens e serviços possa acompanhar as mudanças de hábitos no consumo.

É dentro desse novo contexto de crise do modelo de acumulação fordista[11], cuja superação aponta para novas formas de produção, onde a flexibilização da produção e das relações entre capital e trabalho passam a ser seguidas por todas as empresas. Dentro dessas novas mudanças, os neoliberais encontram um quadro favorável para difundir sua doutrina e os programas de política econômica.

O neoliberalismo[12] surge depois de Segunda Grande Guerra Mundial nos principais países do mundo do capitalismo desenvolvido. Nasce como reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado, e este é quem vai garantir todo o processo de acumulação do capital e desenvolvimento social. Nessa concepção o mercado é visto como um mecanismo insuperável para a estrutura, orientador nas decisões de produção e investimento social. Teoricamente o Estado não seria mais chamado para intervir nas questões econômicas e sociais. Segundo Teixeira:

> O Estado é obrigado a abandonar sua posição de vigia da economia para se tornar instrumento de salvação do sistema com suas políticas de apoio direto ao processo de acumulação de capital e com suas políticas sociais compensatórias de ajuda para os excluídos do mercado. (TEIXEIRA, 1998, p.212)

[10] Diversos autores analisam o processo de restruturação produtiva; podendo-se destacar – Montãno (1997), Neto (1996) e Harvey (1993).
[11] Ver Harvey (1993)
[12] Ver Teixeira (1998) e Anderson (1995)

A restruturação produtiva vem sendo conduzida em combinação com o ajuste neoliberal, o qual implica na desregulamentação de direitos, desconstrução de identidades, cortes nos gastos sociais, deixando as classes menos favorecidas completamente desamparadas.

Essas transformações têm seus primeiros passos no contexto de uma aguda crise capitalista dos países desenvolvidos no início dos anos 70, que se traduz, entre outros efeitos em uma forte restrição financeira do Welfare State, diminuição do gasto social, fragmentação e marginalização social e relativa perda de credibilidade dos partidos políticos. No Brasil, esse processo tem seus desdobramentos ao final da década de 80 e dos anos 1990, com o governo de Collor de Mello e de Fernando Henrique Cardoso.

Dentro dessa visão, o mercado é visto como o melhor recurso para salvação dos problemas econômicos, sociais para satisfação das necessidades dos indivíduos. Há com isso uma grande crítica ao intervencionismo estatal. Segundo os neoliberais, essa ação do Estado teria contribuído para a atual crise econômica, política e moral enfrentadas nos dias de hoje. Na análise de Behring; Boschetti:

> Tratou-se (...) de "reformas" orientadas para o mercado, num contexto em que os problemas no âmbito do Estado brasileiro eram apontados como causas centrais da profunda crise econômicas e social vivida pelo país desde o início dos anos de 1988 no terreno da seguridade social e outros – a carta constitucional era vista como perdulária e atrasada -, estaria aberto o caminho para o novo "projeto de modernidade. (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.148)

Essas transformações vividas na sociedade atual, vêm ocorrendo influenciadas pelo caráter concentrador de renda, riqueza e propriedade na atividade econômica excludente e restrita em detrimento das garantias sociais.

Se no contexto anterior, tem-se um Estado interventor, implementador de programas sociais, enquanto mecanismo de efetividade de sua legitimidade, no contexto neoliberal é introduzido um novo padrão de regulação econômica, totalmente contrária à essa intervenção, principalmente nas áreas sociais. Segundo Laurell,

> a solução da crise consiste em reconstituir o mercado, a competição e o individualismo. Isto significa, por um lado, eliminar a intervenção do Estado na economia, tanto nas funções de planejamento e condução como enquanto agente econômico direto, através da privatização e desregulamentação das

> atividades econômicas. Por outro lado, as funções relacionadas com o bem-estar social devem ser reduzidas. (LAURELL, 1997, p.162)

Seguindo um pouco a análise desta autora existem três fatores fortes que compõem o pensamento neoliberal que é a reconstrução do mercado, a competição e o individualismo. Para que isto possa ser efetivado a intervenção estatal tem que ser eliminada.

Com esta nova forma de pensar há um redimensionamento considerável nas ações do Estado. Este sai do exercício direto da prestação de serviços, subsidiando e transportando responsabilidades de sua execução para a iniciativa privada e para a sociedade. Isto leva a uma diminuição de sua ação reguladora e legitimadora. "O Estado só deve intervir com intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os setores privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são a rigor de apropriação coletiva". (LAURELL, 1997, p.163)

A perda da autonomia do Estado é uma realidade muito mais relevante para os países periféricos. As transformações societárias (NETO, 1996) em curso no capitalismo tardio vão deixando suas sequelas específicas, agregando-se aquelas que marcaram a ditadura do grande capital.

No caso brasileiro, o Estado vem-se revelando inoperante em face do perfil da desigualdade social que caracteriza a sociedade brasileira e que se agrava diante da crise dos anos 80, expressando principalmente na política recessiva e no desemprego.

O Brasil ingressa nos anos 90 com cerca de 1/3 de sua população em estado de pobreza e miséria. Os contrastes entre a miséria e abundância observáveis no nosso cotidiano, nos mostram claramente que o capitalismo brasileiro no seu desenvolvimento, vem a cada dia reforçando as desigualdades sociais. Nesse sentido, há que se concordar com Teixeira quando afirma que

> (...) nos países de capitalismo maduro, o Estado interventista gozou de um relativo êxito e legitimidade, diante da sociedade como um todo. Na sociedade brasileira, ao contrário a intervenção estatal foi estruturalmente incapaz de propiciar um mínimo de bem-estar material para a grande maioria da população. (TEIXEIRA, 1998:221)

Na conjuntura brasileira, sobretudo a partir da década de 80, a política governamental apresenta uma acentuada tendência de criar mecanismos que apoiam

e facilitam a transformação dos serviços públicos de caráter social em atividade rentáveis para o capital privado.

Laurell (1997) também faz uma discussão muito pertinente quando aborda essa questão. Ela vai definir quatro estratégias de ação para implantação da política neoliberal que são: corte dos gastos sociais; privatização; a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza e descentralização.

A privatização terá destaque nesse processo e funcionará como articulador das outras estratégias, que logicamente tende a satisfazer as exigências das novas formas de acumulação do capital.

Para que isso possa ser aceito deve-se, primeiramente, se legitimar o processo de privatização, construindo assim as mudanças estruturais necessárias. E é nesse momento que entram as outras três estratégias, que serviram de base para a concretização das privatizações. Através da criação de medidas estatais específicas num sentido de garantir a criação de um mercado estável, onde a administração de fundos e a produção de serviços possam se converter em atividades econômicas rentáveis.

Como nos países de capitalismo tardio a desigualdade se apresenta numa escala muito grande, onde a maioria da população é pobre, o que vem ocorrendo é um processo seletivo de privatização dos benefícios sociais.

Os serviços fornecidos pelo setor público vêm sofrendo grandes ataques caracterizados em certa medida como sendo de má qualidade, insuficiente e ineficaz. Isso corresponde ao discurso ideológico de busca de consenso e aceitação da sociedade para as transformações institucionais propostas. Ao mesmo tempo, há uma valorização dos serviços privados, o que vem, paralelamente, gerando demandas para esses serviços. De acordo com Laurell (1997), isto está ligado aos cortes dos gastos sociais, de “um deliberado desfinanciamento das instituições públicas; causa sequelas de deterioração e de crescente desprestígios das instituições públicas, as mesmas que ajudaram a criar a demanda ao setor privado e a tornar o processo de privatização socialmente aceitável”. (LAUREL, 1997, p.168)

Essas formulações tornam-se importantes, pois as políticas públicas de saúde constituem um setor atingido por tais transformações. Ou seja, com a deteriorização das instituições públicas, os indivíduos com poder aquisitivo mais alto tendem a escolher o sistema privado. Assim a iniciativa privada absorve a camada da população mais privilegiada e de baixo risco de adoecer e o setor público fica com a classe menos

favorecida (os pobres, doentes, idosos etc.). São exatamente esses segmentos sociais em geral, os mais vulneráveis, portadores às vezes de doenças incuráveis, não dispondo de condições que lhes garantam maior tempo de sobrevivência, como veremos no decorrer deste estudo.

No que se refere a privatização seletiva à capacidade do setor privado de responder à demanda, ocorre uma remercantilização dos benefícios sociais, com intuito de fortalecer e capitalizar o setor privado, deteriorar e desfinanciar as instituições públicas. Como última ação para garantir o processo da política social neoliberal está a descentralização, como temos observado, não apresentam objetivo de democratizar as ações públicas, mas incentivar o processo de privatização.

A discussão sobre o tema da descentralização reaparece na segunda metade da década de 80, onde o fim dos regimes autoritários e a complexa transição democrática, em curso nos vários países, além da crise econômica, colocam a necessidade de repensar, por parte dos setores mais progressistas da sociedade, a relação entre Estado, poder e democratização. Neste sentido, o processo de transição democrática traz em seu bojo a discussão da questão social, apontando para a necessidade de repensar a relação Estado-Sociedade e, portanto, de aumentar a eficácia das políticas sociais.

Boa parte da literatura sobre o tema tende a identificar os objetivos da descentralização com a democratização do Estado e promoção de maior justiça social, através de políticas sociais mais eficientes. Para Nogueira (1997) existe uma certa confusão sobre descentralização, democratização e participação, onde todos os serviços oferecidos de uma forma descentralizadas, automaticamente estariam embutidos em atendimento eficiente, eficaz e democrático. Segundo este mesmo autor, seria *"*como se a descentralização contivesse em si mesma o impulso necessário para frear o autoritarismo, democratizar a sociedade e ampliar a participação dos cidadãos". (NOGUEIRA, 1997, p. 08)

Segundo alguns autores como Arretche (1996), Nogueira (1997) as lutas pelo fim do Estado autoritário e centralizador fez com que paralelamente houvesse uma identificação entre centralização com prática não democrática, em função da ausência de transparência de decisão, impasse de controle sob as ações do governo e a ineficácia das políticas sociais. Na argumentação de Arrecthe:

> Passou-se a supor que, por definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que além disso, fortaleceriam e consolidariam a democracia. Igualmente, tal consenso supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população". (ARRETCHE, 1996, p.04)

De acordo com a discussão já feita, na medida em que diferentes governos implementam o projeto neoliberal, ocorre uma redução progressiva da ação estatal aumentando ainda mais as desigualdades sociais e contribuindo para tornar a população cada vez mais empobrecida. E com relação às políticas sociais demonstram ser efetivadas em padrões mínimos, ineficientes e ineficazes.

Observa-se que as transformações que se processam no mundo a partir da década de 70, nas relações trabalhistas e que se projetam na economia e na dinâmica de toda sociedade, vêm ocorrendo influenciadas em grande parte pelo caráter concentrador de renda, provocando nos países de economia periférica, como o Brasil, uma recessão muito grande, criando uma heterogeneidade social expressiva. Tais mudanças certamente têm influenciado o setor da saúde.

A importância de interlocução com relação às políticas sociais na área da saúde assim como uma breve análise sobre a reconstrução das principais tendências de mudanças encaminhadas nesta área, a partir dos anos 70, serão objetos de análise a seguir, visto que as alterações promovidas nesse período, redesenharam um quadro peculiar na esfera das políticas de saúde. Tais conteúdos analíticos tornam-se importantes no delineamento das reflexões seguintes.

2.4 Peculiaridades e Alterações nas Últimas ´Décadas

As políticas públicas na área de saúde vêm sendo colocada em xeque por certos segmentos sociais e instituições que têm se organizado a partir da metade da década de 70, para reivindicarem mudanças no modelo de saúde em vigor no país. A literatura mais específica tem mostrado elementos substanciais para a análise sobre o processo de formulação e implementação dessas políticas.

Estudos como os de Bravo (2011), Oliveira e Teixeira (1989), Teixeira (1998) em torno do tema das Políticas de Saúde no Brasil pós 64, identificam no debate a demarcação de dois grandes períodos. O primeiro que vai de meados dos anos 60 a meados dos anos 70, marcado pelo autoritarismo do regime militar. No que

se refere a atenção à saúde caminhou na direção de uma lógica de previlegiamento de interesses econômicos/corporativos do empresariado privado que atuava nesta área. Segundo período, que se segue a meados dos anos 70 e que se instala com uma "crise político/financeira" do modelo assistencial estabelecido nos anos anteriores Crise esta que não se constituiu simplesmente por uma crise econômica, mas também política, com perda da legitimação do Governo, em função do regime autoritário que o país atravessou.

Pode-se identificar que com a perda da legitimidade do regime e o crescimento das demandas populares, as contradições de classes passam a se fazer presentes no seio do Estado, através da divisão interna de sua burocracia, havendo contradições entre os setores voltados para as atividades empresariais e para a "questão social". O Estado, a partir de 1974, caracterizou-se por uma relação de força, entre frações do bloco do poder e classes dominadas. A intervenção estatal sobre a "questão social", explicitou uma crise em face de sua omissão ou inoperância frente às problemáticas sociais no período pós 64. Esta situação faz com que o Estado procure novos mecanismos de articulação e intervenção a partir de pressupostos pautados na constituição de uma nova institucionalidade política, abrindo espaços para as demandas sociais. Ao analisar as Políticas de Saúde no Brasil, Mendes (1994) sustenta que o conjunto de políticas públicas, no campo político, jurídico/legal e institucional, implementados neste período constituíram as bases do modelo médico-assistencial privatista, que segundo o mesmo autor, se assenta no seguinte tripé:

> O Estado como o grande financiador do sistema através de serviços de Previdência Social; setor privado nacional como maior prestador de serviços de atenção médica; setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos. (MENDES, 1994, p.26).

No entanto, essas modificações não significam uma ruptura com o modelo adotado no Pós 64, visto que se continuou privilegiando os interesses empresariais, via compra de serviços do setor privado. Mas foi alterada a arena política, que se ampliou com a inclusão de diversos segmentos da sociedade até então excluídos do processo de decisão das ações do Governo e dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário.

Frente a esta situação o Governo passa a desenvolver políticas compensatórias para tentar resolver a contradição que existe entre as exigências políticas-ideológicas

de expansão das políticas sociais e o incremento de seus custos em um quadro de "crise fiscal"[13]. Crise esta que vem demonstrar os efeitos da industrialização no Brasil, e que começa a aparecer nos anos 80, onde o esquema de finanças públicas que vinha sustentando o modelo de desenvolvimento econômico e social começa a desmoronar. As finanças públicas, já não podem cumprir o papel que desempenhavam no passado. O Estado fica enfraquecido economicamente e perde sua capacidade de promover tanto as políticas econômicas, quanto as políticas sociais. A "crise fiscal" está intimamente relacionada com o desmantelamento das finanças públicas como um todo e com a desorganização econômica a nível global. Isto parece contribuir para legitimar as diferenças no usufruto desses serviços por parte da população, na medida em que tais políticas sociais podem demonstrar o nível de desigualdades que atingem a população de maneiras distintas.

De acordo com a análise de Mendes (1994), naquele período começa a desenvolver-se no Brasil a proposta da atenção primária seletiva, com uma concepção estreita de um programa, sendo executada de forma precária, oferecida à população mais carente. Além disso, baseia-se também, por uma concepção clientelista da atividade pública onde segmentam-se as reivindicações coletivas, individualizando o atendimento.

Ao mesmo tempo em que as ações desenvolvidas pelos órgãos estatais tendem a ser caracterizadas como concessões, aqueles que delas se utilizam, ao invés de aparecerem com legítimos portadores de um direito social, comportam-se como beneficiários passivos de um serviço ofertado. Nesta perspectiva Mendes afirma que "prevalece no Brasil, nesse período, o entendimento reducionista da atenção primária seletiva, especialmente através dos programas de medicina simplificada ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco". (MENDES, 1994: 27)

É a partir daí que profissionais de saúde pública, da ala mais progressista, iniciam em meados da década de 70 movimentos enfatizando a análise das transformações ocorridas no setor de saúde. Relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizada que agravou as condições da vida e rigidez da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais. O debate coloca em cena as discussões em torno do tema "Estado e Políticas de Saúde".

Por outro lado, o quadro social no campo da saúde promoveu debates

[13] BEHRING et all, op. cit..

institucionais importantes, em que algumas entidades foram criadas a partir desse movimento, com o objetivo de gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva, produzir conhecimentos sobre a saúde da população e articular esses conhecimentos com práticas políticas. O movimento negro também se insere nesse momento, mas essa discussão deixaremos para o próximo capítulo. Podemos citar dentre os mais importantes a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde: CEBES, 1975 e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), 1979.

Ao examinar mais especificamente os acontecimentos relativos no final da década de 70, temos especialmente o I Simpósio sobre Políticas Nacional de Saúde, na Câmara Federal, onde foi apresentada pela primeira vez proposta de um projeto contra-hegemônico da saúde para outros atores sociais. Nesse caminho, espaços são criados tanto políticos quanto institucionais para o desenvolvimento desse movimento na saúde, que nos anos 80 viria a conformar-se com a reforma sanitária.

A partir de 1979, a crise econômica se agrava com o aumento do custo de vida, da taxa de inflação, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população e uma grande crise na Previdência Social. A condição da vida da população brasileira ficou insustentável do ponto de vista social, econômico, educacional e trabalhista. Observa-se, no que se refere à saúde, que houve perda na qualidade dos serviços prestados direta ou indiretamente pela Previdência Social. Diante desse quadro, o modelo médico-assistencial privatista não consegue mais atender a realidade sanitária nacional.

Ao final da década de 70, com a gradativa liberalização do Regime Militar, fruto da luta de diversos segmentos sociais e em um contexto de grave crise econômica, política, social e sucessivas crises da Previdência Social, algumas mudanças são adotadas, mas nenhuma conseguiu atender as principais questões e dentre elas podemos citar a unificação dos aspectos preventivos e curativos, com a formulação de uma política nacional de saúde, sob a coordenação efetiva do Ministério da Saúde.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, INAMPS, continuava priorizando as ações curativas, permanecendo assim a instabilidade do esquema de custeio das despesas previdenciárias e persistindo o padrão de privatização da medicina. Esta situação revela que o regime não conseguiu realizar as mudanças necessárias no sistema previdenciário e de saúde, caracterizando sua inoperância

frente aos problemas econômicos, sociais e políticos que se explicitaram na década de 70, questão abordada neste estudo anteriormente.

No que se refere às políticas públicas na área de saúde nos anos 80, acabam por apresentar um conjunto de efeitos inesperados que facilitaram a hegemonização do projeto neoliberal. Essa década é marcada por um processo de redemocratização no país e com uma profunda crise econômica. Como afirma Mendes:

> Nessa década a instabilidade e a crise estrutural vão expressar-se através da deterioração da situação cambial, da aceleração inflacionaria, da recessão, e principalmente da ruptura de um padrão de crescimento apoiado na articulação solidária entre o Estado, empresas multinacionais e empresas privadas nacionais. (MENDES,1994, p.32)

A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 passa a constituir-se no instrumento político-ideológico que daria origem a criação do sistema Único e descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e a elaboração da nova Constituição Brasileira, aprovada em 1988.

O texto da saúde na Constituição, apesar de suas ambiguidades, representa um avanço considerável e refleti a correlação de forças presentes na sociedade brasileira permitindo a continuidade e disputa da luta política entre o projeto neoliberal e da reforma sanitária.

Apesar da reforma sanitária ter conseguido uma conquista na Constituição de 1988, na área de saúde não podemos deixar de analisar que tais ganhos não se deram conta da profunda "crise fiscal" e política que o Estado vinha atravessando, o que sinalizava para o esgotamento da estratégia de desenvolvimento e da coalizão sócio-político que sustentou durante seus longos anos de sucesso a indústria e o fracasso social.

Sabemos que a criação do SUS se baseia em princípios universalistas e igualitários e que rompe com o caráter meritocrático que caracterizava a assistência à saúde no Brasil, representa uma grande conquista dos movimentos sociais e dos trabalhadores. Mas, não podemos deixar de ressaltar que tanto o contexto nacional e internacional não era favorável a essas mudanças, num contexto onde se discutia o papel do Estado e seu reordenamento em favor da reforma do mercado. O mundo propunha a diminuição do papel do Estado e o Brasil implementava uma Constituição que ampliava seu papel e sua responsabilidade na provisão de várias políticas

públicas. Como sinalizam vários autores as reformas brasileiras estavam na contramão da história.

É justamente esse outro lado que viria consolidar, nos anos 90, a hegemonia do projeto neoliberal de saúde, uma reciclagem da proposta conservadora do modelo médico-assistencial privatista, ou seja, um projeto conservador da saúde. Aqui cabe retomar alguns aspectos sobre qual seria o papel das políticas sociais dentro dessa nova conjuntura.

Estudos demonstram que as políticas sociais são usadas como estratégias de estabilização ou de ajuste neoliberais, e se apresentam em três opções ou pilares fundamentais: a privatização, a descentralização e a focalização.

A privatização dos serviços sociais, em geral, na área de saúde, penalizam os menos favorecidos e proporcionam subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas. A descentralização das decisões se voltam para as pessoas envolvidas e tendem a aumentar a eficácia e a eficiência dos gastos sociais.

O problema do enfoque neoliberal defende que a descentralização ocorre num contexto de uma proposta de diminuição do Estado em busca de um Estado mínimo. De acordo com as argumentações de Neto (1996), o Estado burguês experimenta um redimencionamento considerável. Ele sai do exercício direto da prestação de serviços, subsidiando e transferindo para a iniciativa privada e para a sociedade a sua execução. Isto leva à diminuição de sua ação reguladora e legitimadora, mas esse fenômeno não se apresenta de forma homogênea para todos os países e no entendimento desse mesmo autor fica claro que:

> O capitalismo tardio não liquidou com o Estado nacional, mas é também claro que vem operando no sentido de erodir a sua soberania, mas é bom assinalar a diferencialidade desta erosão, que atinge diversamente Estados cêntricos e Estados periféricos. (NETO, 1996, p.99-101)

A terceira opção, a focalização, vem em decorrência dos gastos sociais públicos chegarem em pequena proporção aos setores pobres da sociedade. Para explicarmos melhor a focalização utilizamos os questionamentos de Draibe (1993) onde enfatiza que dentro dos vetores estruturais das reformas de programas sociais preconizados pelo neoliberalismo para população carente, encontra-se a focalização e a autora a define como sendo, “ o direcionamento do gasto social a programas e a públicos alvo específicos, seletivamente escolhidos pela sua maior necessidade e

urgência". (DRAIBE, 1993, p.97)

Só que essa parcela da população não possui força política, e em sua maior parte estão desorganizados, não havendo garantias que serão efetivamente beneficiadas pelos gastos sociais. O que vem contribuindo para o aparecimento de uma "neofilantropia". As opções de políticas sociais dos neoliberais, isto é, privatização, descentralização e focalização, estão presentes nas políticas de saúde dos anos 80 e justificam, por consequência, a caracterização de um projeto neoliberal de saúde no Brasil. (MENDES, 1994, p.52)

Como aponta a literatura, pela evolução histórica do sistema de saúde previdenciário, vimos que o Estado, a partir de 1964 passou a investir cada vez menos nos serviços próprios de saúde, deixando à iniciativa privada a possibilidade de investir nesse setor. Esse processo vem sendo caracterizado pela retirada do Estado no campo da formulação e implementação de políticas públicas de saúde demonstrando assim um total descaso em relação a população pauperizada, que por sua vez carece desses serviços.

Registros mostram que os reformistas começaram a elaborar um plano de saúde (Plano Nacional de Serviços Básicos de Saúde, Prev-Saúde), que teria como objetivo básico a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando a implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal.

Em agosto de 1982 foi elaborado o Plano de Reorientação da assistência à Saúde, que ficou conhecido como Plano CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) que apresentava como principais objetivos:

- Melhoria da qualidade de assistência prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente;
- Cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda a população, rural e urbana;
- Planejamento da assistência à saúde de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitando as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;
- Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicadas em saúde, com racionalização das formas de prestação dos serviços.

Entre esses objetivos principais, destaca-se a preocupação com uma maior utilização da rede pública de serviços básicos de saúde, através da implantação do

Convênio Trilateral MPA/MS/SES. Esses convênios foram substituídos pela Ações Integradas de Saúde (AIS) a partir de meados de 1983. Assim, as AIS passaram a ser estratégia básica do Plano do CONASP, que privilegiou a municipalização dos serviços de saúde como diretriz de trabalho, amparada por ampla reforma tributária, fortalecimento das comissões interinstitucionais como mecanismo de gerenciar a democratização efetiva dos serviços como instrumento de crescimento técnico-administrativo e operacional.

Através das AIS, passa a ser possível o acesso aos serviços de saúde independentemente do vínculo trabalhista do indivíduo. Começa-se a reconhecer, na prática, a saúde como direito básico de todos os trabalhadores. Fortalece-se, ainda, a descentralização dos recursos financeiros. Esses ítens possibilitam aos estados e municípios, através das Comissões Municipais e Regionais de Saúde, desenvolverem ações e programas de saúde voltados para os interesses advindos das suas realidades e problemáticas específicas.

O que se percebe é que a partir do Plano do CONASP, que evoluiu para as AIS, o Estado brasileiro procurou reassumir a questão da saúde de forma mais intensa do que assumirá nos últimos anos anteriores.

Acreditamos que em virtude do momento político pelo qual o país passava, o período no qual a sociedade civil retoma com maior força política as reivindicações dos direitos sociais básicos, a população submetida a anos de repressão, arrocho salarial e exploração desmedida, retoma nacionalmente as lutas políticas tanto nas cidades quanto no campo. Esse contexto social torna-se insustentável para o Estado, pois este se vê obrigado, frente às pressões sociais, a redimensionar as políticas sociais. Nesse sentido, destaca-se como momento marcante para a área da saúde a VIII Conferência Nacional de Saúde(1986) como resultante dos movimentos iniciados pelo projeto contra-hegemônico nos campos políticos, ideológicos e institucionais, desde o início dos anos 70. (MENDES, 1994)

Essa Conferência é considerada como marco histórico importante na formulação político-ideológica do projeto da reforma sanitária. Portanto, ela adquire característica peculiar que a distingue das demais: caráter democrático, presença de milhares de delegados representativos e interessados na questão saúde. Um processo construído com as Conferências Municipais e Estaduais, até chegar à Nacional. Assim, Mendes define a reforma sanitária como sendo:

> processo modernizado e democrático de transformação nos âmbitos políticos-jurídicos, político-institucional e político, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendendo como direito universal e suportado por um sistema único de saúde, constituído sob regulação do Estado que objetive a eficiência e eficácia e equidade e que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implantação de um outro paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismo de gestão e controle popular sob o sistema. (MENDES,1994, p.42)

A reforma sanitária nesse sentido enfatizar à saúde em três aspectos fundamentais que consolidam uma concepção ampliada de Saúde, quando incorpora outros campos da vida social, determinantes no quadro da reprodução social quais sejam:

- Primeiro, como um conceito mais abrangente, resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer etc.
- Segundo, a saúde surge como direito de cidadania e dever do Estado, uma cidadania que reconheça o direito igual a todos as ações de saúde, e para que isso possa acontecer o Estado deve ser visto enquanto regulador público, garantindo esses direitos de cidadania;
- Terceiro, como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde e que tenha como princípio essenciais a universalidade, a integridade das ações e a descentralização.

Com a instalação da Nova República e a implantação do SUDS em 1987, ocorre a institucionalização do projeto da reforma sanitária que apresentou um lado positivo que é o conhecimento e domínio de instrumentos do governo por parte dos sanitaristas e em contrapartida a fragilização dos setores acadêmicos formuladores de estratégias contra-hegenômica.

Como aponta a literatura, as novas políticas para o setor de saúde nos últimos anos – AIS, SUDS, SUS – colocaram em discussão os princípios reformistas de universalização, hierarquização, descentralização, integralidade, participação entre outros como consubstância à conformação de um novo perfil de oferta dos serviços de saúde.

Essas reflexões nos remetem a entender que os avanços dos serviços de saúde não estão deslocados dos arranjos políticos construídos nas relações entre Estado e sociedade civil com poderes diferenciados no que diz respeito a condicionarem a formação de políticas.

É inegável que a nova Constituição brasileira de 1988 representou avanços significativos, no que se refere ao padrão brasileiro de proteção social até então vigente no país. Ela vai refletir a correlação de forças presentes na sociedade brasileira e permitir a continuidade da luta política entre os projetos neoliberal e da reforma sanitária e ainda, colocar os temas sociais na agenda política de reformas democráticas. A questão hoje colocada diz respeito às alterações desses novos arranjos jurídicos, políticos e institucionais relativos ao pacto feito naquela ocasião, a efetividade dos direitos sociais conquistados naquele momento histórico, e que passam a ser negados na nova conjuntura socioeconômica e política do governo neoliberal.

Os impactos mais evidentes nesse sentido é que entramos na década de 2000 com as condições de saúde agravadas, sobretudo daqueles segmentos não incorporados ao sistema privado desses serviços, pela precariedade da situação social, com as difíceis condições de trabalho, baixos salários, condições inadequadas de habitação, falta de saneamento, desnutrição etc., resultando na pauperização crescente que camadas expressivas da população brasileira vêm enfrentando. Esse quadro social requer um aprofundamento quanto à chamada “crise do Estado” e as mudanças nos quadros políticos e no enfrentamento do governo atual frente às demandas da saúde, porém essa discussão ultrapassa os objetivos deste estudo.

Entendemos, por outro lado, que esses problemas sociais não são de natureza individual, mas tem repercussões na esfera coletiva pelas relações sociais. Estas situações têm criado uma demanda tal, que os serviços públicos da área da saúde se encontram incapazes de responder as demandas. Os investimentos essas áreas têm diminuído cada vez mais.

Dessa forma, o Sistema de Seguridade Social no Brasil vive uma profunda crise. Faltam recursos e continuidades para os programas de longo prazo, a eficiência é baixa, os resultados medíocres. O pano de fundo desse cenário é um profundo descaso com as questões sociais e com a própria Constituição do País.

A democratização da gestão de saúde não tem avançado. Além da pequena disposição política do governo, a municipalização enfrenta problemas até mesmo diante da falência financeira de estados e municípios. Não há investimento suficiente na prevenção e no enfrentamento à insalubridade e às precárias condições de vida da população. Acompanhamos diariamente pelos meios de comunicação, a ausência de leitos nos hospitais e de medicamentos, recursos humanos insuficientes para dar conta

da grande demanda dos usuários etc. Esta realidade do quadro da saúde pública brasileira vem sendo percebida não somente pela população usuária desse serviço, mas pelos próprios profissionais que nela atuam.

Ao contrário do que ansiavam os movimentos sociais pelo resgate da cidadania presentes na constituinte, o que houve nestes últimos anos foi um fortalecimento do poder central, os municípios e estados estão em crise financeira e de poder, mas cheios de encargos e responsabilidades. Isto não parece ser a descentralização proposta na Constituição, na qual o povo participaria das decisões.

O que estamos observando hoje é justamente o contrário! O orçamento desta área vem sendo esvaziado, na relação direta em que o governo delega para o mercado, para o espaço privado e repassa ao terceiro setor, o enfrentamento da pobreza. Os princípios de universalização, equidade e cidadania presentes na Constituição de 88 se reduziram a benefícios e serviços, cuja seletividade estrangula a possibilidade de acesso da maioria da população.

Draibe ao fazer um balanço das reformas sociais no Brasil, evidencia muito bem a questão acima, quando afirma que:

> Ao se processar a agenda democrática de reformas dos programas sociais, deparamos com essa situação desconcertante: o sistema brasileiro está assentado sobre um conjunto de definições e princípios bem mais generosos que aqueles vigentes até os anos 80, mas bastante defasados e distantes da efetiva proteção, mais frágil e cada vez menos capaz de enfrentar a situação social crescente agravada pela crise econômica. Mais ainda, a população pobre e miserável adentra os anos 90 desprovida até mesmo dos programas assistenciais com que contava, mesmo que precariamente, nos anos 80. (DRAIBE, 1993, p.26)

Podemos aqui afirmar que a população cada vez mais se encontra em piores condições de vida, sem acesso a saúde, educação de qualidade, habitação, saneamento básico e etc. Não podemos deixar de mencionar aqui neste trabalho as mudanças ocorridas no governo Lula (2003 – 2011), em prol da população mais carente, porém não foram capazes de mudar a realidade das desigualdades sociais e raciais existentes no Brasil.

Como vimos até o momento, as políticas sociais implantadas, principalmente após a Constituição de 1988, foram políticas de cunho universalista de proteção social e de transferência de renda, com um papel importante na redução da pobreza, mas limitado no combate à desigualdade racial. Diante dos dados da PNAD (2015) onde temos a população negra como maioria da população brasileira e ao mesmo tempo,

sendo maioria pobre, vivenciando situações de grandes desigualdades em relação a população branca., faz-se necessário esforços para a adoção de políticas específicas que seja voltada para o combate ao racismo e a ampliação dos espaços para os negros nos diversos espaços da sociedade e assim contribuir para reverter o quadro das iniquidades raciais na sociedade brasileira.

Diante dessa realidade, enfatizamos que a implementação de políticas sociais voltadas para a população negra que sempre sofreram com o racismo estrutural, que as colocaram em posição de inferioridade e de desigualdade no acesso à educação, trabalho, saúde e etc, tornam-se urgentes. Como foi abordado nesse trabalho anteriormente, no plano das agendas governamentais, as políticas sociais recebem tratamento diferenciado a depender das pressões sociais, econômicas, políticas, e evidentemente as complexidades e expressões desses problemas na sociedade. Há ainda que se endossar a complexa realidade brasileira, que traduz um alarmante quadro de exclusão social e discriminação, como termos interligados a compor um círculo vicioso, em que a exclusão implica discriminação e a discriminação implica exclusão. Nesse cenário, as ações afirmativas surgem como medida urgente e necessária. Tais ações encontram amplo respaldo jurídico, seja na Constituição (ao assegurar a igualdade material, prevendo ações afirmativas para outros grupos socialmente vulneráveis), seja nos tratados internacionais ratificados pelo Brasil.

Com essa compreensão, apresentaremos no próximo tópico alguns fatores históricos e conjunturais que trouxeram as reivindicações dos movimentos negros brasileiros para cena política, em destaque para a implementação das Políticas de Ações Afirmativas.

2.5 A Entrada da Negritude no Cenário Político

Sabemos que na história da sociedade brasileira os negros sempre foram tratados como indivíduos inferiorizados, com desigualdade de tratamento e de oportunidade, em suas histórias de vidas conviveram com a opressão, exclusão e desumanização. No processo de mestiçagem e hibridismo que sofreram ao longo dos anos, sua identidade ética foi apagada frente aos marcadores físicos utilizados pelo discurso racial. Em relação a outros grupos raciais e étnicos encontram mais dificuldade no acesso a bens e serviços

Nesse contexto, o estigma atua reforçando uma ciranda perversa na qual a existência da pobreza surge como parte constitutiva e natural de nossa realidade, especialmente quando sua cor é negra. Não podemos esquecer que as políticas universais têm melhorado a condição de negros e brancos, mas não tem conseguido reduzir os diferenciais entre essas populações.

A universalização do acesso às políticas sociais, é fruto de diversos sistemas de proteção de direitos humanos, que interagem em benefício dos indivíduos. Tem como base a Declaração de 1948 que introduz a chamada concepção contemporânea de direitos humanos marcada pela universalidade e indivisibilidade destes direitos. A universalidade se baseia na crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, onde todo indivíduo deve ser tratado a partir de suas características individuas de desempenho e de mérito, atribuindo aos indivíduos toda a responsabilidade pela posição social que ocupam. Tal concepção se embasa no discurso liberal e o discurso social da cidadania, conjugando o valor da liberdade ao valor da igualdade.

No Brasil, as políticas sociais têm sido incapazes de garantir direitos iguais a toda população, em razão da grande desigualdade racial e de classe que existe no Brasil. As políticas sociais universais, apesar de serem consideradas imprescindíveis, sozinhas não conseguem dar conta da superação das desigualdades raciais, pois não podem ser consideradas como o único instrumento de igualdade de direitos.

Tal realidade reforça a necessidade de conferir, a determinados grupos, uma proteção especial e particularizada, em face de sua própria vulnerabilidade. Isto significa que a diferença não mais seria utilizada para a exclusão de direitos, mas, para a promoção e inclusão de direitos. Nesse cenário, por exemplo, a população afrodescendente, mulheres, crianças e demais grupos devem ser vistos nas especificidades e peculiaridades de sua condição social. Ao lado do direito à igualdade surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial. Segundo Guimarães (2009, p.2008) “ as diferenças, que são fontes de desigualdades, devem, para deixar de sê-las, não desaparecer - o que é impossível -, mas transformar-se em seu contrário, ou seja, em fonte de compensação e reparação”.

Os movimentos negros brasileiros apresentam-se como protagonistas na mobilização de forças contra o racismo e a desigualdade racial, em distintos momentos da história brasileira, sendo responsável pela inclusão de medidas

preventivas e compensatórias para coibir práticas racistas e discriminatórias na sociedade brasileira, que se traduziriam nas Políticas de Ações Afirmativas.

As ações afirmativas são políticas sociais de caráter redistributivo e visam reconhecimento e valorização de pessoas pertencentes a grupos discriminados e vitimados pela exclusão racial e socioeconômica no passado ou no presente, buscam garantir oportunidade, tratamento e acesso a esses grupos sociais, visando combater os efeitos acumulados da discriminação e exclusão social. (JACCOUD, 2008)

Na época da constituição pouco se discutia sobre políticas afirmativas para melhorar o acesso da população negra aos serviços de educação, saúde, proteção social, dentre outros. Era consenso a concepção de que as políticas universais seriam capazes de combater as desigualdades e garantir a cidadania dos negros. Conforme explicita Jaccoud (2008):

> O debate sobre políticas afirmativas não havia começado e não contava com apoio dentro do Movimento Negro. A universalização do acesso às políticas sociais que excluíam importantes contingentes da população pobre, composta majoritariamente de negros, eram ainda uma pauta relevante (JACCOUD,2008, p.62).

Não há como não reconhecer que a Constituição de 1988, considerada como "Constituição Cidadã", representou avanços no que tange a questão racial: na configuração do racismo como crime inafiançável e imprescritível; na determinação da demarcação das terras das comunidades quilombolas, na proteção às manifestações da cultura afro-brasileira e inclusão no currículo de história da obrigatoriedade do ensino da história e cultura afro-brasileiras e africanas nas escolas públicas e privadas do ensino fundamental e médio, legislação que só teve sua regulamentação anos depois, através da Lei nº 10.639/03. Porém, tais medidas não foram suficientes para alterarem os índices históricos de desigualdade entre negros e brancos. A discriminação e o preconceito são mecanismos que dificultam a transformação das relações étnico-raciais porque restringem a igualdade de oportunidades. Nesse sentido, entendemos que a luta para superação das desigualdades raciais também é ideológica.

Os movimentos negros na década de 1990, levantaram a bandeira de políticas públicas que possibilitassem a redução das desigualdades raciais. Essa bandeira se materializou no documento elaborado pela Marcha Zumbi dos Palmares contra o

Racismo, pela Cidadania e pela Vida, em 1995, com um programa para superação do racismo e das desigualdades raciais nos campos da saúde, na educação, na cultura e no trabalho. Esse documento foi entregue ao governo e como resultado foi instituído o Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra (GTI População Negra), ligado ao Ministério da Justiça, que debateu e apresentou uma série de propostas para o governo brasileiro.

O Estado brasileiro somente em 1996, no governo de Fernando Henrique Cardoso, reconheceu a existência do racismo no Brasil e a necessidade de criar políticas públicas para a população negra e políticas de promoção da igualdade racial.

As políticas específicas conseguem garantir a equidade que o padrão universalista sozinho não consegue garantir. Na verdade, conseguem a garantia de direitos para o segmento subalternizado da população brasileira, fazendo com que diversidade não signifique desigualdade. Possibilitam o enfrentamento dos privilégios provenientes da hierarquia social.

Os anos 2000 constituem-se num marco para as Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Muitos dos avanços nessa área se devem a III Conferência Mundial das Nações Unidas Contra o Racismo a Xenofobia e Intolerâncias Correlatas (2001).

A Conferência de Durban, como é frequentemente chamada, possibilitou, desde o seu processo de preparação, refletir sobre os mecanismos discriminatórios da sociedade brasileira, através de vários debates organizados tanto pelos movimentos negros quanto pelo governo federal para elaborar um levantamento da situação racial no Brasil e pressionar o governo por ações efetivas. No plano internacional, as recomendações da Conferência de Durban para a UNESCO fizeram com que esta estabelecesse uma estratégia integrada de combate ao racismo, para o período de 2002 a 2007. No pós-Durban várias ações foram feitas pelo governo federal e dentre elas destacam-se:

- Programa Nacional de Ações Afirmativas, que previa o trabalho articulado de vários ministérios;
- Programa Diversidade na Universidade; a Secretaria Pública de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR);
- Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR);
- Lei 10.639/03 que estabelece o ensino de história da África e da contribuição dos negros à formação nacional;
- Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI);

- Ações Afirmativas de Promoção de acesso ao Ensino Superior;
- Ações de implementação da Lei 10.639/03;
- Convênios com universidades;
- Programa de Promoção da Igualdade de Oportunidade para Todos do Ministério Público do Trabalho (MPT);
- Programa de levantamento das comunidades remanescentes de quilombo, para posterior titulação pelo Ministério da Cultura;
- Acompanhamento e publicação de manuais relacionados a doenças específicas da população negra, pelo Ministério da Saúde; o Estatuto da Igualdade Racial.

De modo geral, a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial prevê uma articulação entre as políticas sociais. O combate às desigualdades raciais e a promoção da igualdade racial foram as premissas para a elaboração do conjunto de políticas de governo, entre elas as Políticas de Ações Afirmativas.

As Políticas de Ações Afirmativas são forte instrumento político e ideológico que começou a alterar a visão negativa da população negra, construída desde o período da escravidão e perpetuada no imaginário social da população brasileira até os dias atuais, fruto do racismo estrutural. Há um reconhecimento da importância do negro na construção da sociedade brasileira e valorização da cultura, dos costumes, vestuário, fenótipo, religião e ancestralidade. Esses fatores reforçam a identificação da população negra com sua raça negra e com sua própria cor.

Essa nova realidade pode ser constatada nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, que analisou o período de 2012 a 2016, identificando que a população brasileira cresceu 3,4%, chegando a 205,5 milhões, o número dos que se declaravam brancos teve uma redução de 1,8%, totalizando 90,9 milhões. Já o número de pardos autodeclarados cresceu 6,6% e o de pretos, 14,9%, chegando a 95,9 milhões e 16,8 milhões, respectivamente. Segundo análise desse Instituto essa é uma tendência verificada ao longo do tempo. (IBGE,2016). Ressaltamos que nas pesquisas domiciliares do IBGE, a cor dos moradores é definida por autodeclaração, ou seja, o próprio entrevistado escolhe uma das cinco opções do questionário: branco, pardo, preto, amarelo ou indígena.

As Políticas de Ações Afirmativas também atingiram a área da saúde voltando-se diretamente para a saúde da população negra. O que será melhor explicado a seguir.

3 VIDAS NEGRAS. A INVISILIDADE DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES NEGRAS

Esta parte do trabalho foi destinada ao conhecimento sobre a saúde da população negra, voltando o nosso olhar mais especificamente para a realidade do câncer de mama em mulheres negras e, ainda, como vem ocorrendo o acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama para essas mulheres. Assim, apresentaremos alguns estudos que demonstram que as mulheres negras estão expostas a tratamentos inadequados e ações insuficientes de cuidados e prevenção em saúde, realidade encontrada também na oncologia. Realizaremos, ainda, uma comparação, mesmo que insipiente, da situação do câncer de mama em mulheres negras no Brasil e nos EUA.

3.1 Política de Saúde e a Mulher Negra

Na perspectiva dos direitos humanos, a saúde é reconhecida como o conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciado por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais. Nesse sentido, não podemos deixar de mencionar o avanço e a importância do artigo 196 da Constituição Federal, quando coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a garantia legal ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde não tem assegurado aos negros o mesmo nível, qualidade de atenção e perfil de saúde apresentado pelos brancos.

Por longo tempo, o modo de explicar e investigar os conceitos que fundamentavam a hipótese do preconceito e da discriminação como fenômenos naturais, estavam calcados na inferioridade do outro. Sustentado pela ideia de superioridade racial, pensamento hegemônico e legitimado pelas teorias científicas da época, que apregoavam a existência de supostas "raças" humanas, justificando a exclusão, a escravidão e o isolamento de categorias sociais consideradas inferiores.

A partir da década de 1920, alguns fatos influenciaram na forma de explicar e investigar os conceitos que fundamentavam a hipótese do preconceito e da discriminação como fenômenos naturais, são eles: o reconhecimento da Sociologia

enquanto ciência capaz de elucidar os fenômenos sociais, a Segunda Guerra Mundial, a luta por garantia de direitos e as Ações Afirmativas nos Estados Unidos da América (EUA). (MASSIGNAM et al., 2015)

No Brasil, a partir de 1980, em meio à retomada dos princípios de democracia, justiça social e equidade, observa-se uma ampliação de pesquisas e reflexões sobre discriminação na área da saúde. A questão racial no país ainda requer discussões sobre a imagem do indivíduo negro, onde a ideia de ser negro quase sempre implica num olhar subjetivo do viver em más condições e sob uma gama de vulnerabilidade social, que tem na cor o indicador de miserabilidade ou marginalidade. Essa tendência, possivelmente, deve-se pelo fato de que homens e mulheres de pele preta ainda possuem as menores oportunidades na sociedade.

Os mecanismos de exclusão e desigualdades revelam a ideia de sujeição, atrelada à subordinação social, construída historicamente pelo processo de escravização da população negra. O reconhecimento do impacto das desigualdades raciais no campo da saúde da população negra e, em especial, das mulheres negras, é uma problemática que tem sido politizada a pequenos passos.

A partir da implementação da Lei Nº. 8080/90, o direito a saúde passou a ser de todos e dever do Estado garantir este acesso a todo cidadão. Contudo, ainda existem grandes lacunas para serem preenchidas com igualdade e equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Dentro dessas lacunas encontramos as populações excluídas dentre as quais estão as mulheres negras. Um atendimento com equidade proporciona a garantia de uma assistência de saúde pautada nos princípios que norteiam o SUS: universalidade é a garantia do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; equidade a igualdade desta assistência à saúde, livre de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Estudos sobre desigualdade racial na saúde, tem aumentado progressivamente a partir da década de 2000, porém, ainda necessita de ampliação, a fim de possibilitar um conhecimento maior sobre a saúde da população negra e as desigualdades provocadas pelo racismo. Em relação ao câncer de mama, levando em consideração a raça, os resultados não fogem a essa realidade. Veríssimo (2018) evidenciou pouca existência de produções bibliográficas sobre esse tema, apesar de todos os estudos apontarem para “significativas desigualdades socioeconômicas e raciais quanto ao acesso ao diagnóstico e tratamento para o câncer de mama”.

Como vimos anteriormente, a sociedade brasileira foi construída sobre as bases da desigualdade, reservando à população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, no Brasil, um racismo silencioso e não declarado.

Os movimentos negros tiveram muitos anos de luta, resistência e denúncias sobre as condições de vida da população negra, traduzindo-as em reivindicações por políticas públicas que reduzam a desigualdade e ampliem a equidade do acesso aos bens e serviços públicos da população negra.

Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação dos negros em relação à sua qualidade de vida. No Brasil um dos movimentos responsáveis por essas reivindicações foi a Frente Negra Brasileira, em 1931 e posteriormente pelo Movimento Social Negro, que atua organizadamente desde a década de 1970.

No que se refere à saúde, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Esta se constituiu num marco da luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, colocando a saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado.

Não podemos deixar de mencionar a importância, nesse momento, do movimento de mulheres negras, que se voltou para às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Traziam em suas histórias de vidas as consequências do racismo e do sexismo, com marcas segregadoras diferenciadas e vivenciando um duplo preconceito. Na década de 1980, o tema Saúde da População Negra é introduzido nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, mas sem muita visibilidade.

A partir da década de 1990, vários eventos tiveram um papel fundamental para reforçar a necessidade da introdução na pauta governamental de questões sobre a população negra, dentre os quais destacamos:

- A Marcha de Zumbi dos Palmares", em 20 de novembro de 1995, que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI) e do Subgrupo de saúde.

- A Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, em 1996 cujos principais resultados foram: a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução CNS nº 196/96, que introduziu, entre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.
- A III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban na África do Sul (2001), que foi um importante momento para consolidar a necessidade de um órgão de poder político voltado para a implementação dessas políticas no Brasil. Nessa conferência foi aprovado um Plano de Ação que, além de fortalecer o processo político para a criação da SEPPIR, tornou-se uma referência importante como órgão de assessoramento direto e imediato junto ao Presidente da República para a coordenação de políticas de promoção da igualdade racial.
- A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº 10.678, de 23 de março de 2003, com *status* de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. A SEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde e outros órgãos do governo brasileiro.
- A atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11ª e na 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social nas instâncias do SUS. Como resultado dessa atuação articulada, foram aprovadas propostas para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do País.

Com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009.

A partir da publicação da PNSIPN, o Ministério da Saúde reconhece e assume a

necessidade da instituição de mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população (precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência).

A PNSIPN também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS, governo federal, estadual e municipal na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, afim de garantir o acesso da população negra às ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), foi uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população e o reconhecimento de que suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. Mas isso não significou alteração da realidade de vida da população negra e nem de continuarem aparecendo nos piores indicadores sociais.
>
> No Brasil existe um diferencial assustador nas condições de nascer, viver, adoecer e morrer, dependendo da raça/cor da população. Os dados do Censo contribuem para conferir maior visibilidade às iniquidades que atingem à população negra. Sabemos, que esta constatação só foi possível a partir da incorporação do quesito raça/cor nos formulários básicos dos sistemas de informação em saúde, fato que começou a se tornar realidade nos anos de 1990. A Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017, padroniza a coleta do dado sobre raça/cor nos sistemas de informação em saúde, passando a seguir a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual define cinco categorias autodeclaradas: branca, preta, amarela, parda e indígena.
>
> A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra compreende as estratégias para enfrentar a realidade vivida da população negra no Brasil, proporcionando uma equidade nos serviços de saúde para essa população. Assim, reconhecendo as questões determinantes que ocasionam situações de desigualdades raciais provocadas pelo racismo.
>
> Hoje já contamos com respaldo científico consolidado para identificar algumas doenças que são consideradas mais prevalentes na população negra em

virtude do condicionamento de fatores genéticos que atuariam conjuntamente a fatores ambientais, e que teriam um efeito direto ou indireto na mortalidade. As doenças específicas abordadas na atenção à saúde das mulheres negras são:

- HIPERTENSÃO ARTERIAL – Na população negra apresenta-se mais complexa e no Brasil é a maior causa de morte materna, sendo possível ser tratada com medicação e vida saudável.
- DIABETES MELLITUS TIPO II – A população maior atingida por esta doença é a população negra, principalmente as mulheres, assim podendo ocasionar gravidez de risco. É uma doença também tratável com medicamento.
- MORTE MATERNA EM MULHERES NEGRAS – A morte materna por toxemia gravídica, que corresponde a doença hipertensiva específica na gravidez, acontece mais frequentemente mulheres negras. É associada a fatores pré-existentes como obesidade, HAS, gemelaridade, idade materna avançada. Alguns destes fatores podem ser explicados pela má assistência no pré-natal.
- ANEMIA FALCIFORME – Doença que se agrava mais na população negra, ela é hereditária, mulheres negras que apresentam esta doença tem a probabilidade de gravidez de risco, sendo tratável precocemente com acompanhamento intensivo.
- PROBLEMAS MENTAIS - A discriminação e exclusão que são acometidas a população negra, mais especificamente a mulher negra, são fatores importantes que determinam seu modo de vida e contribuem para aumentar os problemas mentais, sociais e econômicos. (BRASIL, 2005, p. 9-13)

Essas doenças podem ser causadoras de mortes em mulheres negras no período gestacional, em função de não serem diagnosticadas e tratadas corretamente. Segundo Cunha et al. (2005) ao trabalhar as causas de morte agrupadas em evitáveis e não evitáveis observa-se uma percentagem maior entres as causas evitáveis, nos óbitos de crianças negras. Dentre aquelas classificadas como evitáveis destacam-se, majoritariamente, as causas no período pré-natal assim como aquelas do momento do parto como as mais prevalentes. Esses resultados indicam um diferencial racial no acesso aos serviços de saúde e representam os maiores índices de mortalidade materna em mulheres negras.

A mulher negra na sociedade brasileira vem enfrentando disparidades que a

colocam em um patamar de inferioridade em relação às mulheres brancas. Com relação a educação apresentam menor acesso, possuem status social e econômico mais baixo, vivem em piores condições de vida e de moradia. Já com relação à saúde reprodutiva, têm menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentam maiores chances de engravidar ainda que não o desejem.

Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste concentra-se a maioria das mortes de mulheres negras em decorrência de problemas na gravidez, parto, puerpério, e também a maioria das mortes maternas. (MARTINS et al., 2000)

Os estudos que tratam das desigualdades em saúde no Brasil têm revelado que pessoas negras, quando comparadas às brancas, apresentam múltiplas desvantagens sociais, principalmente, no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Esse quadro de desigualdade entre pessoas negras e brancas está relacionado tanto a fatores estruturais como escolaridade e renda, quanto à discriminação racial.

A discriminação racial e de gênero repercutem negativamente no acesso e na permanência das mulheres negras nos serviços de saúde e não estão inseridas apenas nas práticas individuais, mas fazem parte das normas e rotinas institucionais.

Apesar da obrigatoriedade, a ausência da variável cor na maioria dos sistemas de informação da área de saúde tem dificultado uma análise mais consistente sobre a saúde das mulheres negras no Brasil. No entanto, os dados socioeconômicos referentes à população negra por si só já são indicadores de seu estado de saúde. A grande maioria de mulheres negras encontra-se abaixo da linha de pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro quando comparada à das mulheres brancas. Por essas razões, elas possuem menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, ocasionando maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças em relação às mulheres brancas.

Estudos de Brasil (2005); Cunha (2012); Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (2017); IPEA, 2014; Martin et all (2000); Schneider (2009) têm demonstrado que as mulheres negras estão expostas a tratamentos inadequados e ações insuficientes de cuidado e prevenção em saúde, principalmente no âmbito da saúde reprodutiva.

No tocante à gestação, os resultados de estudo realizado a partir da análise de relatórios de Comitês de Morte Materna mostraram que o risco de morte materna é

maior entre as mulheres negras. Dentre as causas, apontam complicações da gestação ou trabalho de parto, devido à falta de acesso ao cuidado pré-natal e/ou um cuidado pré-natal de baixa qualidade.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde vem demonstrando que existe desigualdade no acesso ao cuidado pré-natal para as mulheres brasileiras, sendo que as gestantes negras realizaram menos consultas pré-natais do que as brancas. Em relação ao exame do colo do útero, encontrou-se também maior proporção de mulheres negras dentre as que nunca realizaram o referido exame. Além disso, outro estudo mostrou que a prevalência e a reincidência dos miomas uterinos e a realização de histerectomia é maior entre as mulheres negras.

Corroborando com essas pesquisas, privilegiamos a apresentação de alguns indicadores sociais para demonstrar o racismo como fator relevante para as desigualdades sociais e como opera na produção das iniquidades, entre negros e brancos, no acesso aos serviços de saúde. Apresentamos dois estudos com dados estatísticos que reafirmam essas desigualdades entre mulheres negras e brancas. Cunha et al. (2005) apresentam panorama das regiões do Brasil com relação aos atendimentos de gestantes no ano de 2000. Das mulheres negras que deram à luz na região Norte do país, 8,9% não realizaram consultas de pré-natal contra 6,5% das brancas, o que implica em 36% menos de chance de acesso a este tipo de assistência. No Nordeste, as proporções foram de 10,1% para as negras e 6,9% para as brancas, razão de 46%. No Centro-Oeste, 3,9% versus 1,8%. No Sudeste e Sul, a proporção de negras que não tiveram acesso aos cuidados no período gravídico foi o dobro das brancas.

Em estudos realizados por Schneider (2009) em maternidades do município do Rio de Janeiro, das 9.633 puérperas atendidas, entre julho de 1999 e março de 2000, mais negras que brancas relataram diagnóstico de doença hipertensiva e sífilis durante a gestação. Na avaliação quantitativa dos cuidados no pré-natal, a situação de inadequação foi comum para a maioria das mulheres negras. Além da inadequação do pré-natal, a peregrinação em busca de atendimento foi de 31,8% entre as pretas, 28,8% entre as pardas e 18,5% entre as brancas. A anestesia foi amplamente utilizada para o parto vaginal em ambos os grupos. Contudo, a proporção de puérperas que não tiveram acesso a este procedimento foi maior entre as pretas e pardas 21,8% e 16,4% respectivamente.

Estes estudos mostram que as desigualdades raciais se perpetuam nos serviços

de saúde reprodutiva, revelando que é fundamental compreender esse processo para a superação das opressões, discriminações e preconceitos raciais e suas implicações sobre a saúde da mulher negra. A incorporação do quesito cor nos sistemas de informações de saúde possibilita evidenciar, mediante constatações empíricas, diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença. (SOARES, 2012)

As causas de morte materna estão relacionadas à predisposição biológica das negras para doenças como a hipertensão arterial, fatores relacionados à dificuldade de acesso, à baixa qualidade do atendimento recebido e a falta de ações e capacitação de profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas. (BRASIL, 2001)

A invisibilização e naturalização dessas mortes revelam que o "silêncio" existente não se configura apenas em omissão, fato este que já seria grave violação de direitos humanos, mas, sobretudo, em ação, ou seja, ação de consentir, de permitir, de deixar matar e deixar morrer. Ou seja, vai além do fato de compreender a situação da mulher negra. Revela-se algo que está enraizado na sociedade, algo que se perpetua na atenção à população marginalizada que são os negros na sociedade brasileira.

É consenso na literatura que é sobre as mulheres negras que recaem as maiores desvantagens de um sistema desigual e injusto. O pertencimento racial desde sempre, e com inegável carga discriminatória histórica, recai sobre a mulher negra e pobre. A mulher negra, portanto, tem que dispor de redobrado esforço, dispendendo maior tempo e energia para superar os obstáculos impostos ao seu direito de cidadania.

Ao reconhecer a saúde como conjunto de condições integrais e coletivas de existência, influenciadas pelo contexto político, socioeconômico, cultural e ambiental, ressaltamos a importância de estudos sobre a saúde da população negra. No presente estudo, conforme já citado anteriormente, nosso olhar se volta para enfatizarmos o câncer de mama em mulheres negras, tema que será aprofundado no próximo item.

3.2 Câncer de Mama em mulheres negras

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Nesse processo, as células se dividem rapidamente, podendo apresentar um comportamento agressivo e incontrolável, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-

se para outras regiões do corpo.

Existem vários tipos de células do corpo que dão origem a diferentes tipos de câncer. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase. O câncer está na categoria das doenças crônicas não transmissíveis. Os adoecidos crônicos convivem com enfermidades de longa permanência, com doenças incuráveis, com reflexos importantes sobre suas vidas, nas atividades da vida diária, nas relações sociais e familiares, nas instituições de saúde, nos cuidadores, nos demais grupos e situações sociais.

O câncer de mama, na saúde pública, vem se constituindo um grande desafio num contexto de envelhecimento populacional e enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no país, depois dos tumores de pele não melanoma e é o que mais leva ao óbito. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. No Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama para o ano de 2019, são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres.

O câncer de mama, possivelmente, é a neoplasia mais temida pelas mulheres, uma vez que a sua ocorrência causa grande impacto psicológico, funcional e social, atuando negativamente nas questões relacionadas à autoimagem e à percepção da sexualidade. É considerado de grande importância na assistência à saúde da mulher, devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade.

Embora a incidência do câncer de mama em países desenvolvidos seja maior, sua mortalidade é menor devido ao melhor conhecimento da doença e maior tecnologia tanto no rastreamento quanto no tratamento. No Brasil, entretanto, observa-se aumento tanto da incidência como da morbidade e mortalidade, uma vez que ainda existem inúmeras barreiras que perduram desde o acesso às ações de detecção precoce até às dificuldades de utilização dos recursos diagnósticos e dos tratamentos indicados. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, gerando importantes impactos individuais, sociais e políticos, resultam na chegada das usuárias em estágios mais avançados do câncer de mama, o que gera um pior

prognóstico. Sendo considerado um problema de Saúde Pública é um dos alvos primordiais da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Desde 1980, o Brasil vem desenvolvendo políticas públicas na detecção precoce do câncer de mama e, em 1996, recebeu um destaque devido a Implantação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Útero e de Mama (Viva Mulher), cujo principal objetivo era reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, sociais e psíquicas da doença. A Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) e o Pacto pela Saúde (2006) definiram como estratégias adotadas para o controle do câncer a prevenção, detecção precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos

Embora o câncer de mama seja considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado no início, as taxas de mortalidade ainda são elevadas no Brasil, provavelmente pelo diagnóstico tardio, no qual o estágio da doença já se encontra avançado. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos nos países desenvolvidos é de 85%, já nos países em desenvolvimento fica em torno de 60%.(INCA, 2015)

A abordagem do câncer de mama atravessa todos os níveis de atenção e, para obter melhor resultado no controle, necessita que a rede esteja articulada entre si. Nesse sentido, no SUS, o fluxo para atendimento do câncer de mama está organizado da seguinte forma: a Atenção Básica é responsável pelas ações de prevenção e detecção precoce. Quando há uma suspeita de câncer, as mulheres são encaminhadas para a Média Complexidade para investigação diagnóstica. Confirmado o câncer, elas são encaminhadas para tratamento numa unidade hospitalar de referência, o INCA se enquadra nesta última, Alta Complexidade. Os encaminhamentos devem ser feitos por meio do sistema de regulação que organiza o acesso aos serviços dentro da oncologia.

A detecção precoce do câncer de mama é fundamental para obter um tratamento menos invasivo e a cura da doença. As recomendações para a detecção precoce do câncer de mama incluem o diagnóstico precoce, que consiste em investigação oportuna das lesões mamárias suspeitas, o rastreamento que é a realização de exames periódicos em mulheres sem sinais e sintomas da doença. As diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de mama (INCA, 2015) preconizam a oferta de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos. As mulheres devem ser orientadas sobre riscos e benefícios do rastreamento mamógrafico para que exerçam o seu direito de fazer ou não o exame de rotina.

O adequado tratamento é parte fundamental das ações de controle do câncer

de mama, tendo impactos diretos na sobrevida e na mortalidade das mulheres acometidas pelo câncer. De acordo com as condutas do INCA (2015), o tratamento para o câncer de mama conjuga uma série de modalidades terapêuticas que compreendem a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormônio terapia e cuidados paliativos.

Alguns fatores podem interferir na definição do tratamento, são eles: o estadiamento (extensão da doença), características biológicas, condições dos usuários (idade, status menopausal, comorbidades e preferências). O prognóstico do câncer de mama depende do estadiamento, assim como das características do tumor. Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Contudo, se houver evidências de metástases (doença a distância), o tratamento tem por objetivo principal prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do usuário.

Há consenso na literatura que um dos principais determinantes do diagnóstico inicial do câncer de mama, em estádio avançado, é o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas, o que compromete, de maneira importante, para um prognóstico ruim das usuárias.

Na Figura 1 são apresentadas proporções de casos de câncer de mama no período de 2000 até 2015 em diferentes estádios. Analisando a Figura 1 podemos identificar a quantidade elevada de diagnósticos de câncer de mama em estádio mais avançado em relação aos casos de câncer com melhores chances de cura e tratamento menos invasivo.

Diante dessa realidade se constata que aproximadamente 40% dos casos de câncer de mama são diagnosticados em estádios mais avançados (III e IV), acarretando um tramento mais agresivo que pode causar outras comorbidade e ou sequelas, maior sofrimento psíquico e limitações tanto laborativas como para atividades da vida diária. Ressaltamos que mudar essa realidade do diagnóstico precoce do câncer de mama é um desafio necessário, pois a detecção precoce aumenta significativamente a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres, posteriormente ao diagnóstico da doença.

Segundo o INCA, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar do fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Um exemplo são os indivíduos portadores de

retinoblastoma[14] cujos 10% dos casos apresentam história familiar deste tumor. Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer. Um exemplo é a leucemia[15] linfocítica, a qual possui como principal característica o acúmulo de células doentes na medula óssea, de modo que estas células substituem as células sanguíneas normais. Esta doença é rara em orientais. Outro exemplo é o sarcoma de Ewing[16] que é muito raro em negros.

O câncer de mama não tem uma causa única. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), fatores endócrinos - obesidade, fatores comportamentais/ambientais e os fatores hereditários e consanguíneos (união de familiares em primeiro e segundo grau). A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência[17] aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta.

Segundo INCA (2019) e Fernandes et al. (2016), os fatores genéticos estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família, especialmente *BRCA1* e *BRCA2*. De 5 a 10% dos casos de câncer de mama são atribuídos a fatores hereditários como as mutações germinativas nos genes *BRCA1* e *BRCA2*, que são responsáveis pela síndrome de cânceres de mama e ovário hereditários. Mulheres com histórico de casos de câncer de mama em familiares próximos, sobretudo em idade jovem; de câncer de ovário ou de câncer de mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença

Ao pensarmos na composição étnica da população brasileira, num primeiro

[14] Tumor maligno originário das células da retina, que é a parte do olho responsável pela visão, afetando um ou ambos os olhos. Geralmente ocorre antes dos 5 anos de idade.

[15] Leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos, geralmente, de origem desconhecida. Leucemia linfoide crônica (também conhecida como Leucemia linfocític**a** crônica ou LLC) é uma neoplasia dos linfócitos. A LLC afeta o linfócito B, que se origina na medula óssea e está presente nos linfonodos. Os linfócitos B são células envolvidas no combate às infecções. Na LLC, o DNA desta célula é danificado, o que prejudica a sua função e leva a um aumento desordenado na sua produção.

[16] O sarcoma de Ewing é o segundo tumor ósseo mais frequente na infância e adolescência. Trata-se de um câncer altamente agressivo, e pode também surgir em tecidos de partes moles (músculos, cartilagens). Os avanços no tratamento levaram a uma melhora significativa dos resultados. Pacientes com doença localizada têm sobrevida em torno de 70-80%. Em pacientes com doença metastática (quando o câncer se espalhou), a sobrevida é em torno de 30%).

[17] É o número novos de casos diagnosticado da doença que ocorreram em uma população, em um determinado período de tempo. A taxa de incidência expressa a relação do número de casos novos com o tamanho da população (por exemplo a cada 100 mil habitantes).

momento, tivemos os negros que retirados compulsoriamente de distintas regiões e países do continente africano, pertenciam a diferentes grupos étnicos que viviam num meio ambiente diversificado, com uso e costumes diferentes. Os conceitos dos grupos étnicos vindos para o Brasil, mesmo sendo discutíveis, são considerados pela literatura histórica e antropológica com a seguinte composição: os bantos correspondem a cerca de 50% a 60% e são originários de regiões situadas ao sul do continente. Os procedentes da baía de Benin representam aproximadamente 40%. Percentagem pouco expressiva corresponde aos que são oriundos da região da Senegâmbia (BRASIL, 2001).

Dentro desse contexto, os negros escravizados foram espalhados por várias regiões do país, impondo-se dessa forma a reunião de grupos étnicos diversos sob o mesmo espaço. As diferentes etnias do período foram culturalmente diluídas, o que resultou na ideia de um conjunto populacional único, denominado de negro. Niveladas pelo fenótipo cor da pele, aos poucos surgiram novas identidades étnicas e os hábitos e costumes foram sendo transformados e incorporados ao cotidiano.

A união entre esses distintos grupos étnicos africanos resultou também de uma genética peculiar, visível na diversificação do fenótipo dos afrodescendentes, quando se consideram outras características externas como tonalidade da pele, constituição do cabelo, formato do crânio. Embora essas diferenças sejam vinculadas na diversidade genética africana, para população branca, escravizadora, são percebidas como um conjunto uniforme identificada como população negra.

A população branca que chegou ao Brasil também apresenta diversidade étnicas, pois não se pode deixar de mencionar que esses brancos também são resultado de várias miscigenações ocorridas ao longo do processo histórico de formação dos povos europeus em contato com a Ásia e a África. Quanto à população original do Brasil, os indígenas também são constituídos por vários grupos étnicos com cultura, costumes e territórios diferentes e, como os negros e os brancos, acabam sendo nivelados pelo fenótipo (cor da pele), como se houvesse homogeneidade étnica.

Segundo o Relatório Final da Mesa Redonda sobre "A Saúde da População Negra", realizada em 1996, sob o patrocínio do Ministério da Saúde, a população negra brasileira apresenta uma especificidade genética que a distingue da "de qualquer outra parte do mundo". Este fato se deve à miscigenação, no país. Esta mistura genética e cultural resultou em uma população diferente da população negra de outros países da América e, inclusive, da própria África.

Grande parte dessa população vive na periferia de centros urbanos, com moradias inadequadas, baixa cobertura de saneamento básico, proporção elevada de analfabetismo, pouca qualificação profissional e pouca perspectiva de ascensão social. É uma população marginalizada, discriminada socialmente e mais vulnerável à violência e a doenças. Segundo Alves e Barbosa (1998), é possível que, do ponto de vista das doenças com forte determinação genética, a população brasileira afrodescendente possa manifestá-las com características próprias, não sendo correta a simples transposição dos resultados das pesquisas sobre essas doenças realizadas em outros países.

Consideramos importante refletir sobre a composição étnica brasileira, por ser uma população que passou por um processo de miscigenação grande, dificultando assim uma investigação com base em fatores genéticos.

Grande parte dessa população vive na periferia de centros urbanos, com moradias inadequadas, baixa cobertura de saneamento básico, proporção elevada de analfabetismo, pouca qualificação profissional e pouca perspectiva de ascensão social. É uma população marginalizada, discriminada socialmente e mais vulnerável à violência e a doenças. Segundo Alves e Barbosa (1998), é possível que, do ponto de vista das doenças com forte determinação genética, a população brasileira afrodescendente possa manifestá-las com características próprias, não sendo correta a simples transposição dos resultados das pesquisas sobre essas doenças realizadas em outros países.

Consideramos importante refletir sobre a composição étnica brasileira, por ser uma população que passou por um processo de miscigenação grande, dificultando assim uma investigação com base em fatores genéticos.

Nos Estados Unidos, as disparidades raciais na mortalidade por câncer de mama continuam a existir, apesar de uma redução geral na incidência. Desde a década de 1950, as taxas de incidência de câncer de mama estabilizaram e a mortalidade diminuiu para as mulheres brancas, enquanto a mortalidade por câncer de mama aumentou de forma constante para as mulheres “afro-americanas”. Atualmente, as mulheres “afro-americanas” morrem com mais frequência de câncer de mama do que as brancas (30,2 vs. 21,3, respectivamente, por 100.000) e também apresentam uma taxa de sobrevida menor em 5 anos (82% vs. 92%, respectivamente) (MARTINEZ et al., 2016).

Uma das causas dessa disparidade está relacionada ao estágio do diagnóstico

de câncer de mama para maioria das mulheres “afro-americanas”. Esses estudos identificam maior probabilidade de mulheres “afro-americanas” serem diagnosticadas em estágio avançado, receberem tratamento inadequado ao estágio da doença, possuir menos tempo de sobrevida após o diagnóstico e apresentarem um prognóstico ruim. O que pode estar relacionado a fatores genéticos ligados à ancestralidade africana, contribuindo assim para essa disparidade. Mas também, não podemos deixar de mencionar os estudos de Williams et al. (2016) onde ressaltam a importância de investigar a relação existente entre os “eventos estressores do cotidiano dos negros”, que podem vir a contribuir para as diferenças raciais e a gravidade no curso do tratamento do câncer de mama em mulheres “afro-americanas”. Segundo Williams:

> Compreender e abordar efetivamente as disparidades entre brancos e negros no câncer de mama exigirá compreender rigorosamente as experiências vividas de mulheres negras de racismo, segregação, estresse psicossocial e o estresse cumulativo de viver em meio a uma carga desproporcional de agressões sociais e ambientais e como essas experiências prejudicam a saúde e contribui para o risco de câncer de mama e mortalidade. (2016. P.2138)

Como sinalizamos anteriormente, não existem pesquisas que apontem os motivos de uma maior prevalência de câncer de mama com prognóstico ruim entre as mulheres negras. Williams et al. (2016) aborda em seus estudos que ao comparar mulheres brancas não hispânicas e mulheres negras hispânicas encontrou resultados para diagnóstico em estágio avançado e mortalidade por câncer de mama semelhante em magnitude às mulheres negras não hispânicas, diferentemente do padrão das mulheres brancas hispânicas. Isso sugere que os riscos genéticos ligados à ancestralidade africana podem ter algum papel no câncer de mama. O mesmo autor ainda levanta a hipótese que as populações de ascendência africana em diferentes contextos geográficos podem enfrentar exposições comuns ligadas à adversidade social e econômica devido à cor da pele ou discriminação que pode aumentar os riscos de câncer de mama através de acesso a cuidados de saúde, exposição a agressões sociais e ambientais ou aumento do estresse psicossocial.

Em todos os trabalhos consultados (FERNANDES et al., 2016; MARTINEZ et al., 2016; SOARES et al., 2015; WILLIAMS; MOHAMMED; SHIELDS, 2016) ao compararem mulheres brancas com mulheres “afro-americanas” obtiveram os mesmos resultados que colocam a mulher negra em situação desfavorável quanto ao diagnóstico precoce, tratamento do câncer de mama e com altas taxas de mortalidade.

A realidade do câncer de mama no Brasil não está muito diferente da realidade dos EUA com relação ao câncer de mama em mulheres negras. A partir da realidade vivenciada empiricamente no cenário de prática desta pesquisa, enquanto assistente social do Hospital do Câncer - HCIII, observo que no ano de 2011, o quantitativo de mulheres não brancas matriculadas no INCA em relação a mulheres brancas foi reduzido. Tal observação vem sendo reforçada pelos dados de registro hospitalar de câncer desta unidade, que em 2011 foi de apenas 11,6% para mulheres negra, 31,8% para mulheres pardas e 56,1% para mulheres brancas. Tal situação suscitou alguns questionamentos com relação à "população negra."[18] Existe algum fator genético que protegeria mulheres negras do câncer de mama? Como vem se dando o acesso destas mulheres a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama?

Para um maior aprofundamento dessa situação, buscamos na literatura por estudos que contribuam para pensar a respeito do câncer de mama considerando o fator raça. Os resultados nos incentivam a conhecer mais essa realidade, pois apresentam uma situação bem desfavorável para a mulher negra. VERISSIMO (2018), levantou em seu trabalho alguns autores que abordam a questão do câncer de mama, na qual, identificam uma disparidade racial em relação ao diagnóstico e tratamento para o câncer de mama em mulheres negras comparadas as mulheres brancas.

Autores brasileiros (AMORIM et al., 2008; AYALA, 2012; RENNA JUNIOR; SILVA, 2018; SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007; SCHNEIDER; ELEONORA, 2009; SILVA; VIANNA; BARJA, 2017) ao analisarem a situação do câncer de mama no país, têm considerado que a falta de acesso aos serviços de saúde é uma das mais importantes causas da progressão da doença, pois impede o diagnóstico precoce. Essa realidade está associada à existência de desigualdades raciais e socioeconômica, onde a população negra na sociedade brasileira encontra dificuldade de acesso aos bens e serviços disponibilizados pelo poder público.

Essas pesquisas, realizadas em diversas regiões do Brasil, ao analisarem as variáveis raça/cor, grau de instrução, situação socioeconômica concluem que esses fatores podem interferir no acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento do câncer de mama, além de impactar na expectativa de vida das mulheres negras.

[18] Neste trabalho, optamos em seguir a orientação do movimento negro que considera negros a soma de pardos e negros, como utilizada também pelo IBGE.

Essa situação pode ser exemplificada através dos dados do INCA sobre desigualdades no acesso ao exame de mamografia segundo nível escolaridade levando em consideração a cor/raça.

Os dados do PNS (2013) representados na Figura 1 ajudam a ilustrar a dificuldade de acesso da mulher negra a serviços de saúde fundamentais. Na Figura 2, são apresentados o percentual de mulheres negras, pardas e brancas entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia. Os dados da Figura 2 mostram que cerca de 66,2% das mulheres brancas na faixa etária da pesquisa realizaram mamografia, enquanto que 54,2% de mulheres negras e 52,9% de mulheres pardas na mesma faixa etária realizaram este tipo de exame.

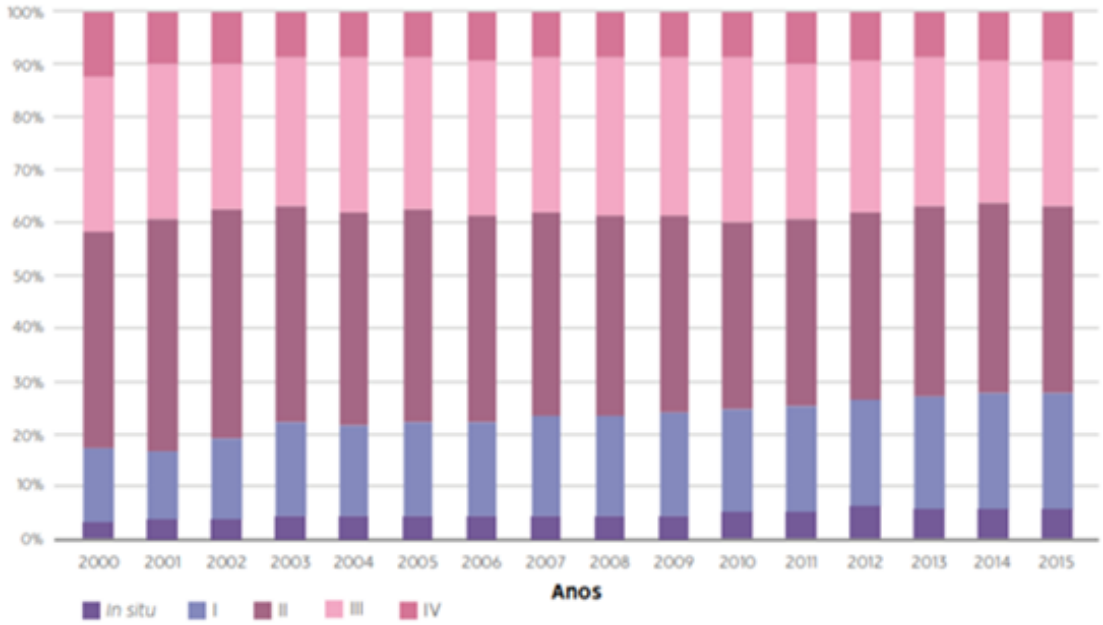


Figura 1 – Proporção percentual de casos de câncer de mama feminina, segundo estádios clínicos. RHC, de 2000 a 2015 (retirado de INCA, 2019, p:44.)

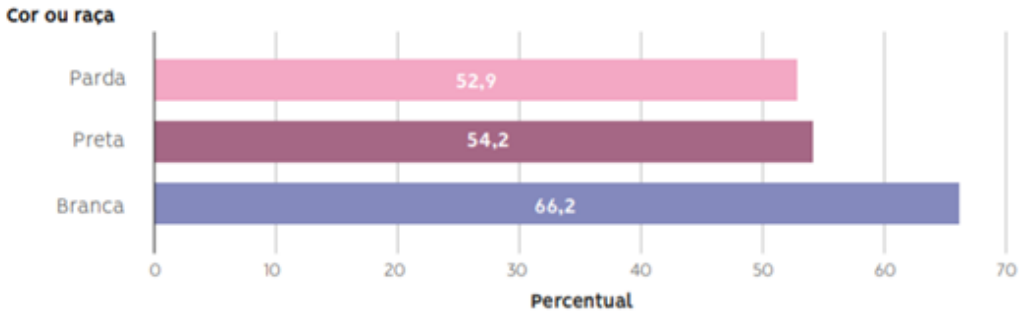


Figura 2 – Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que fizeram mamografia nos últimos dois anos, no Brasil, segundo cor ou raça. PNS, 2013. (retirado de INCA,2019, p:45)

Já na Figura 3 é possível observar em diferentes regiões do Brasil o percentual de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia em função do grau de escolaridade. Observa-se na Figura 3 que em todas as regiões quanto maior o grau de escolaridade, maior o percentual de mulheres que realizaram o exame de mamografia. É também interessante notar que nas regiões Norte e Nordeste o percentual de mulheres com nível de escolaridade superior completo que realizaram a mamografia foi parecido com o observado nas demais regiões. Todavia, nas regiões Norte e Nordeste as mulheres com níveis de escolaridade inferior apresentaram menor acesso à realização da mamografia do que nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Esses dados mostram que o nível de escolaridade pode repercutir na procura aos serviços de saúde diante do aparecimento de nódulos ou de suspeita de tumor maligno de mama. Como vimos anteriormente neste trabalho, as mulheres negras se enquadram no perfil de possuir menor escolaridade em relação às mulheres brancas. Por serem mais vulneráveis, devem ser alvo de estratégias de prevenção mais específica que leva a diminuição dessa desigualdade racial.

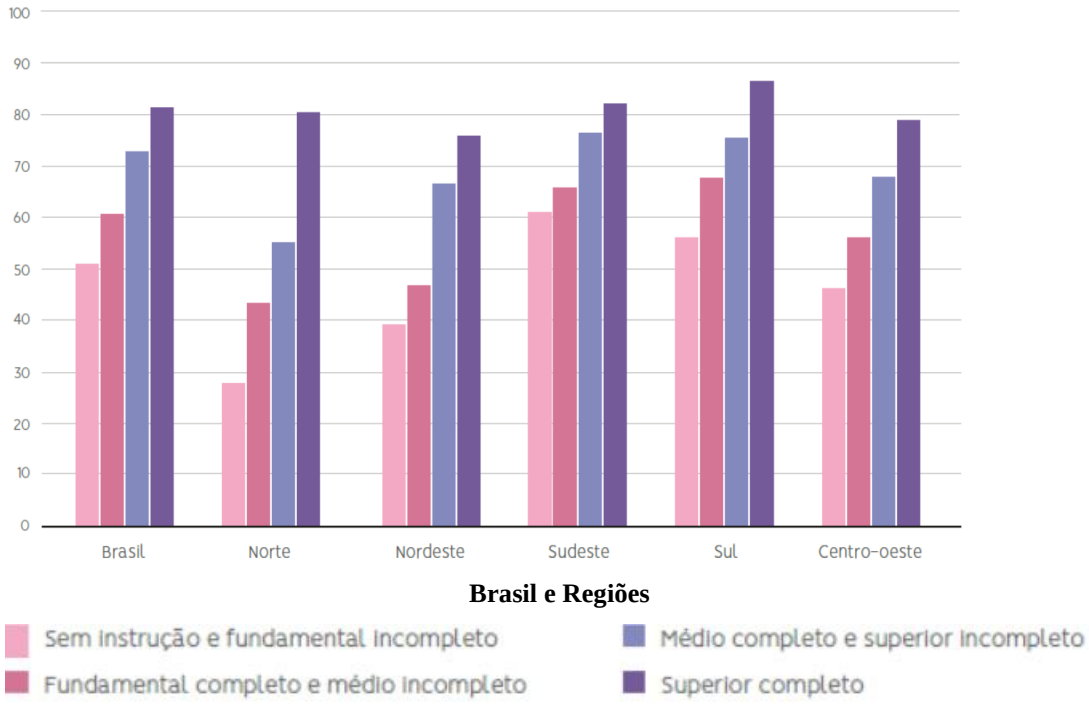


Figura 3 – Percentual de mulheres de 50 a 69 anos que realizaram exame de mamografia nos últimos dois anos anteriores à pesquisa, por nível de instrução, Brasil e Regiões. PNS, 2013. (retirado de INCA, 2019, p:56)

A maioria dos estudos consultados para esta pesquisa conclui que as mulheres negras possuem maior risco de serem estadiadas tardiamente em relação às mulheres brancas, são usuárias dependentes do SUS, têm menor nível de escolaridade e apresentam maior incidência de óbito e metástases. Em geral, as mulheres negras com câncer de mama possuem um pior prognóstico quando comparada a outros grupos étnico-raciais, apontando como possíveis causas o diagnóstico tardio da doença, o acesso mais dificultado à assistência terapêutica e as possíveis diferenças no tratamento e em seus resultados. Uma realidade que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra não conseguiu modificar.

Apesar dessa realidade, não existem estudos caracterizando o perfil de linhagem genética de uma amostra de risco hereditário de câncer de mama na população brasileira. De acordo com Gabriela C. Fernandes et al (2016) os principais estudos publicados até o momento envolvem populações específicas tais como: mulheres jovens com câncer de mama; regiões e ou mutações específicas de genes, com a maioria dos estudos focando suas análises na identificação das mutações nos genes *BRCA1/BRCA/2*.

Ainda com base nos estudos de Gabriela C. Fernandes et al (2016), onde utilizaram uma amostra de 349 famílias com risco hereditário de câncer de mama e de ovário de uma única instituição para a presença de mutação germinativa *BRCA1 e BRCA2*, assim como para a composição étnica (linhagem genética). O estudo comprova a grande miscigenação que a população brasileira passou e apesar de terem encontrado uma grande predominância de ancestralidade europeia nas amostras estudadas, todos os indivíduos (com ou sem mutação) tiveram uma maior ou menor extensão de perfis ancestrais e essa mistura não se correlacionou com status mutacional, tipo de mutação, idade ao diagnóstico ou tipo de câncer desenvolvido. No entanto, observaram um comportamento mais agressivo do câncer em pacientes cujo componente Africano foi maior.

Os autores apresentam algumas lacunas em seu trabalho. Apesar de ser considerado o maior estudo brasileiro envolvendo o sequenciamento completo dos genes *BRCA1 / BRCA2* em uma amostra de alto risco para o HBOC e correlacionando os achados com o perfil ancestral da população, a coorte analisada não pode ser considerada representativa do conjunto da população brasileira e os resultados obtidos em relação à falta de associação entre o perfil mutacional e a ancestralidade genética devem ser validados em uma coorte maior. “A genotipagem de um grupo amostral

maior, com todas as cinco regiões brasileiras igualmente representadas, seria muito informativa". (FERNANDES et al., 2016).

Como foi abordado neste trabalho, as mulheres negras encontram-se em desvantagens em relação às mulheres brancas em múltiplas dimensões: no acesso à saúde, educação, trabalho, recursos econômicos e sociais. Para além de pesquisas na área da genética, deve-se ter também um olhar diferenciado, no sentido de entendermos melhor os impactos dos determinantes sociais, do racismo na vida das mulheres negras para o desenvolvimento do câncer de mama, contribuindo assim, para a redução efetiva das disparidades raciais e de classe no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Para conhecermos melhor como vem se dando o acesso das mulheres negras no INCA III, campo de estudo desta pesquisa, reservamos essa parte do trabalho para trazermos alguns dados dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC, no período entre 2009 a 2016 em relação a matrícula das usuárias, levando em consideração o quesito raça/cor. A finalidade é evidenciar ou não, quantitativamente, desigualdades em relação à matrícula entre brancas e negras, como também ter uma visão como essas mulheres chegam ao INCA III. Convém sinalizar que foram excluídas todas as matrículas do sexo masculino dos períodos avaliados.

No primeiro momento, estabelecemos o período de 2012 a 2016, mas no decorrer deste estudo surgiu a necessidade de incluirmos mais três anos (2009, 2010, 2011) afim de conseguirmos realizar uma comparação com a tendência do aumento da população negra na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE,2016), desse mesmo período, como foi abordado no final do capítulo anterior.

No período de 2009 a 2016, na unidade do INCA III, na Tabela 1, verifica-se um aumento das matrículas de mulheres negras (pretas e pardas) e diminuição das matrículas de mulheres da cor branca, a partir de 2012. Esses dados se igualam a tendência sinalizada pelo IBGE. Observa-se que a variável raça/cor a partir do ano de 2012, apresenta um aumento significativo para mulheres negras, porém em 2016 volta a ter queda das mulheres de cor preta/pardas. Não foi possível, neste trabalho, fazermos uma análise até os dias atuais, por problemas institucionais de sistematização dos dados.

O que torna importante considerar que a variável (raça/cor) tem como fonte de informação a autodeclaração no momento da realização de seu cadastro na instituição, por formulação de pergunta direta pelo atendente responsável por esse registro inicial,

ou pela concepção do próprio atendente, sem questionamento à usuária. O que se observa empiricamente é que não há uniformização de conduta relativa à coleta dessa informação no momento da matrícula da usuária no INCA III. Assim, o critério de classificação fica por conta do profissional que realiza o atendimento sem envolver a usuária. Outro fator que pode estar influenciando essa tendência, de queda de matrícula de mulheres brancas e aumento das mulheres negras, são as Políticas de Ações Afirmativas que contribuem para mudança da imagem e da autoestima da população negra e afirmação de sua identidade racial.

Tabela 1 – Número de matrículas de mulheres realizadas no INCA III em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2016.

Cor/Raça	**Ano da Matricula**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Branca	846	815	713	749	617	647	510	745
Preta/Negra	679	652	528	750	680	638	724	513
Amarela	1	1	0	1	2	3	1	2
Indígena	0	1	1	1	0	0	1	0

Elaboração própria

A Tabela 2, demonstra a relação do número de óbitos que ocorram no mesmo ano da matrícula e até 5 anos após a matrícula, período de sobrevida estabelecido para pessoas com doença avançada. Os dados desta Tabela só corroboram o que já foi sinalizado anteriormente neste estudo: que mulheres negras possuem maior risco de serem diagnosticadas de câncer de mama em estágios mais avançado da doença em relação às mulheres brancas e com mais probabilidade de óbito.

Como se pode observar na Tabela 2, em todos os anos analisados (2009 a 2012), a porcentagem de óbito foi maior em negras em relação às brancas. De uma forma geral, esses dados reafirmam os achados de outras pesquisas citadas neste estudo (AMORIM et al., 2008; AYALA, 2012; FERNANDES et al., 2016; MARTINEZ et al., 2016; RENNA JUNIOR; SILVA, 2018; SANTOS; GUIMARÃES; ARAÚJO, 2007; SCHNEIDER; ELEONORA, 2009; SILVA; VIANNA; BARJA, 2017; SOARES et al., 2015; WILLIAMS; MOHAMMED; SHIELDS, 2016), quanto às desigualdades raciais na saúde, ainda que o recorte tenha sido mortalidade de mulheres negras com câncer de mama. A identificação desses

dados evidencia a dimensão do legado do passado escravista da população negra, que produziu desigualdades resultantes do racismo e da discriminação racial.

Tabela 2 – Número de óbitos ocorridos no INCA III num período de 5 anos a contar da matrícula em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2012.

Ano da Matrícula	**Óbito em 5 anos da em relação a cor**							
	Branca	**%**	**Preta**	**%**	**Amarela**	**%**	**Parda**	**%**
2009	180	21,3	67	28,4	--	-	120	27,1
2010	196	24,0	57	26,1	1	100	123	28,3
2011	153	21,4	36	24,8	--	-	97	25,3
2012	150	20,0	80	29,7	--	-	121	25,1

Elaboração própria

As disparidades na área da saúde entre mulheres negras com câncer de mama e mulheres brancas observadas neste estudo, sinalizam iniquidades no acesso e na qualidade da atenção integral à saúde das mulheres, alertando para a importância da promoção da equidade em saúde, por meio do combate ao racismo e às desigualdades sociais. Não podemos deixar de ressaltar que mulheres negras, em sua história de vida, enfrentam os efeitos cumulativos da discriminação racial, de gênero, da redução de direitos e acesso à saúde, status social mais baixo, trabalhos mais precarizados. Enfim, compartilham várias situações negativas no cotidiano de suas vidas e isso também pode contribuir para o surgimento de doença e neste caso o câncer de mama.

Ao descrever e analisar comparativamente o quantitativo de matrículas no HCIII e o tempo dos óbitos entre mulheres negras e brancas, os dados deste estudo reafirmam a importância da incorporação do recorte racial quando da elaboração dos perfis epidemiológicos, sendo fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à inclusão e ao adequado preenchimento da variável raça/cor nos registros dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os aspectos trabalhados neste estudo, antes de conduzir a algum tipo de conclusão acerca do câncer de mama em mulheres negras, pretendem funcionar muito mais no sentido de indicar novas preocupações para um conhecimento mais profundo sobre as disparidades raciais na oncologia, mais especificamente no diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Sabemos que no Brasil as discriminações raciais são heranças do passado, mas que estão presentes na sociedade atual e são vividas e sentidas no cotidiano de vida da população negra. Como demonstramos ao longo deste trabalho, as desvantagens dos negros em relação aos brancos estão na educação, no mercado de trabalho, na moradia, no acesso aos serviços de saúde etc. Diante desta realidade, buscamos algumas discussões para uma maior compreensão da situação da população negra na sociedade brasileira

Com relação a política social, entre 1930 e 1964, influenciada pela ideologia desenvolvimentista e da adoção de uma cultura nacional mestiça ou sincrética, em termos simbólicos, os negros brasileiros são integrados à nação brasileira, e em termos materiais, pelo menos parcialmente, através da regulamentação do mercado de trabalho e da seguridade social urbana, revertendo o quadro de exclusão e descompromisso patrocinado pela primeira República. Porém, uma política eminentemente universalista não foi capaz de modificar a situação da população negra, permanecendo as desigualdades entre brancos e negros no Brasil;

A ideia que sobressai em relação às políticas sociais é que são mecanismos de articulação, tanto de processos políticos que visam o consenso social, aceitação e legitimação da população, a manutenção das relações sociais, a redução de conflitos. No contexto de mundialização, correspondente ao novo estágio do capitalismo: a restruturação produtiva, o avanço do projeto neoliberal e a contrarreforma do Estado impulsionam a generalização das relações sociais, ampliando a desigualdade de classe, gênero, étnico-raciais, entre outras. Além disso, submete-se a seus domínios e objetivos de acumulação o conjunto das relações sociais: a economia, a política e a cultura, redimensionando as lutas sociais e as configurações do Estado. Em consequência há uma radicalização da questão social e uma nítida regressão dos direitos sociais e de políticas públicas, atingindo assim, todos os setores da vida social,

política e econômica.

Isto fica evidente quando analisamos as políticas sociais nos países de capitalismo periféricos, como o Brasil. Em função da profunda desigualdade racial, de classe e a miserabilidade da população, as políticas sociais não são de acesso universal, pois possuem um caráter setorial, focal e excludente, voltadas para certas categorias específicas. Não conseguindo assim, satisfazer as necessidades primárias ligadas à sobrevivência do conjunto da população que se encontra em situação de vulnerabilidade social.

Os estudos sobre políticas sociais, apesar de reconhecerem que estão voltadas para atender aos interesses econômico e político, consideram que são espaços contraditórios que permitem a absorção de demandas das classes menos favorecidas. Assim, a partir das incorporações dessas demandas introduzidas nas ações do governo, políticas sociais e serviços que vão atender às necessidades da população subalternizadas, mas esses espaços não são hegemônicos, constituem-se em espaços de luta, contradição, conflitos e expansão de direitos. Nesse sentido, o movimento negro, dentro de um contexto histórico, conseguiu introduzir demandas antigas da população negra, principalmente na área da educação e saúde, que se materializam nas Políticas de Ações Afirmativas.

Na saúde os estudos passam a ressaltar a questões étnico racial, para além da situação socioeconômica, permitindo assim, o surgimento de novos elementos capazes de subsidiar a implementação de políticas e ou programas que se destinem a promover não apenas a melhoria das condições de saúde, mas também, e sobretudo, a equidade no Brasil. Nesse sentido, encontramos na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra um instrumento para o enfrentamento das desigualdades presente no cotidiano do ser negro objetivando uma equidade nos serviços de saúde para a população negra.

Vale ressaltar que no Brasil a discriminação e o preconceito são mecanismos que dificultam uma mudança nas relações étnico-raciais, por restringirem acesso à saúde, à educação, à permanência nas escolas, inserção no mercado de trabalho, condições de habitação, enfim igualdade de oportunidades. Na maioria dessas dimensões de condições de vida constata-se, na última década, importante evolução que, no entanto, não se traduz em reduções significativas nos diferenciais entre brancos e negros.

A política pública não pode silenciar diante da elevada intensidade e do padrão

estável da desigualdade racial, como apontam os dados trabalhados neste estudo nos capítulos anteriores. Isso requer estratégias de inclusão social e econômica orientadas pelo princípio de equidade e com preferência racial.

Diante do que apresentamos nesse estudo enfatizamos que as desigualdades raciais são produtos de um amplo e complexo processo de reprodução de iniquidades e de hierarquias sociais. Destacamos o racismo, o preconceito, a discriminação, como mecanismos que atuam na manutenção da população negra nos espaços menos valorizados da sociedade brasileira. Com relação à saúde da população negra, traz diversos desafios.

A população negra apresenta um perfil epidemiológico marcado por singularidades, tanto do ponto de vista genético, como das condições socioeconômicas, educacionais e das desigualdades históricas relacionadas com a pobreza, imputadas pelo racismo. Essa realidade impacta diretamente no processo saúde/doença, reproduzindo diferenças na forma de viver, adoecer e morrer da população negra. Conforme pesquisas mencionadas neste estudo, esse perfil é marcado pela mortalidade precoce, discriminação na assistência e pela qualidade da assistência. O que vem a corroborar para a constatação da existência de desigualdades raciais na saúde e a importância da incorporação do recorte racial na elaboração dos perfis epidemiológicos e de análises de situações de saúde.

A determinação social do processo saúde/doença deve ser analisada no contexto mais amplo das desigualdades sociais existentes em cada realidade regional. Pode-se compreender que as vulnerabilidades sociais que afetam a população negra, mais precisamente do sexo feminino, são referentes a fatores construídos socialmente e que causam a sua segregação na esfera social. São mulheres negras marginalizadas pelas relações sociais de poder existentes, o que contribui para aumento da taxa de desigualdade na área da saúde dessas mulheres.

No universo da oncologia, as desigualdades raciais também se fazem presentes. Com relação ao câncer de mama, este estudo demonstrou que se considerarmos a raça, as mulheres negras, quando comparadas às mulheres brancas, são diagnosticadas com doença avançada inviabilizando o tratamento curativo e sendo o responsável por um maior número de óbitos nessas mulheres. A literatura confirma que a mulher negra brasileira se enquadra nos determinantes sociais para a não detecção precoce do câncer de mama, por serem usuárias da rede pública de saúde (SUS) e apresentarem baixa nível de escolaridade e econômico em relação às

mulheres brancas.

Enfatizamos que o diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil ainda é uma etapa a ser vencida, o que requer investimento e profissionais capacitados, atentos para a detecção precoce, visando aumentar a perspectiva e a qualidade de vida das mulheres, após seu diagnóstico, o que acaba, também, desonerando os cofres públicos.

Sabemos que a miscigenação ocorrida no Brasil deu origem a uma população diferenciada e, segundo a literatura, com uma especificidade genética bem diferente de outras partes do mundo. Tal evidência pode ser um complicador para pesquisas genéticas, levando em consideração o quesito raça/cor, que apontem os motivos de uma maior prevalência de câncer de mama com prognóstico ruim entre as mulheres negras.

Ao analisarmos a situação de mulheres negras com câncer de mama entre o Brasil e os EUA, observamos que nos dois países as mulheres negras são diagnosticadas em estágios mais avançados da doença e apresentam índices elevados na incidência e mortalidade para o câncer de mama. Isso nos leva a inferir que disparidades raciais e socioeconômicas incidem na mortalidade de mulheres negras com câncer de mama.

Ressaltamos a importância de novos olhares para explicar o processo saúde/doença na oncologia, mas especificamente no câncer de mama, que considerem a história de vida dessas mulheres, envolvendo a condição biológica; étnica/racial, as opressões de gênero, as condições de habitação e etc. Concordamos com Kimberlé Crenshaw (1994) quando sinaliza que necessitamos de um novo paradigma embasado no entendimento de que as doenças raciais encontram-se no interior da compreensão da interpenetração de “classe”, “sexo/gênero” e “raça/etnia”. Nesse sentido, propõe ser necessária uma historicização da abordagem interseccional para as desigualdades sociais que são, também, historicizadas e locais, e defende uma perspectiva pós-colonial da interseccionalidade. Compreender a precariedade da vivência das mulheres latino-americanas através de uma chave interseccional que considere raça, gênero, classe, etnia e sexualidade é tão importante quanto explorar de que forma as colonialidades formatam as experiências de vida dessas mesmas mulheres.

Portanto, pode-se compreender que além dos determinantes biológicos, ou seja, doença genética, há também os determinantes externos, fatores que influenciam a forma de vida, visão de mundo, a discriminação racial vivenciada por mulheres negras. Fatores estes que podem estar contribuindo para que essas mulheres

encontrem dificuldade no acesso aos serviços de saúde, apresentem doença mais avançada no momento do diagnóstico e ocupem estatisticamente índices mais altos de óbito em relação a outros grupos étnicos.

Assim, chegamos ao final deste trabalho, mas ainda com muitas incertezas quanto aos questionamentos realizados na introdução. Até que ponto a questão étnica contribui para as desigualdades raciais no diagnóstico e tratamento do câncer de mama? A Mulher negra não tem acesso ao diagnóstico precoce por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra não tem acesso ao tratamento por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra é diagnóstica tardiamente por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher negra tem dificuldade de acessar os serviços de saúde por que ela é negra ou por que é pobre? A Mulher branca e pobre também teria diagnóstico de câncer de mama tardio?

As pesquisas desenvolvidas no Brasil e nos Estados Unidos demonstram que o racismo é um fator gerador de doenças e/ou de agravamento de situações patogênicas preexistentes, bem como fator de incidência sobre as taxas de mortalidade da população. Tal situação também foi evidenciada com relação ao câncer de mama, que apresentou maior incidência de óbito em mulheres negras.

A discussão das desigualdades que atingem as mulheres negras no Brasil comumente aponta para a presença de uma tríplice discriminação: o fato de ser mulher, ser negra e pobre. Se por um lado esse esquema de análise torna mais fácil a compreensão de três poderosos fatores determinantes da desigualdade, por outro requer a compreensão de que a mulher negra vivencia simultaneamente graus extremos de violência decorrente do sexismo, do racismo e dos preconceitos de classe social, o que é pesado demais. Assim, acerca do câncer de mama em mulheres negras fica claro que o racismo, as desigualdades raciais e de classe incidem de modo mais perverso sobre a mulher negra e pobre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S. H.; SANTOS, W. G.; COIMBRA, M. A. **Política Social e Combate à Pobreza**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1989.

ABREU, E.; KOFMAM, S. Fatores prognóstico na mama feminina.. **Revista de Cancerologia**, v. 48, n. 1, p. 113–131, 2002.

ALVES, A. L.; BARBOSA, R. B. **A saúde da população negra, realizações e perspectivas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça, 1998.

AMORIM, V. M. S. L. et al. Fatores associados a não realização da mamografi a e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2623–2632, nov. 2008.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Eds.). . **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9–23.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da Descentralização- mais democracia e eficiência nas Políticas Públicas". In: Revista Brasileira de Ciências Sociais n.31. Ano 11. ANPOCS. 1996.p46-66. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 11, n. 31, p. 46–66, 1996.

AYALA, A. L. M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 566–570, ago. 2012.

BARROS, R. P.; FOGUEL, M. N.; ULYSSEA, G. (EDS.). **Desigualdade de renda no Brasil; uma análise da queda recente**. [s.l.] IPEA, 2007. v. 2

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2009.

BERNARDINO, J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 24, n. 2, p. 247–273, 2002.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação.** Campinas, SP: Papirus,1996.

BRASIL. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Brasília, DF: 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_etnicas.pdf. Acessado em: 04 fev.2019.

BRASIL. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, DF: Editora Ministério da Saúde, 2005.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2011.

CRESHAW, Kimberlé. "**Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color**". In Martha Albertson Fineman, Rixanne Mykitiuk, (Eds). The Public Nature of Private Violence. New York: Routledge. 1994.

CUNHA, G. P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Eds.). **Saúde da população negra**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2012.

CUNHA, M. G.; PINTO, D. A.; JAKOB, A. A. E. Diferenciais raciais nos perfis e estimativas de mortalidade para o Brasil. In: **Saúdeda população negra no Brasil: contribuições para a promoção da eqüidade**. Brasília, DF: Fundação Nacionalde Saúde (Funasa), 2005.

DRAIBE, S. M. **As Políticas Sociais Brasileiras: Diagnóstico e Perspectivas de Políticas Públicas, Políticas Sociais e Organização do Trabalho**. IPEA/IPLAN, 1990.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo - Reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. **Revista USP**, v. 0, n. 17, p. 86, 30 maio 1993.

FALEIROS, V. DE P. **O que é a Política Social**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1986.

FALEIROS, V. DE P. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e da assistência sociais**. 5. ed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 1987.

FAUSTINO, D. D. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Eds.). **Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2012.

FERNANDES, G. C. et al. Prevalence of *BRCA1/BRCA2* mutations in a Brazilian population sample at-risk for hereditary breast cancer and characterization of its genetic ancestry. **Oncotarget**, v. 7, n. 49, 6 dez. 2016.

FONSECA, C. M. O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2007.

GIBBON, S. **Ascendência, temporalidade e potencialidade. A constituição da genética do câncer no sul do Brasil**. In: Câncer de mama, câncer de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas. Luiz Teixeira (organizador). – Rio de Janeiro: Outras Letras. p. 211-254. 2015.

GOMES, N. L. Movimento negro e educação: ressignificando e politizando a raça. **Educação & Sociedade**, v. 33, n. 120, p. 727–744, set. 2012.

GRAMSCI, Antônio. Concepção Dialética da História.2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

G**U**IMARÃES, A. S. A. **Preconceito Racial: Modos, Temas e Tempos**. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3720808/mod_resource/content/1/preconceito%20racial%20modos%20e%20tempos%2023102007.pdf>. Acesso em: 5 maio. 2018.

GUIMARÃES, A. S. A. **Classes, raças e democracia**. 2. ed ed. São Paulo: UFSP, Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo : Editora 34, 2012.

HALL, S. **Da diáspora: identidade e mediações culturais**. 1. ed. Brasília, DF: UFMG, 2003.

HARVEY, D. **A condição Pós-Moderna**. 1. ed. São Paulo, SP: Loyola, 1993.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**- Brasil, grandes regiões e unidades de federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2001, 47(1): 9-19, v. 1, p. 47, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf . Acesso em: 6 dez. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. INCA. RJ.2019
I
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Situação social da população negra por estado**. Brasília, DF: Ipea, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_situacao-social-populacao-negra.pdf. Acessado em:7 de agosto 2018.

JACCOUD, L. Racismo e República: O Debate sobre o Branqueamento e a Discriminação Racial no Brasil. In: JACCOUD, L.; OSORIO, R.; SOARES, S. (Eds.). . **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil : 120 anos após a abolição**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa EconômicaAplicada (Ipea). p; 45 - 64. 2008.

LAURELL, A. C. Avançando em Direção ao Passado: a política social do neoliberalismo. In: **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2. ed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 1997.

MARTINEZ, I. et al. Breast Health Disparities: A Primer for Medical Students. **MedEdPORTAL Publications**, v. 12, 2016.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. D'ANDRETTA. Mulheres negras e mortalidade no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Journal of Human Growth and Development**, v. 10, n. 1, 19 jun. 2000.

MASSIGNAM, F. M.; BASTOS, J. L. D.; NEDEL, F. B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 544–541, set. 2015.

MENDES, E. V. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito Sanitário Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde – SUS**. Rio de Janeiro:1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.São Paulo.** Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MONTÃNO, C. O Serviço Social frente ao Neoliberalismo: mudança na sua base de sustentação funcional ocupacional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 53, p. 10–125, 1997.

NETO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, v. 50, 1996.

NOGUEIRA, M. A. A dimensão Política da Descentralização Participativa. **Revista Perspectiva**, Políticas Públicas o Estado e o Social. v. 11, p. 8–19, 1997.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes/ABRASCO, 1989.

OSÓRIO, R. G. **O sistema classificatório de "cor" ou "raça" do IBGE**. Brasília, DF: Ipea, out. 2003.

PAIXÃO, M. **O ABC das desigualdades raciais. Teoria e pesquisa**. Disponível em: <http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/63/53>. Acesso em: 6 maio. 2018.

RENNA JUNIOR, N.; SILVA, G. Diagnóstico de câncer de mama em estado avançado no Brasil: análise de dados dos registros hospitalares de câncer (2000–2012). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 03, p. 127–136, mar. 2018.

SANTOS, S. M. DOS; GUIMARÃES, M. J. B.; ARAÚJO, T. V. B. DE. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 87–102, ago. 2007.

SCHNEIDER, I.; ELEONORA, D. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, 2009.

SILVA, M. O. DA S. E. **Política habitacional brasileira: verso e reverso**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 1989.

SILVA, P. A.; VIANNA, P. V. C.; BARJA, P. R. Mamografia de rastreamento para câncer de mama pelo SUS na região metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte: tendência e características sociais de mulheres submetidas ao exame, entre 2010 e 2014. **Revista Univap**, v. 22, n. 41, p. 45, 12 abr. 2017.

SILVA, T. Mulheres negras, pobreza e desigualdade de renda. In: MARCONDES, M. M. et al. (Eds.). . **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social**. 3. ed. São Paulo, SP : Florianópolis, SC: Cortez Editora ; Editora da UFSC, 2004.

SOARES, A. M. F. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil:Potencialidades para tomada de decisão. In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Eds.). . **Saúde da População Negra**. Coleção negras e negros : pesquisas e debates. Petrópolis, RJ: ABPN, 2012.

SOARES, L. R. et al. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 8, p. 388–392, ago. 2015.

SOTERO, E. C. Transformações no acesso ao ensino superior brasileiro: algumas implicações para os diferentes grupos de cor e sexo. In: MARCONDES, M. M. et al. (Eds.). . **Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013.

SOUZA, J. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. 1ª ed. Rio de Janeiro, RJ: LeYa, 2017.

TEIXEIRA, F. J. S. O Neoliberalismo em Debate. In: **Neoliberalismo e Reestruturação Produtiva**. São Paulo, SP: Cortez, 1998.

VERISSIMO, S. M. L. **Câncer de mama em mulheres negras: revisão crítica da literatura**. Monografia (Lato Sensu)—Rio de Janeiro, RJ: Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET), 2018.

WILLIAMS, D. R.; MOHAMMED, S. A.; SHIELDS, A. E. Understanding and effectively addressing breast cancer in African American women: Unpacking the social context: Breast Cancer in African American Women. **Câncer**, v. 122, n. 14, p. 2138–2149, 15 jul. 2016.

APÊNDICE A

Tabela 1 - Número de matrículas de mulheres realizadas no INCA III em relação a cor/raça no período entre 2009 a 2016.

Cor/Raça	**Ano da Matrícula**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Branca	846	815	713	749	617	647	510	745
Preta	236	218	145	269	222	229	247	213
Amarela	1	1	0	1	2	3	1	2
Parda	443	434	383	481	458	409	477	300
Indígena	0	1	1	1	0	0	1	0
Sem informação	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1526	1472	1242	1.501	1.299	1.288	1.236	1.260

APÊNDICE B

Tabela 2 – Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça branca no período entre 2009 a 2016.

Ano da Matrícula	**Ano do Óbito**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
2009	40	45	36	29	19	11	15	-
2010	--	38	47	41	40	30	10	1
2011	--	--	31	35	36	29	23	1
2012	--	--	--	27	46	35	24	18
2013	--	--	--	--	28	43	36	9
2014	--	--	--	--	--	35	37	27
2015	--	--	--	--	--	--	24	34
2016	--	--	--	--	--	--	--	33

APÊNDICE C

Tabela 3 – Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça preta no período entre 2009 a 2016.

Ano da Matrícula	**Ano do Óbito**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
2009	11	18	14	16	8	8	2	-
2010	--	14	12	17	12	2	7	-
2011	--	--	9	7	11	7	2	1
2012	--	--	--	11	15	17	22	15
2013	--	--	--	--	10	23	8	17
2014	--	--	--	--	--	15	21	16
2015	--	--	--	--	--	--	20	18
2016	--	--	--	--	--	--	--	16

APÊNCIDE D

Tabela 4 – Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça amarela no período entre 2009 a 2016.

Ano da Matrícula	**Ano do Óbito**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
2009	0	0	0	0	0	0	0	0
2010	--	0	0	0	1	0	0	0
2011	--	--	0	0	0	0	0	0
2012	--	--	--	0	0	0	0	0
2013	--	--	--	--	1	0	0	0
2014	--	--	--	--	--	0	0	0
2015	--	--	--	--	--	--	1	0
2016	--	--	--	--	--	--	--	0

APÊNDICE E

Tabela 5 – Número de óbitos ocorridos no INCA III em relação a cor/raça parda no período entre 2009 a 2016.

Ano da Matrícula	**Ano do Óbito**							
	2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
2009	19	33	28	24	16	10	5	0
2010	--	28	31	28	22	14	4	0
2011	--	--	23	25	27	13	9	1
2012	--	--	--	21	34	27	21	18
2013	--	--	--	--	14	33	20	19
2014	--	--	--	--	--	20	33	22
2015	--	--	--	--	--	--	30	42
2016	--	--	--	--	--	--	--	27