

Experiências de mulheres negras ao adoecer por câncer de mama: A imanência do sofrimento e cuidado

Experiences of black women getting sick from breast cancer: The immanence of suffering and care

Experiencias de mujeres negras que se enferman de cáncer de mama: La inmanencia del sufrimiento y el cuidado

Recebido: 08/07/2022 | Revisado: 18/07/2022 | Aceito: 19/07/2022 | Publicado: 27/07/2022

Evelin Duarte Serpa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0907-1572>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: dserpa99@gmail.com

Débora Lopes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7552-4472>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: lopesdebora761@gmail.com

Kamila Freitas Trindade

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1603-8196>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: freitastmila@gmail.com

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9794-251X>
Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia, Brasil
E-mail: talipitanga2@gmail.com

Ana Beatriz Ferreira Barros da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3001-6156>
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: anabeatrizbarros22@gmail.com

Roberto Rodrigues Bandeira Tosta Maciel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3001-6156>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: rmaciel@uneb.br

Jairrose Nascimento Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7044-3371>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: rnfisio10@gmail.com

Magno Conceição das Mercês

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3493-8606>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: mmerces@uneb.br

Milene Pereira de Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1278-5012>
Centro Universitário Dom Pedro II, Brasil
E-mail: profmilenesmed@gmail.com

Marcio Costa de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4922-6786>
Universidade do Estado da Bahia, Brasil
E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

Resumo

Objetivo: conhecer o sofrimento ao adoecer durante o cuidado de mulheres negras que vivem com câncer de mama atendidas em um centro de referência no estado da Bahia. Metodologia: Pesquisa qualitativa realizada em um serviço de referência com a participação de 12 mulheres que foram entrevistadas escolhidas pela saturação dos dados e teve a análise de conteúdo como técnica de interpretação dos dados. Resultados: O racismo estrutural é uma condição que contribui intensamente no sofrimento durante o adoecimento das mulheres negras com Câncer de mama, já que suas histórias de vida são marcadas por preconceitos e discriminação, que exacerbam com esta enfermidade quando associadas a elementos da branquitude, das desigualdades sociais e das barreiras de acesso existentes. O cuidado deve ter reforçado em sua ação com ferramentas como escuta, diálogo, acolhimento e a produção de vínculos, com estratégias de reconhecer as relações intersubjetivas existentes na relação trabalhador-usuário. No entanto, a vulnerabilidade econômica aparece como elemento que contribui de forma insatisfatória para o insucesso do cuidado dessas mulheres, no qual amplia o distanciamento entre negras e brancas que por vezes utiliza do setor privado para

resolução dos seus problemas de saúde. Conclusão: a mulher negra tem uma vida de sofrimento devido a tonalidade epidémica devido a interseccionalidade do patriarcado, racismo estrutural e desigualdade social, ao se diagnosticada com câncer de mama e diante dos estigmas imanentes, o sofrimento amplia pelas consequências da doença, e são maximizadas pelas dificuldades enfrentadas na tentativa de resolução de suas necessidades.

Palavras-chave: Racismo; Neoplasia de mama; Atenção centrada no paciente.

Abstract

Aim: to know the suffering when falling ill during the care of black women living with breast cancer attended at a reference center in the state of Bahia. Methodology: Qualitative research conducted in a reference service with the participation of 12 women who were interviewed chosen by data saturation and had content analysis as a technique of data interpretation. Results: Structural racism is a condition that contributes intensely to the suffering during the illness of black women with breast cancer, since their life histories are marked by prejudice and discrimination, which exacerbate with this disease when associated with elements of whiteness, social inequalities and existing barriers to access. Care should have strengthened in its action with tools such as listening, dialogue, welcoming and the production of bonds, with strategies to recognize the intersubjective relationships existing in the worker-user relationship. However, economic vulnerability appears as an element that contributes unsatisfactorily to the failure of care of these women, in which it widens the gap between black and white that it sometimes uses from the private sector to solve their health problems. Conclusion: black women have a life of suffering due to the epidemic tone due to the intersectionality of patriarchy, structural racism and social inequality, when diagnosed with breast cancer and in the face of immanent stigmas, suffering widens by the consequences of the disease, and are maximized by the difficulties faced in trying to solve their needs.

Keywords: Racism; Breast neoplasms; Patient-Centered Care.

Resumen

Objetivo: conocer el sufrimiento al caer enfermo durante la atención de mujeres negras que viven con cáncer de mama atendidas en un centro de referencia en el estado de Bahía. Metodología: Investigación cualitativa realizada en un servicio de referencia con la participación de 12 mujeres que fueron entrevistadas elegidas por saturación de datos y tuvieron análisis de contenido como técnica de interpretación de datos. Resultados: El racismo estructural es una condición que contribuye intensamente al sufrimiento durante la enfermedad de las mujeres negras con cáncer de mama, ya que sus historias de vida están marcadas por prejuicios y discriminación, que exacerbaban con esta enfermedad cuando se asocian con elementos de blancura, desigualdades sociales y barreras de acceso existentes. El cuidado debe haberse fortalecido en su acción con herramientas como la escucha, el diálogo, la acogida y la producción de vínculos, con estrategias para reconocer las relaciones intersubjetivas existentes en la relación trabajador-usuario. Sin embargo, la vulnerabilidad económica aparece como un elemento que contribuye insatisfactoriamente al fracaso del cuidado de estas mujeres, en el que amplía la brecha entre blancos y negros que a veces utiliza desde el sector privado para resolver sus problemas de salud. Conclusión: las mujeres negras tienen una vida de sufrimiento debido al tono epidémico debido a la interseccionalidad del patriarcado, el racismo estructural y la desigualdad social, cuando se les diagnostica cáncer de mama y frente a estigmas inmanentes, el sufrimiento se magnifica por las consecuencias de la enfermedad, y se maximiza por las dificultades que enfrentan para tratar de resolver sus necesidades.

Palabras clave: Racismo; Neoplasias de la mama; Atención Dirigida al Paciente.

1. Introdução

A neoplasia de mama é o câncer mais incidente na população feminina em todas regiões do Brasil, com exceção do câncer de pele não melanoma, de tal forma que, em 2021, foram 66.280 casos por 100 mil habitantes (Inca, 2020). Em 2020, 11,7% de novos casos de câncer no mundo foram câncer de mama, o que o torna mais incidente globalmente, principalmente na América do Norte, Europa e Oceania, no qual houve um aumento expressivo entre as décadas de 80 e 90, seja pela mudança dos hábitos de vida e pelo aumento do rastreamento por mamografia (Sung et al., 2020).

Outrossim, por ser o câncer mais letal em mulheres, destaca-se sua relevância epidemiológica e fatores de riscos bem estabelecidos como: história familiar, sedentarismo, tabagismo, menarca precoce, nuliparidade, menopausa tardia e exposição a cancerígenos (Oliveira & Kubiak, 2020). No entanto, existem poucos estudos brasileiros que ultrapassem o limite da fisiopatologia do tumor maligno de mama e explorem o cuidado ofertado à população feminina negra, e consequentemente, o sofrimento que o processo de adoecimento produz em suas vidas (Nogueira et al., 2018).

Importante destacar que, apesar desta realidade, o estigma da mulher com câncer de mama é inerente a esse agravo, que traz o aspecto insidioso da doença, o tratamento agressivo, a mutilação e incapacitação como agentes produtores de sofrimento. E, ainda que políticas públicas de rastreamento tenham buscado melhorar o cuidado desses pacientes, ainda existem desafios que dificultam o acesso ao tratamento, como as barreiras de acesso, que estabelecem obstáculos nos diferentes itinerários terapêuticos percorridos por essas pacientes (Santos et al., 2021; Souza *et al.* 2021).

Desta forma, a experiência de mulheres que vivem com o câncer de mama sofre rupturas que vão além da natureza física, mas também afetivas e sociais. Esta realidade produz efeitos potentes em suas relações interpessoais, a partir do compartilhamento deste sofrimento, sobre tudo no contexto transpessoal, pois esta condição perpassa para aqueles que convivem com estas mulheres (Bosire et al., 2020).

Importante destacar que, a condição socioeconômica é um fator determinante para amplificação deste sofrimento, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde que implicam no diagnóstico tardio, conseqüentemente o agravamento da doença. Portanto, possibilita uma exacerbação enfermidade, e assim dos estigmas, principalmente quando esta enfermidade tem como ação a mastectomia, que tem como consequência o medo a culpa (Zwane, 2021, Fonseca *et al.*, 2020).

No entanto, quando a população feminina a ser discutida sobre esta temática feminina é negra, há elementos que demonstram efeitos deletérios ao cuidado em saúde pelo racismo estrutural que tem se apresentado com uma barreira de acesso, que são visibilizados no tratamento de mulheres com câncer de mama pela atenção à saúde com obstáculos, e assim, o seu martírio ao adoecer se expande (Souza et al., 2021; Pallok et al., 2019).

Nesse âmbito, o presente artigo busca conhecer o sofrimento ao adoecer durante o cuidado de mulheres negras que vivem com câncer de mama atendidas em um centro de referência no estado da Bahia.

2. Metodologia

O presente artigo foi realizado através de uma pesquisa de campo, de caráter exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Salvador-Bahia, em um centro estadual de oncologia, instituição de referência no estado.

Foram incluídas mulheres que se declararam negras e estavam realizando tratamento de câncer de mama no Serviço de Referência Estadual que podem ser provenientes tanto da zona rural quanto da zona urbana, com idade superior a 18 anos e de qualquer cidade do Estado da Bahia. Foram excluídas da pesquisa mulheres diagnosticadas ou em tratamento para o câncer de mama que sejam portadoras de transtornos mentais. A amostra teve um total de 12 participantes escolhidas pela técnica de saturação dos dados que ocorre quando no processo de produção de dados novas informações não são percebidas pelas pesquisadoras (Fontanella et al., 2008).

A ferramenta utilizada para a produção dos dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro realizado entre janeiro e março de 2021. Devido o processo pandêmico, foi utilizado o modo remoto para garantir segurança das participantes (plataforma do Microsoft Teams), a qual foi gravada com intuito de registrar com maior detalhe os depoimentos, no entanto, tal ferramenta foi aplicada mediante prévia autorização do participante. As entrevistadas estão identificadas de forma numérica de acordo com a realização da entrevista para garantir o mais absoluto sigilo.

Tendo em vista a sistematização e interpretação das informações coletadas, optou-se por aplicar a análise de conteúdo adaptada por Minayo (2014), as quais foram realizadas a partir dos seguintes passos: inicialmente ordenou as informações por meio de um mapeamento de todos os dados obtidos (transcrição de gravações, releitura de material e organização de gravações). Por conseguinte, realizou a classificação dos dados produzidos com a identificação dos núcleos de sentidos (racismo, sofrimento, tecnologia do cuidado, barreira econômica, barreira geográfica, barreira funcional e relação dos serviços público e privado e elaborou a categoria empírica denominada: **sofrimento no adoecimento da mulher negra no cuidado**

com câncer de mama. Por fim, para o momento de análise final das informações, houve a articulação dos dados empíricos com referenciais teóricos consolidados e/ou publicados.

Esta pesquisa respeitou a resolução 466/12 que regulamenta as normas e diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos e sua realização ocorreu após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o parecer 26049219.7.0000.0057.

3. Resultados e Discussão

O sofrimento da mulher negra se origina a partir de sua existência numa sociedade estruturalmente racista, no qual seus corpos são dominados pela expectativa do que é ser preta para satisfazer o imaginário do homem branco pela mulata, que é vista como um objeto sexual predestinada a viver na solidão, e concomitantemente, têm seus direitos sociais cerceados, somado ao enfrentamento de suas vivências em condições de vulnerabilidade, sem ter nenhum de resquícios de empatia pela sociedade em geral (Lopes, Camargo, & Maia, 2020).

Nessa realidade, surge um paradoxo influenciada pelo racismo e desigualdade social, no qual infere-se uma realidade existente na sociedade capitalista que tem a mulher como a principal provedora de cuidado, alicerçado na perspectiva de gênero, porém, quando a tonalidade epidérmica desta mulher é negra, a interseccionalidade opera sua lógica de opressões, e de forma categórica produz barreiras de acesso ao cuidado oncológico, e especial ao Câncer de mama (Pallok *et al.*, 2019, Eldridge, & Berrigan, 2022).

Sobre esta realidade, as entrevistadas 4 e 11 relatam que,

[...] como são mal remuneradas, talvez, por uma ideia que elas aguentem e que elas devam ser uma segunda classe, uma segunda categoria, por serem mulheres e muitas mulheres negras na profissão, eu acho também que a gente sofre com essa construção machista, né, quando a gente acaba se sujeitando também a situações que vai deixando a gente com baixa autoestima ou sentindo diminuída (Entrevistada 4).

[...] o cachorro tá levando vida de gente e gente levando vida de cachorro, tem horas que eu tenho vontade de até virar cachorro pra ter uma vida melhor porque eu estou vendo os cachorros levando vida de gente e gente levando vida de cachorro, tão tratando a gente igual cachorro, entendeu? (Entrevistada 11).

Nota-se que as mulheres apresentam experiências de vida que produz efeitos deletérios em seu cotidiano, pelo fato de ser mulher negra, as quais contribuem para a ampliação dos processos de vulnerabilidade social, que alimentam uma estigmatização da mulher negra.

Destarte, as vivências neste mundo se sobrepõem e fabricam sofrimentos psíquicos, enquanto o câncer se ramifica de forma silenciosa, pois, muitas vezes a dor ainda não reverbera a partir dos estímulos nociceptivos, todavia, quando o diagnóstico é informado pelo profissional de saúde ou qualquer outra pessoa, a dor se exacerba de forma psíquica e passa uma mensagem equivalente a uma pena de morte (Lopes *et al.*, 2020).

Esta realidade pode ser observada nas falas a seguir sobre a dicotomia e privilégios diante da tonalidade epidérmica,

[...] a realidade é nua e crua do acesso das mulheres como ele é bifurcado, se você é branca e se você é negra, parece que tem um caminho assim e ele está bem bifurcado e tem vários entraves para as mulheres negras, ou pra quem não tem plano ou para quem não tem formação, ou pra quem não tem tanta escolaridade porque são tantas coisas, são vários aspectos né (Entrevistada 4).

[...] não vou dizer que é uma situação fácil, dizer que a mulher branca é mais fácil, uma mulher branca passar por uma situação de câncer que uma mulher negra, não é, porque o câncer é uma situação difícil pra qualquer mulher, sendo ela negra ou branca, mas eu nas minhas condições de mulher preta, eu acredito que um impacto é de não ter tudo oportunidades, assim, de emprego, de um bom emprego, de uma boa remuneração (Entrevistada 10).

Ao analisar as falas acima, percebe-se o quanto as mulheres relatam sobre as diferenças sociais que produzem iniquidades pelo simples fato de ser uma mulher negra comparada com as de cor de pele branca, sobretudo no que tange aos privilégios sociais.

Destarte, a branquitude ascende na sociedade que não se importam como deveria diante das violências sociais cotidianas produzidas pelo racismo estrutural, firmada pelo mito da democracia racial e pela falácia de que este contexto se resume a atos individuais e não uma opressão sistematizada por toda comunidade e, sem reflexões críticas profundas, usufruem não só de ocuparem espaços elitizados, mas de não sofrerem qualquer tipo de vulnerabilidade, o que não deixou de ser percebido pelas entrevistadas (DiAngelo, 2018).

Para além do sofrer, o maior enfrentamento desta realidade é abster-se, ou seja, enquanto a alienação da realidade e não reconhecimento de suas opressões atenuam o sofrimento, ele sustenta as ferramentas que perpetuam esse sistema, sendo isso uma forma de autoagressão da mulher negra (Passos, 2020).

A forma com o qual o racismo se constituiu é tão estruturado, que algumas participantes não reconheciam esta condição como determinante no sofrimento e cuidado,

Sobre esse negócio de pele, de cor, essas coisas eu creio que não, eu acho que na minha teoria que não (Entrevistada 5).

Não, não, até hoje nunca tive dificuldade nenhuma, nem por ser negra e nem por ser mulher, e assim aqueles pequenos preconceitos (Entrevistada 3).

Eu não tenho isso não de cor e de ficar falando de cor da pessoa (Entrevistada 7).

Por isso, fica evidente como é confortável para os que se beneficiam com branquitude manterem a narrativa da democracia racial no Brasil, na medida em que genocídio negro se perpetua por caminhos diversos, sobretudo na isenção das responsabilidades dessas mortes, ao mesmo tempo em que dificulta ações que permitam a equidade nos direitos sociais. Porém, esse delírio coletivo também é acreditado pelos negros, que se apegam na possibilidade de serem vistos de forma igual e isonômica pela sociedade (DiAngelo, 2018).

Para além de nascer negra, a descoberta do câncer que por muitas vezes é notada no autoexame ou a partir da realização do exame da mamografia. Ao receber a notícia, para aquela ser vivente inicia-se o processo que para muitas aproxima o fim de sua vida, principalmente para quem sempre experienciou um viver com dificuldades, discriminação e preconceitos. Deste modo, o tumor passa assumir um protagonismo negativo de suas histórias e as submetem a uma vulnerabilidade que perpassa as fragilidades sociais as quais já eram vítimas (Lopes *et al.*, 2020; Tavares & Kuratani, 2019).

Esta realidade pode ser revelada por meio dos relatos das entrevistadas 10 e 11,

[...] a população que trabalha mais que é mais explorada, que sofre mais, que tem menos acesso a saúde e essas pessoas tem a cor determinada que é cor negra, elas têm, não é? [...], o sexo, porque e geralmente se a gente for estratificar são as mulheres negras que estão mais vulnerabilizadas (Entrevistada 4).

Eu acredito assim, o impacto é que eu como mulher negra, eu não tenho, não tive, na verdade, muitas oportunidades, então quando você é uma pessoa que tem posses, que tem condições financeiras, que tem uma situação favorável [...] (Entrevistada 10)

Eu estou numa situação difícil, eu faço tratamento com psiquiatra, entendeu? Eu sofri muito na vida, hoje eu não tenho ninguém para me ajudar (Entrevistada 11).

Verifica-se que esse sofrer não é apenas pela colonização do corpo preto adoecido, mas também da vida do outro que atravessa o psicossocial, produzido por relações intersubjetivas pautadas na subalternidade e/ou inferioridade. Na clínica fanoniana, evidencia que a loucura é, historicamente, sempre foi uma forma de dominar pessoas que divergiam da sociedade. Diante disso, o racismo é uma ferramenta utilizada para invalidar a lucidez da população negra e as submetem a condições que as tornam mais vulneráveis às psicopatologias (Faustino, 2020).

O sofrimento físico é, em sua maior parte, causado pelo tratamento ao câncer, que não se limita aos efeitos colaterais e adversos da terapia, mas ao enfraquecimento corporal da mulher que vai enxergando a sua saúde deteriorando. Não bastasse a dor causada pela radioterapia e quimioterapia, mas muitas vezes se potencializa com a mutilação da cirurgia que como consequência distorce sua autoimagem, a feminilidade e a sexualidade. Existir com estas variáveis impactam diretamente na

sua singularidade psíquica, o que pode ser ainda mais adoeedor que a própria existência do tumor e interfere negativamente na qualidade de vida durante todo o tratamento (Binotto & Schwartsmann, 2020).

Este fato pode ser constatado nas seguintes falas,

Aí eu te digo, aí eu fiz a mastectomia, eu vou dizer a você que o meu seio é igual ao outro, ou que eu não sinto algo estranho? Sinto, que tem algo estranho dentro de mim, diferente. Eu olho pra meu seio e vejo que um não é igual ao outro [...] (Entrevistada 1).

[...] pra nós, mulheres, porque mexe diretamente com a sexualidade, porque o seio está ali, representa muito da nossa sexualidade, como a gente se enxerga, se a gente se considera feminina ou não, então acho que é enfrentar o câncer de mama foi também enfrentar desafios agora com minha sexualidade [...] (Entrevistada 4).

Importante destacar que, as mulheres pretas e pardas já trazem consigo uma distorção de autoimagem e baixa autoestima, por serem vítimas da imposição de um padrão de beleza europeu que marginaliza traços afrodescendentes, o que as leva ao preterimento ou rejeição, ou seja, os desfechos do câncer de mama irão incrementar novos elementos, e ainda estas mulheres estão sujeitas a perderem a recompensa sócio-histórica construída da hipersexualização de seus corpos, que são utilizados para satisfação do fetiche masculino e, conseqüentemente, atrair afetos (Oliveira & Ruas, 2018).

Perante aos modos existências fragilizados por estas mulheres em toda a sua história, há de se pensar em práticas de cuidado que tenham na sua práxis ferramentas que considerem importantes a relação intersubjetiva entre a usuário e o trabalhador de saúde com ações pautadas nas tecnologias leves, pois é necessária uma comunicação não violenta e específica para a realidade destas mulheres, diante de existências com vulnerabilidades, sofrimentos, crenças e relações (Franco & Hubner, 2019, Merhy, Baduy, Seixas, Almeida, & Júnior, 2016).

Para tanto, faz-se necessário o exercício da clínica ampliada e humanizada pela equipe interprofissional com práticas colaborativas e comunicação efetiva. As práticas devem utilizar a escuta qualificada, o diálogo horizontalizado, a produção de vínculos e o acolhimento como ação permanente, para que dê uma nova lógica a experiência do adoecimento, permitindo atenuação dos estigmas da doença e do diagnóstico (Quintana *et al.*, 2020, Quintana, Marinho, & Souza, 2020).

Sobre esse olhar humanizado as entrevistadas 2, 3 e 11 relatam que,

Dra. [...], que me ajudou demais, me ajuda até hoje, ela disse pra mim: [...] realmente isso tá muito grande, mas você é muito jovem e não se preocupa não, a gente vai dar um jeito nisso. Vem aqui que eu vou repetir esse exame, esse ultrassom [...] (Entrevistada 2).

O oncológico como o mastologista deveria olhar com mais atenção com mais carinho, porque a gente fica muito debilitado viu... a gente entra e quer sair sorrindo, mas infelizmente a gente só sai chorando [...] (Entrevistada 3).

[...] essas meninas também, são humildes, as enfermeiras, têm muitos, me trataram, não só a mim como toda vez ela tratar muito bem, entendeu? (Entrevistada 11).

Não obstante, as tecnologias leves não dão conta sozinhas de exercer um cuidado integral efetivo, para tanto, recursos como as tecnologias leve-duras, que utilizam do conhecimento para fortalecimento do atendimento, as tecnologias duras, que são a utilização de equipamentos de alta performance tecnológica (Merhy *et al.*, 2016).

Contudo, para que as tecnologias do cuidar sejam capazes de atender as necessidades destas mulheres, com um olhar sobre as vulnerabilidades que estão submetidas e, principalmente pela descontinuidade da atenção à saúde, resultado do racismo estrutural que afeta diretamente à saúde que elas estão submetidas, determinantes que inviabilizam a integralidade, universalidade e equidade do sistema de saúde, denominado barreiras de acesso (Souza, Borges *et al.*, 2020).

Então, o menor poder aquisitivo, cria uma barreira econômica que afeta a qualidade da atenção à saúde, devido à dificuldade de realizar exames diagnósticos e complementares, que normalmente pela longa fila de espera que ocorre no Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de uma política com déficit de investimento na média e alta complexidade, que faz com que estas mulheres tenham como saída o setor privado, mas diante da renda inadequada, impede da realização de alguns exames que poderiam antecipar o tratamento, o que torna inevitável o início da terapia (Souza, Souza *et al.*, 2020).

Pode-se ver essa realidade com as experiências a seguir,

Porque a secretaria de saúde eles não conseguem suprir tudo, tem aquela decadência, né, pra uns dá certo, pra outros já não dá, então não é fácil nessa questão, essa questão financeira é muito difícil pra gente que está em processo de, de...ou seja está com câncer [...] (Entrevistada 3).

[...] foi todo um processo assim porque até a pandemia mostrou novamente essa diferença entre quem tem dinheiro e quem não tem, né, entre brancos e negros porque as pessoas estavam fazendo suas cirurgias, particulares, ninguém teve problema com remarcação, só o pessoal do SUS que teve suas cirurgias canceladas, remarcada [...] (Entrevistada 4).

[...]eu teria que fazer um uso de um determinado foi de alimento ou alimentos orgânicos ou alimentos mais saudáveis e porque não ter a condição financeira, eu tinha que comer o que tinha porque eu não ia ficar com fome (Entrevistada 10).

Somado a isso, a dificuldade do sistema público de oferecer esse atendimento de forma integral é uma barreira funcional, já que o funcionamento inadequado desse sistema torna difícil o cuidado dessa mulher e, quando levado em conta que cerca 80% dos usuários do SUS são negros, essa barreira também se compreende como consequência do racismo. Outra dificuldade é a centralização da atenção está restrita a um único município, que atende todo o estado, o que origina a barreira geográfica para aquelas mulheres que vivem o interior do estado e, não necessariamente, sofrem apenas com uma dessas barreiras, pelo contrário, geralmente convivem com todas elas, que são causadoras de sofrimento (Souza, Souza *et al.*, 2020, Santos *et al.*, 2021).

Essas barreiras vão se consolidando por atender um sistema enraizado de práticas discriminatórias, pois a desigualdade social impera uma distribuição que fortalece privilégios para alguns e iniquidades para os demais, que diante desta estrutura representam as mulheres e homens que têm como características que os une, a ancestralidade africana. Desta forma, esmo reconhecimento e a importância do nosso Sistema de Saúde., este vem se constituindo com lacunas importantes que dificultam o atendimento das necessidades de saúde desta população (Tortajada, Oliveira, Costa, Picinin, & Massuda, 2019, Siegel *et al.*, 2019).

Por fim, pode se inferir que, qualquer prejuízo latente independente do estágio do cuidado ao câncer de mama, em uma nação com herança escravocrata como Brasil, pode ser inquerido a materialização do racismo a ineficácia deste sistema de saúde em atender a população negra, esta lógica manifesta de forma explícita a necropolítica, que explica a morte desnecessária e evitável dessas mulheres (Lopes *et al.*, 2020; Souza, Souza *et al.*, 2021).

4. Conclusão

Diante do exposto podemos concluir que, o sofrimento de pretas e pardas com câncer de mama é resultado de uma vivência que se inicia desde sua concepção até seu leito de morte, momento no qual sua existência individual é ofuscada pelo paradigma da sociedade do que é ser mulher negra e, junto a isso, violências são impostas de forma interseccional sobre este corpo feminino, de natureza patriarcal, econômica, desigual, alicerçada pelo racismo estrutural que dá origem de todas as outras opressões

Diante estas afirmações, o câncer de mama é um disparador para amplificação de um sofrimento que pré-existente, pelo estigma da doença que se soma ao de ser mulher afrodescendente, e expõe todas as vulnerabilidades que aquela vivente já estava exposta, a expõe as dificuldades de acesso ao sistema de saúde, através de barreiras, do diagnóstico e tratamento oncológico. Uma vez tendo acesso ao cuidado, os efeitos colaterais das terapias e da mastectomia impactam numa autoimagem que já era distorcida e evidenciam mais ainda a solidão daquela mulher, além de revelar para si uma ideiação da perda da feminilidade, do afeto e a proximidade com a morte, que traduzem em dor e sofrimento.

Assim, o cuidado integral a todos os povos com a garantia da equidade do serviço de saúde, só poderá acontecer quando o Brasil, como Estado, assumir a responsabilidade do genocídio dos povos africanos e a construção de um sistema

sanitário que reconheça e combata a necropolítica. Para tanto, basta assumir o direito à vida como política de Estado como outorgado na Constituição Federal.

Importante destacar, que o tema é abrangente e complexo, o qual nos permite afirmar o quão se faz necessário novos estudos de natureza qualitativa com mulheres negras com os mais diversos tipos de Câncer, e estudos quantitativos que permitam demonstrar um olhar abrangente sobre esta população.

Referências

- Binotto, M., & Schwartsmann, G. (2020). Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66(1), e-06405. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2020v66n1.405>.
- Bosire, E. N., Mendenhall, E., & Weaver, L. J. (2020). Comorbid Suffering: Breast Cancer Survivors in South Africa. *Qualitative Health Research*, 30(6), 917–926. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732320911365>.
- Carvalho, J. B., & Paes, N. A. (2019). Socioeconomic inequalities in breast cancer mortality in microregions of the Brazilian Northeast. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(2), 391-400. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200008>.
- DiAngelo, R. (2018). Fragilidade branca. *Revista ECO-Pós*, 21(3), 35–57. DOI: <https://doi.org/10.29146/eco-pos.v21i3.22528>.
- Eldridge, L., & Berrigan, D. (2022). Structural racism and triple-negative Breast Cancer among black and white women in the United States. *Health Equity*, 6(1), 116-123. DOI: <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0041>
- Faustino D. (2020). Notas sobre a sociogenia, o racismo e o sofrimento psicossocial no pensamento de Frantz Fanon. *Revista Eletrônica Interações Sociais*, 4(2), 10-21.
- Fonseca, D. S., Santos, C. S., Barreto, I. C. F., Gonçalves L. G. L., & Morais L. C. *et al.* (2020). Câncer de Mama: uma questão social desigual. *Braz. J. Hea. Rev*, 3(6), 19933-19943. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-364>.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*, 24(1), 17-27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Franco, T. B., & Hubner, L. C. M. (2019). Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde Em Debate*, 43(spe6), 93-103. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s608>.
- Lopes, A. P., Camargo, C. A. C. M., & Maia, M. A. C. (2020). Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 52, e3556. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3556.2020>.
- Merhy, E. E., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Almeida, D. E. da S., & Júnior, H. S. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis.
- Minayo, M. C. de S. (org.). (2014). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Nogueira, M. C., Guerra, M. R., Cintra, J. R. D., Corrêa, C. S. L., & Fayer, V. A., et al (2018). Racial disparity in 10-year breast cancer survival: A mediation analysis using potential responses approach. *Cadernos de Saude Publica*, 34(9). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00211717>.
- Oliveira, B. M. C., & Kubiak, F. (2019). Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*, 43(122), 939-948. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>.
- Oliveira, C. S., & Ruas, M. G. S. S. (2020). O mito da hipersexualização a mulher negra. *Revista Serviço Social em perspectiva*, 2(especial), 88-97.
- Pallok, k., Maio, F. de M., & Ansell, D. A. (2019). Structural Racism: A 60-Year-Old Black Woman with Breast Cancer. *N Engl J Med*, 380, 1489-1493. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1811499>.
- Passos, R. G. (2020). Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. *Revista Em Pauta*, 18(45). DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2020.47219>.
- Quintana, R. A. C., Souza, I. C. dos S., Pereira, J. M., Pires, R. A., & Lima, R. S. G. S. et al (2020). Production of Interprofessional Care for the Person with Oncological Disease: A Study on the Patient's Perspective. *Biomed J Sci & Tech Res*, 29(3), 22413-22418.
- Quintana, R. A. C., Marinho, M. C. G., & Souza, M. C. de. (2021). Processos de trabalho interprofissional em pacientes com câncer. *Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva*, 1, e12557.
- Santos, L. M. V. R., Santos, M. P. S., Mercês, M. C., Souza, J. N., & Souza, M. C. (2021). Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. *UNILUS: Ensino e Pesquisa*, 18(50), 26-35.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., Sauer, A. G., Fedewa, S. A., & Butterly, L. F. (2020). Colorectal cancer statistics. *CA A Cancer J Clin*, 70, 145-164. <https://doi.org/10.3322/caac.21601>.
- Souza, M. C. de, Souza, J. N., & Mercês, M. C. (2021). Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde. *J. of Multiprofessional Health Research*, 02(02), e02.102.
- Souza, M. C. de, Borges, J. C. dos S., Trindade, K. F., Santos R. S., & Brito, V. C. S. G., et al. (2020). Access Barriers and Health Care in Patients with Chronic Respiratory Diseases. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 11(1), 95–99. DOI: <https://doi.org/10.34297/ajbsr.2020.11.001594>.

Souza, M. C. de, Borges, J. C. dos S., Trindade, K. F., Neves, B. P., & Serpa, E. D. *et al.* (2021). Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. *Sanare - Revista de Políticas Públicas*, 20(2). <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1571>.

Souza, M. C. de, Souza, J. N. (2020). Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. *Biomed J Sci & Tech Res*, 31(4), 24327-24329. DOI: <https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005125>.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., & Soerjomataram, I. (2020). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.

Tavares, J. S. C., & Kuratani, S. M. de A. (2019). Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003184764>

Tortajada, J. S., Oliveira, T. S., Costa, C. K. F., Picinin, M. B., & Massuda, E. M. (2019). Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama: revisão sistemática. *Nucleus*, 16(2), 441-452. DOI: <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3673>.

Zwane, D. (2021). “Our Beauty Is in Our Breasts”: A Culture-Centered Approach to Understanding Cancer Perceptions in Kwa Zulu Natal, South Africa. *Qualitative Health Research*, 31(1), 148–159. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732320960417>.