

# A (IN)VISIBILIDADE DO RACISMO ESTRUTURAL NO CUIDADO EM SAÚDE: PERCEÇÃO DE MULHERES NEGRAS COM CÂNCER DE MAMA

THE (IN)VISIBILITY OF STRUCTURAL RACISM IN HEALTH CARE: PERCEPTION OF BLACK WOMEN WITH BREAST CANCER

LA (IN)VISIBILIDAD DEL RACISMO ESTRUCTURAL EN LA SALUD: PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES NEGRAS CON CÁNCER DE MAMA

Marcio Costa de Souza <sup>1</sup>

Kamila Freitas Trindade <sup>2</sup>

Evelin Duarte Serpa <sup>3</sup>

Débora Lopes dos Santos <sup>4</sup>

Magno Conceição das Mercês <sup>5</sup>

Milene Pereira de Souza Santos <sup>6</sup>

## Como Citar:

Souza MC, Trindade KF, Serpa ED, Santos DL, Mercês MC, Santos MPS. A (in)visibilidade do racismo estrutural no cuidado em saúde: percepção de mulheres negras com câncer de mama. *Sanare*. 2022;21(2):15-22.

## Descritores:

Racismo; neoplasias de mama; Assistência Centrada no Paciente.

## Descriptors:

Racism; breast neoplasms; Patient Centered Care.

## Descriptores:

Racismo; neoplasias de mama; Atención Centrada en el Paciente.

## Submetido:

04/07/2022

## Aprovado:

17/11/2022

## Autor(a) para Correspondência:

Marcio Costa de Souza  
Rua Silveira Martins, 2555, Cabula-  
Salvador-Bahia, CEP: 41150-000  
E-mail: mcsouzafisio@gmail.com

## RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção sobre o racismo estrutural de mulheres que vivem com câncer de mama e o impacto na produção do cuidado em saúde em um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil. Pesquisa qualitativa e exploratória realizada em um Centro de Referência Estadual de Atenção Oncológica. Uma técnica de produção de dados realizada foi uma entrevista semiestruturada e uma interpretação dos dados por meio da análise de conteúdo. As mulheres pesquisadas relatam dificuldade em reconhecer a presença do racismo e de visibilizá-lo em suas vidas, no entanto, percebe-se que o racismo está de forma estruturada na sociedade e que tem a branquitude de forma orgânica e alicerçada, o que potencializa as iniquidades sociais e suas consequências. Há uma dificuldade na visibilidade da branquitude e seus privilégios na sociedade e o quanto o racismo estrutural é uma face real e condicional à mulher negra com câncer de mama e impõe experiências de cuidado em saúde diferenciadas em sua qualidade e oferta.

1. Doutor em Medicina e Saúde Humana. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: mcsouzafisio@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4922-6786>.

2. Graduanda em Medicina. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: freitastmila@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1603-8196>.

3. Graduanda em Medicina. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: dserpa99@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0907-1572>.

4. Graduanda em Medicina. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: lopesdebora761@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-7552-4472>.

5. Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida. E-mail: mmerces@uneb.br. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3493-8606>.

6. Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Centro Universitário Dom Pedro II. E-mail: profmilenesmed@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1278-5012>.

**ABSTRACT**

*The objective was to analyze the perception of structural racism among women living with breast cancer, and the impact on health care production in a State Reference Center in the Brazilian Northeast. Qualitative and exploratory research carried out in a State Reference Center for Oncology Care. The data production technique performed was a semi-structured interview and an interpretation of data through content analysis. The women surveyed report difficulty in recognizing the presence of racism and of making it visible in their lives; however, we perceived that racism is structured in society and that whiteness is organic and grounded, which enhances social inequalities and their consequences. The visibility of whiteness and its privileges in society is difficult, as well as how much structural racism is a real and conditional aspect for black women with breast cancer, as it imposes differentiated health care experiences in terms of quality and offer.*

**RESUMEN**

*Se objetivó analizar la percepción sobre el racismo estructural de mujeres que viven con cáncer de mama y el impacto en la producción del cuidado en salud en un Centro de Referencia Estadual en Nordeste de Brasil. Investigación cualitativa y exploratoria realizada en un Centro de Referencia Estadual de Atención Oncológica. Una técnica de producción de datos realizada fue una entrevista semiestructurada y una interpretación de los datos por medio del análisis de contenido. Las mujeres investigadas relatan dificultad en reconocer la presencia del racismo y de visibilizarlo en sus vidas, sin embargo, se percibe que, en el racismo, está de forma estructurada en la sociedad y sus consecuencias. Hay una dificultad en la visibilidad de la blanquitud y sus privilegios en la sociedad y lo cuanto el racismo estructural es una fase real y condicional a la mujer negra con cáncer de mama e impone experiencias de cuidado en salud diferenciadas en su calidad y ofrecimiento.*

.....

**INTRODUÇÃO**

Para entender o racismo estrutural, antes de tudo é preciso entender o significado dessa terminologia. Dito isso, o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento para justificar essa ação. Aprofundando mais nessa questão, percebe-se que há três concepções que direcionam esse conceito: a individualista, a institucional e a estrutural. Na concepção individualista, o racismo é atribuído a grupos isolados, sendo considerado um fenômeno ético ou psicológico de caráter individual, não havendo, portanto, sociedades ou instituições racistas<sup>1</sup>.

No que concerne à concepção institucional, Almeida<sup>1</sup> relata que o racismo é um resultado do funcionamento das instituições, não se resume a comportamentos individuais. Ou seja, vantagens e privilégios são concedidos com base na raça, uma vez que determinados grupos sociais utilizam dos mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. Por fim, a perspectiva estrutural, que trata o racismo como decorrência da estrutura social, e, portanto, a reprodução de práticas racistas está na organização política, econômica e jurídica da sociedade.

Dessa forma, a construção de uma sociedade que se produz a partir do racismo tem como uma das consequências práticas em saúde pautadas nessa realidade. Um destaque dessa situação começa pela dificuldade de se obter a informação de cor/raça nos prontuários, isso porque não há um campo específico para esse registro, ou, quando presente, a cor/raça não é informada<sup>2</sup>. Outras dificuldades também são nítidas quando se fala de saúde da população negra, principalmente da mulher, em que os indicadores de saúde apontam para a precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade infantil e materna, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, além dos altos índices de violência<sup>3</sup>.

Faz-se imprescindível para esta discussão apresentar o quão a desigualdade racial é presente no cotidiano das ações de acessibilidade ao cuidado oncológico, pois é muito comum que as mulheres negras frequentemente sejam diagnosticadas em estágios mais avançados do câncer, e, como efeito, atrasa-se o início do tratamento; essa realidade lhes confere um prognóstico insatisfatório e menor possibilidade de sobrevivência quando comparadas às mulheres brancas<sup>4,5</sup>.

Diante desse prognóstico, e com dados que apresentam uma taxa de sobrevivência reduzida

em mulheres negras com câncer de mama, pode-se projetar uma relação direta com a desigualdade social com base na racialização que está estruturada na sociedade, e essa limita o acesso à mamografia de rastreamento. Importante destacar que as mulheres brancas, com grau de escolaridade elevado e maior renda, possuem um alcance maior a esse exame e, conseqüentemente, ao diagnóstico precoce, elementos que confirmam as conseqüências das iniquidades sociais/raciais<sup>6</sup>.

Dessa forma, há evidências de que a produção de cuidado em mulheres negras que vivem com câncer de mama é potencialmente afetada; nota-se que há barreiras/entraves tanto para fazer o diagnóstico quanto para o acesso à terapêutica, o que pode acometer a vida e o viver dessas pessoas, evidenciando-se a lógica do racismo estrutural na sociedade<sup>7,8</sup>.

Portanto, este estudo apresenta como objetivo analisar a percepção, sobre o racismo estrutural, de mulheres que vivem com câncer de mama e o impacto na produção do cuidado em saúde, atendidas em um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil.

## METODOLOGIA

O processo metodológico utilizado para a realização da pesquisa foi a abordagem qualitativa, de caráter exploratório. O local de estudo para a realização da pesquisa foi um Centro de Referência Estadual no Nordeste do Brasil. No que diz respeito aos participantes da pesquisa, o critério de inclusão era ser mulher, declarar-se negra e apresentar diagnóstico confirmado em qualquer fase de tratamento do câncer de mama. O número de participantes da pesquisa foi de 12 mulheres, determinado pelo critério da saturação dos dados<sup>9</sup>.

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

Tendo em vista a sistematização e a interpretação das informações coletadas, optou-se por aplicar a

análise de conteúdo adaptada por Minayo<sup>10</sup>, as quais foram realizadas a partir dos seguintes passos: inicialmente, ordenaram-se 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-se a classificação dos dados produzidos com a identificação dos núcleos de sentidos e elaborou-se a categoria empírica denominada **concepções e elementos do racismo estrutural e o cuidado em saúde de mulheres 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.

Para a realização da pesquisa, a mesma só ocorreu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o número do CAAE 26049219.7.0000.0057, e todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sociedade brasileira se constituiu a partir de uma organização escravocrata, que se conforma e se consolida de forma intensa e se produz de uma forma que se naturaliza no cotidiano, e o campo da saúde não se desconecta dessa realidade histórica e social, com uma organização dos pontos de atenção e com ações fragmentadas e que consolidam a desigualdade social, interferindo diretamente no cuidado em saúde e na percepção social sobre racismo, invisibilizando-o<sup>11</sup>.

Dessa forma, é fortemente notável uma dificuldade existente por parte da população em conceber a existência do racismo no seu cotidiano, o que, em partes, é ocasionado pelo mito da democracia racial, que se consolidou no imaginário do brasileiro pautado na ideia de que o racismo havia acabado, a partir de uma história construída por brancos e para brancos<sup>12</sup>.

Essa realidade pode ser percebida nos relatos das entrevistadas 6, 7 e 11,

Mulher negra e adoecer [...], eu acho que é a mesma coisa que uma mulher branca, a doença é a mesma, entendeu?! (Entrevista 6).

É [...] pardo e branco não é a mesma coisa, não? (Entrevista 7).

[...] acho que somos todos iguais, para mim não existe preto, não existe branco, nós somos todos iguais [...] (Entrevista 11).

Percebe-se nas falas das usuárias acima a dificuldade em conceber e reconhecer a existência do racismo em suas vidas, isso é fruto, principalmente, da construção ideológica de democracia racial implantada por grupos sociais que dominam as estruturas sociais, políticas e econômicas, e só evidencia o quanto essa teoria consolida a invisibilização do racismo<sup>13</sup>.

Importante destacar que a população negra vive em uma realidade social que produz uma desigualdade constante, principalmente quando comparada à experiência da população branca, essa condição determina um modo de viver alicerçado na precariedade e está relacionado diretamente com os aspectos condicionantes do processo saúde/doença de forma geral, como educação, saúde, infraestrutura e uma limitação potente de oportunidades no mercado de trabalho, principalmente o que se caracteriza pela formalidade. Porém, ao se colocar em evidência a democracia racial, essas variáveis são colocadas de lado e o que se tem são negros e brancos competindo em condições de desigualdades. Isso reforça o discurso ideológico da meritocracia, mais uma construção sustentada pelo e no racismo que favorece a supremacia branca e suprime a luta antirracista<sup>13,14</sup>.

Por outro lado, algumas das participantes da pesquisa conseguiram conceber e reconhecer o racismo, conforme apresentado abaixo, nas falas das entrevistadas 7 e 8:

[...] é uma coisa que às vezes as pessoas agem como natural e não é natural, para mim o racismo não é uma coisa natural (Entrevista 7).

[...] nós, negros, temos maior dificuldade em tudo, então não sei se deveria ter uma atenção mais propícia ao negro, não sei, talvez sim, entendeu? Mas eu sinceramente vou dizer a vocês: a gente deveria ter maior atenção, sim, mulheres, principalmente, negras, deveria ter, sim, com certeza (Entrevista 8).

Nota-se que essas usuárias percebem o racismo no seu cotidiano e como isso dificulta e impõe barreiras

em suas vidas de natureza econômica, geográfica, funcional e comunicacional, que interferem no cuidado em saúde de forma potente, e que a estrutura do racismo contribui para intensificar essa experiência<sup>8,15</sup>.

Embora ações e políticas sejam pensadas para minimizar as disparidades, é quase impossível cessar o peso de séculos de violência sistemática sofrida pelas negras e negros, violência essa que se perpetua ainda hoje, quando oportunidades de todo tipo são negadas devido à cor da pele, a todo instante<sup>16,17</sup>.

A cor da pele e as características físicas da população negra muitas vezes são extirpadas a partir de um parâmetro de beleza baseado na branquitude, como pode ser visto na fala a seguir:

[...] eu tenho uma prima também que ela é negra também e o pai dela, que é negro [...], exigia que estirasse o cabelo, que tinha que ensinar que o cabelo dela tinha que ser estirado [...] acaba passando para a filha que tem que ter cabelo liso, que é negro, mas que tem que ter cabelo liso [...], mas isso em tudo é em decorrência do que se vive, do que se passa aí fora, porque se não for branco, não tem direito às coisas, não tem, não pode ter espaço, não pode ser uma advogada, não pode ser uma médica, não pode ser nenhum profissional (Entrevista 9).

Nessa fala fica evidente a associação da cor de pele branca ao que é benéfico, positivo e até belo. Assim os brancos são colocados numa situação de privilégio estrutural em detrimento dos demais grupos sociais, em especial as negras e negros, tornando sua identidade como norma e os não brancos como desviantes do padrão hegemônico de humanidade. Portanto, a branquitude se constitui como uma forma sócio-histórica de fortalecimento dos privilégios para brancos<sup>18</sup>.

Essa realidade reflete diretamente no cuidado em saúde quando as estratégias de saúde planejadas e ofertadas muitas vezes não consideram as questões raciais e/ou sociais, e é possível notar como a ideia de homogeneidade segue parâmetros eurocêntricos que determinam os medicamentos, dosagens e técnicas, ou seja, a branquitude como norma<sup>19</sup>.

E, diante dessa construção identitária branca normatizada, surge a associação do negro a uma imagem negativa e marginalizada.

[...] os negros da periferia e do gueto

são os que mais morrem, e às vezes é um trabalhador, mas por causa da cor [...] eu vejo aqueles meninos, não é preconceito, é o que se pinta, aí me bota aqueles bonês grandes e do lado e chinelo [...] (Entrevista 1).

Nessa fala, nota-se como a imagem do negro é relacionada à criminalidade e como suas características físicas e seu comportamento é julgado. Isso tudo é sustentado pelos meios de comunicação de massa e pelo sistema de justiça seletiva, em que o primeiro estigmatiza o negro, associando a sua imagem à marginalização, criando o negro criminoso, e o segundo opera na criminalização da pobreza. Desse modo, a branquitude sustenta e direciona as pessoas que devem ocupar os lugares de poder e destaque<sup>1</sup>.

Destarte, pensando em romper esse paradigma, foram criadas ações e políticas que buscam inserir o negro em lugares que lhes foram negados, desconstruindo a imagem de que a pessoa negra está sempre em uma posição desfavorável e marginalizada. Essas políticas visam corrigir as diferenças alicerçadas que são atribuídas a grupos que foram historicamente excluídos. A exemplo disso, tem-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que tem como finalidade a redução das desigualdades étnico-raciais, combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), porém os resultados são discretos, uma vez que os indicadores de saúde da população negra ainda apontam para uma condição não ideal, comparando-se à população branca<sup>3</sup>.

Nesse sentido, nota-se que as taxas de mortalidade infantil e adulta, a expectativa de vida e mortes por causas externas segundo a raça diferem entre negros e brancos, sendo os piores índices dos primeiros. A presença de práticas discriminatórias na atenção à saúde resulta na diminuição da acessibilidade, na falta de atendimento adequado, influenciando na forma de nascer, viver e morrer da população negra<sup>20</sup>.

Isso é nítido sobretudo quando se trata das mulheres negras, pois as experiências da gestação quase sempre finalizam com violência obstétrica, além de uma atenção ao pré-natal com qualidade questionada, já que a oferta de consultas é menor, e a disponibilização de exames segue a mesma orientação, assim como as orientações de cuidado para a promoção da saúde<sup>21</sup>.

Além disso, é perceptível a dificuldade que mulheres negras têm para o acesso ao cuidado oncológico, principalmente quando se trata de fazer o diagnóstico, evidenciando-se essa condição por essas mulheres, ao serem diagnosticadas, apresentarem os tumores com um grau mais avançado quando comparadas às mulheres brancas, o que aumenta a possibilidade de um desfecho não satisfatório<sup>22</sup>.

Nota-se que os grupos vulneráveis à desigualdade racial são submetidos a ofertas precárias de saúde e, em sua maioria, têm como opção de cuidado os serviços ofertados exclusivamente pelo SUS<sup>4</sup>. Porém, nem sempre o racismo estrutural presente no processo de produção do cuidado fica evidenciado, como relatado pelas entrevistadas 3 e 10:

[...] ou não teve ou eu não percebi ou eu passei despercebida, ou realmente não teve, porque eu, na minha pessoa, eu não vi nada disso, eu não vi diferença nenhuma entre cor, entre religião, eu não vi nada disso, diferença nenhuma (Entrevista 3).

Assim, pelo menos nesses espaços, o qual eu frequentei, frequente, assim de tratamento, eu não consegui ver, eu não percebi essa diferença, porque estamos lá todas na condição de mulher e mulheres com câncer, então, eu não consegui perceber essa distinção (Entrevista 10).

Nessas falas, infere-se que as usuárias não percebem se há distinção no cuidado ofertado às mulheres brancas e negras nesse serviço. Isso pode ser explicado a partir da composição da sociedade e seus atributos enraizados, que se organizou por práticas racistas que podem não ser perceptíveis nitidamente<sup>1</sup>.

Essa forma de conceber o racismo, que fortalece a construção de diferenças significativas do cuidado com doenças que predominam na população negra, a exemplo da anemia falciforme, que é notabilizada pelo desconhecimento por parte dos profissionais a respeito da doença. Além disso, a população negra, de forma costumaz é estigmatizada, tem suas queixas minimizadas e até a sua dor desconsiderada devido às premissas discriminatórias em que, por meio da escravização, construiu-se uma ideia de que a pessoa negra resiste mais à dor ou é mais forte e, assim, não adocece<sup>23</sup>.

Além disso, há evidências científicas que

demonstram o quão a desigualdade racial aumenta o risco de adoecer por câncer, uma vez que as negras e os negros estão mais expostos aos fatores de risco que predispõem à neoplasia por determinantes de natureza social alicerçados pela desigualdade biológica, como sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, excesso de peso e predisposição genética<sup>4</sup>.

Contraopondo-se às falas anteriores, a usuária a seguir, apesar de não reconhecer que existem diferenças entre o tratamento concedido às mulheres brancas e negras, reconhece que a questão socioeconômica impacta no tratamento e a correlaciona com a tonalidade epidérmica.

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, né, que tem condições financeiras, que tem uma situação favorável [...], mas eu na minha condição de mulher preta, eu acredito que um impacto é de não ter oportunidades, assim, de emprego, de um bom emprego, de uma boa remuneração [...] (Entrevista 10).

Essa fala denota o quanto a desigualdade racial e socioeconômica reflete nas ações de acesso ao cuidado oncológico. Portanto, se uma instituição não se prepara para perceber as necessidades de determinado grupo, em função de sua cor de pele, omitindo-se, não atendendo às suas necessidades e não promovendo ações específicas que contribuam para o reconhecimento dos profissionais de saúde acerca de como o racismo impacta a vida, o acesso aos serviços e a qualidade da atenção, esse espaço legítima o racismo<sup>22,24,25</sup>.

Existem quatro elementos que não se desvinculam do racismo estrutural: a ideologia, a política, o direito e a economia. Neste estudo, ficou em evidência a presença do elemento ideologia quando se fala como o racismo é naturalizado na sociedade e como isso impacta no cuidado em saúde de mulheres negras<sup>1</sup>.

O fato de mulheres brancas conseguirem acessar com mais facilidade os serviços de saúde, terem o diagnóstico de câncer de mama mais precocemente quando comparadas às mulheres negras, reforça a ideia do privilégio da pessoa de pele branca em detrimento do ser humano negro. A supremacia branca é uma forma de dominação exercida pelas pessoas com essa tonalidade epidérmica, o que

se firma em um sistema que atribui vantagens e privilégios políticos, econômicos e afetivos a esse grupo social<sup>1,26</sup>.

Práticas como o não preenchimento da cor nas fichas de identificação por falta de campo específico para isso ou por negligência, a invisibilidade de doenças que atingem majoritariamente os negros, como a doença falciforme, a ausência de maior número de estudos que contemplem a população negra, estereótipos de que esses seres vivos são mais resistentes à dor e uma presença maciça de profissionais médicos brancos nos serviços de saúde é a expressão material do racismo estrutural<sup>2,26,27</sup>.

É fundamental que se estabeleça uma formação em saúde que apreenda ações que contribuam para trabalhadores de saúde antirracistas. Que ferramentas baseadas nas tecnologias leves<sup>28</sup> como escuta qualificada, diálogo horizontalizado, acolhimento e produção de vínculos estejam nas práticas cotidianas desses trabalhadores, principalmente com relação a mulheres com câncer de mama, e, neste caso, as negras, pelas histórias de vida arraigadas de preconceitos e discriminação.

Portanto, o racismo é uma prática enraizada na sociedade, que faz parte de sua estrutura e que provoca iniquidades de todos os tipos. É preciso repensar o agir em saúde que está sendo desenvolvido no cuidado de mulheres negras com câncer de mama; por mais que o racismo tenha se apresentado de forma sutil e velada, a ponto de a maioria das usuárias não o identificarem, ele é danoso e reforça privilégios de uma classe/raça em detrimento de outra.

## CONCLUSÃO

O estudo em questão apresenta uma realidade vivenciada na sociedade, de invisibilidade do racismo, que, de forma estrutural, apresenta-se no cotidiano da vida das pessoas e atinge os diversos âmbitos e necessidades que os seres humanos experimentam para a manutenção da vida, que, neste caso, referencia-se à saúde, e, em especial, das mulheres que utilizam os serviços para o cuidado oncológico das mamas.

Há uma dificuldade inerente na sociedade de reconhecer o privilégio das pessoas brancas e o quanto isso atinge diretamente na qualidade dos serviços de saúde, principalmente quando são ofertados a indivíduos com outra cor de pele, o que fortalece a necessidade de ações que combatam as consequências e benefícios da branquitude

pela potencialidade lesiva à população negra aqui estudada.

Assim, faz-se necessária a ampliação de estudos que apresentem os desfechos insatisfatórios que incapacitam ou levam à mortalidade de uma população, por um modo de viver que produz constantemente a discriminação racial e, conseqüentemente, as iniquidades em outros povos de forma generalizada e sistemática.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram da Concepção do projeto, da produção dos dados, da escrita científica e da revisão final.

## REFERÊNCIAS

- Almeida S. Racismo Estrutural. São Paulo: Jandaíra; 2021.
- Sacramento AN, Nascimento ER. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2022 Out 13];45(5):1142-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500016>
- Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra Uma Política do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- Paulista JS, Assunção PG, Lima FLT. Acessibilidade da População Negra no Cuidado Oncológico. Rev bras cancerol [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 11];65(4):e-06453. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453>
- Desantis CE, Ma J, Gaudet MM, Newman LA, Miller KD, Joan L, et al. Breast cancer statistics. CA: Cancer J Clin [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 13];69(6):438-51. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21583>
- Nogueira MC, Guerra MR, Cintra JRD, Corrêa CSL, Fayer VA, Bustamante-Teixeira MT. Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2022 Out 10];34(9):e00211717. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BSgbhsqSDGj6vr8kRTmckcP/?format=pdf&lang=pt>
- Newman LA, Kaljee LM. Health Disparities and Triple-Negative Breast Cancer in African American Women: A Review. JAMA Surg [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 22];152(5):485-93. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0005>
- Souza MC, Souza JN, Mercês MC. Racismo estrutural como barreira de acesso à saúde. J Multiprofessional Health Res [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 23];02(02):e02.102. Available from: <https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/download/32/23/219>
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2022 Out 15];24(1):17-27. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
- Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2014.
- Pereira MG, Soares DP, Silva CRDV, Galiza DDF, Andrade, ME, Fernandes MC. Racismo estrutural: implicações no processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Sanare [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 13];20(2):26-32. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1513>
- Nascimento A. O quilombismo: documentos de uma militância Pan-Africanista. Rio de Janeiro: Editora Perspectiva; 2019.
- Neves JPS, Silva MAM. O mito da democracia racial: contexto histórico brasileiro e a construção do racismo no Brasil. Rev Educar Mais [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 16];3(2):158-66. DOI: <https://doi.org/10.15536/reducarmais.3.2019.158-166.1467>
- Noble SU, Roberts ST. Elites tecnológicas, meritocracia e mitos pós-raciais no Vale do Silício. Rev Fronteiras: estudos midiáticos [Internet]. 2020 [cited 2022 Out 13];22(1):36-46. DOI: <https://doi.org/10.4013/fem.2020.221.04>
- Santos LMVR, Santos MPS, Mercês MC, Souza JN, Souza MC. Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. UNILUS: Ensino e Pesquisa. 2021;18(50):26-35.
- Pereira AC, Sales M, Cabecinhas R. (In) Visibilidades: imagem e racismo. Vista. 2020;6:9-19.
- Reis FW. O mito e o valor da democracia racial. In: Reis FW. Mercado e utopia. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2009.
- Lages SRC, Silva AM, Silva DP, Damas JM, Jesus MA. O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. Rev Interinst Psicol [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 13];10(1):109-22. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v10n1/11.pdf>
- Medeiros TM, Silva MX, Silva RDFC. Colonialidade e a branquitude: apontamentos para quebra dos pactos de silêncio na saúde. Em construção [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 13];9:105-25. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2021.55233>

20. Bastos JRB. O lado branco do racismo: a gênese da identidade branca e a branquitude. Rev ABPN [Internet]. 2016 [cited 2022 Out 18];8(19):211-31. Available from: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/33>

21. Tortajada JS, Oliveira TS, Costa CKF, Picinin MB, Massuda EM. Desigualdades socioeconômicas na mortalidade por câncer de mama: revisão sistemática. Nucleus [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 18];16(2):441-52. DOI: <https://doi.org/10.3738/1982.2278.3673>

22. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 18];33(supl. 1):e00078816. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>

23. Rodrigues GM, Carmo CN, Bergmann A, Mattos IE. Desigualdades raciais no estadiamento clínico avançado em mulheres com câncer de mama atendidas em um hospital de referência no Rio de Janeiro, Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 12];30(3):e200813. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200813>

24. Oliveira BMC, Kubiak F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. Saúde Debate [Internet]. 2019 [cited 2022 Out 13]; 43(122):939-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>

25. Santos ABS, Coelho TCB, Araújo EM. Racismo institucional e informação em saúde. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2022 Out 19];35(supl.1):231-42. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a158>

26. Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 11];33(Sup 1):e00090516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>

27. Figueiró AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saúde Soc [Internet]. 2017 [cited 2022 Out 18];26(1):88-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017160873>

28. Souza MC, Borges JCS, Trindade, KF, Neves BP, Serpa ED et al. Resolutividade e ferramentas para cuidar: um estudo com mulheres que vivem com câncer de mama. Sanare [Internet]. 2021 [cited 2022 Out 23];20(2):54-63. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i2.1571>